
**RESUMOS TEMAS LIVRES
APRESENTADOS**



**XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA**

**Brasília - DF
2019**

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Presidente

ECBC Savino Gasparini Neto

1º Vice-Presidente

TCBC Augusto César Baptista Mesquita

2º Vice-Presidente

TCBC Edivaldo Massazo Utiyama

Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC Jose Marcus Raso Eulálio

2º Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

Vice-Presidente do Setor I

TCBC Geraldo Ishak

Vice-Presidente do Setor II

TCBC Florentino de Araújo Cardoso Filho

Vice-Presidente do Setor III

TCBC Jorge Pinho Filho

Vice-Presidente do Setor IV

TCBC Izio Kowes

Vice-Presidente do Setor V

TCBC Bruno Moreira Ottani

Vice-Presidente do Setor VI

TCBC Flavio Daniel Saavedra Tomasich

Secretária-Geral

TCBC Elizabeth Gomes dos Santos

1º Secretário

TCBC Rafael Rodriguez Ferreira

2º Secretário

TCBC Fabio Stiven Leonetti

Tesoureiro-Geral

TCBC Pedro Eder Portari Filho

Tesoureiro-Adjunto

TCBC Helio Machado Vieira Junior

Diretor de Publicações

TCBC Guilherme Pinto Bravo Neto

Diretor de Comunicação e T.I.

TCBC Alfredo Guarish

Diretor de Defesa Profissional

TCBC Luiz Carlos Von Bahten

Ex-Presidente do Exercício Anterior

TCBC Paulo Roberto Corsi



Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde de Silva, 52 - 3º andar

Botafogo - CEP: 22271-092 - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22271-092

Tel.: +55 (21) 2138-0650

E-mail: cbc@cbc.org.br

www.cbc.org.br

XXXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia

Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões: ECBC Savino Gasparini Neto
Coordenador Geral: TCBC Bruno Moreira Ottani

Comissão Organizadora

TCBC Antonio Evanildo Alves
TCBC Brasil Ali Mahmoud Ali
TCBC Luciano Dias Batista Costa
TCBC Luiz Alberto Mendonça de Freitas

TCBC Marcelo Barros Pereira
TCBC Pedro Eder Portari Filho
TCBC Rodrigo Caselli Belém

Comissão Científica

Coordenador: TCBC Ramiro Colleoni Neto
TCBC Átila Varela Velho
TCBC Flavio Daniel Saavedra Tomasich
TCBC Jordano Pereira Araújo
TCBC José Marcus Raso Eulalio
TCBC Leonardo Emilio Silva

TCBC Luiz Carlos Von Bahten
TCBC Luiz Fernando Córdova
TCBC Paulo Roberto Corsi
TCBC Sidney Nadal

Comissão Trabalhos Científicos

Presidente: TCBC Augusto César Baptista Mesquita

Comissão de Temas Livres Orais

Coordenador: TCBC Roger Beltrati Coser
ACBC Andrea Povedano
ACBC Ruy Gomes Neto
TCBC Aline Libonati Galucio
TCBC Ana Celia Diniz C. Barbosa Romeo
TCBC Andre Gusmão Cunha
TCBC Andre Ibrahim David
TCBC Andre Luis Barbosa Romeo
TCBC Andrea Pedrosa
TCBC Carmen Ruth Manzione Nadal
TCBC Edna Frasson De Souza Montero
TCBC Eduardo Nacur Silva
TCBC Elizabeth Gomes Dos Santos

TCBC Guilherme De Andrade Gagheggi Ravanini
TCBC Guilherme Pinto Bravo Neto
TCBC Heladio Feitosa E Castro Neto
TCBC Jorge Pinho Filho
TCBC Raphael L. C. De Araujo
TCBC Raphael Raphe
TCBC Reni Cecilia Lopes Moreira
TCBC Rodrigo Felipe Ramos
TCBC Ronald Luiz Gomes Flumignan
TCBC Sizenando Vieira Starling
TCBC Thales Penna De Carvalho
TCBC Wilson Rodrigues De Freitas Jr

Comissão de Temas Livres Posteriores

Coordenador: TCBC Carlos Augusto M. Menegozzo
TCBC Adonis Nassr
TCBC Carlos Roberto Naufel Junior
TCBC Fabio Stiven Leonetti
TCBC Heladio Feitosa E Castro Neto
TCBC Helio Machado Vieira Junior
TCBC José Gustavo Parreira
TCBC Luiz Alberto Mendonca De Freitas

TCBC Luiz Fernando Córdova De La Quintana
TCBC Luiz Gustavo De Oliveira E Silva
TCBC Luiz Roberto Lopes
ACBC Luiz Vicente Berti
TCBC Rodrigo Felipe
TCBC Rosangely Corsi
TCBC Vinícius Basso Preti

Comissão de Vídeos Livres

Coordenador: TCBC Sergio Szachnowicz
TCBC Elias Jirjoss Ilias
TCBC Leonardo Emilio Da Silva
TCBC Miguel Prestes Nácul
TCBC Rafael Rodriguez Ferreira

TCBC Renato Abrantes Luna
ACBC Rodrigo José De Oliveira
TCBC Ronaldo Mafia Cuenca

Temas Livres Orais

TL 001	TL 003
<p>VERSATILIDADE DO USO DO RETALHO DO MUSCULO GASTROCNEMIO MEDIAL NA RECONSTRUÇÃO DE LESOES DE PARTES MOLES DE MEMBROS INFERIORES</p> <p>Thaiane da Guia Rosa Fioravante, Jefferson Lessa Soares de Macedo, Simone Corrêa Rosa, Adilson Alves da Silva, Altino Vieira de Rezende Filho Neto, Jorge Emílio França Garcia, Heloiza Gutierrez Yamamoto, Guilherme Debiazi Cordini</p> <p>HRAN - HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - BRASÍLIA - Distrito Federal – Brasil</p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo é apresentar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do HRAN - Hospital Regional da Asa Norte (Brasília, DF) no tratamento de lesões de membros inferiores utilizando o retalho do músculo gastrocnêmio, no período de 2003 a 2012.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo de todos os pacientes internados no Serviço de Cirurgia Plástica do HRAN, e que no período de 2003 a 2012 foram submetidos à reconstrução de membros inferiores, por perda de cobertura cutânea, com a utilização do retalho da cabeça medial do músculo gastrocnêmio. Os pacientes foram admitidos por via ambulatorial, após controle clínico/cirúrgico de suas feridas. Os critérios de inclusão foram: pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica do HRAN com ferida de membros inferiores no período do estudo, submetidos à reconstrução com retalho da cabeça medial do músculo gastrocnêmio. Os critérios de exclusão foram: pacientes hemodinamicamente instáveis, lesões de nervo tibial ou com lesão na área doadora. Os desbridamentos nas lesões dos membros inferiores foram realizados, buscando-se a obtenção de uma ferida limpa, sem secreção, sem áreas de necrose macroscópica e reduzida quantidade de tecido fibrótico. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CAAE número: 47391715.6.0000.5553, parecer número: 1.167.841).</p> <p>RESULTADOS: A amostra de estudo foi de 28 pacientes com feridas complexas de membros inferiores, tratadas com retalho muscular da cabeça medial do gastrocnêmio. A média de idade dos pacientes no atendimento inicial foi de 30,6 anos, variando de 4 anos a 57 anos. Houve predomínio do sexo masculino, representando 71,4% da amostra. A média do número de desbridamentos cirúrgicos pré-operatórios foi de 2,4. Quanto à etiologia das perdas de substância em membros inferiores, destaca-se o acidente motociclístico (57,1%), atropelamento (28,6%), acidente automobilístico (7,2%), meningococcemia (3,6%) e acidente botrópico (3,6%). Quanto à localização das lesões, destacam-se as perdas de substância do terço superior da perna e joelho (67,9%), terço médio da perna (21,4%), dorso do pé (7,2%) e região plantar (3,6%). Quanto à presença de fratura, 71,4% dos pacientes não apresentaram fratura, 28,6% sofreram fratura de tibia ou metatarso. Todos os pacientes apresentavam exposição óssea e/ou tendínea. As complicações cirúrgicas encontradas foram perda parcial do retalho em dois (7,1%) casos. Foi necessária a associação do retalho muscular da cabeça medial do gastrocnêmio com outros retalhos em seis casos (21,5%). Nos demais casos, o procedimento foi suficiente para a cobertura da lesão, com bom resultado estético e funcional.</p> <p>CONCLUSÕES: O retalho muscular da cabeça medial do gastrocnêmio demonstrou ser uma opção de cobertura de áreas de exposição óssea em joelho, perna e dorso de pé, sendo um retalho versátil, de fácil execução e com baixo índice de complicações.</p>	<p>ANALISE DAS RECONSTRUÇÕES MAMÁRIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERENCIA NO PERÍODO DE 2007 A 2017</p> <p>Viktória Weihermann, Luísa Zanatelli Brasil Bastos, Thamyle Moda de Santana Rezende, Deisy Brigid de Zorzi Dalke, Catharina Iaglia Borssuk Ferreira, Anne Karoline Groth, Maria Cecília Closs Ono</p> <p>Hospital Erasto Gaertner - CURITIBA - Parana – Brasil</p> <p>OBJETIVO: O câncer de mama constitui o tumor maligno mais frequente entre as mulheres globalmente. Com o objetivo de diminuir os estigmas causados pela doença e seu tratamento, a reconstrução mamária procura restabelecer a saúde funcional e psicossocial da mulher, sendo que a escolha do tipo de reconstrução depende de uma variedade de fatores. Diante disso, o presente estudo pretende investigar as características das pacientes pós-mastectomia submetidas à reconstrução de mama, tanto epidemiológicas, quanto tumorais, cirúrgicas e de seguimento; bem como comparar os dados obtidos entre pacientes submetidas à cirurgia de reconstrução mamária com implantes de silicone e pacientes submetidas à reconstrução autóloga.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional conduzido através da análise de prontuários de pacientes de um hospital oncológico de referência em Curitiba (PR) submetidas à mamoplastia reconstrutiva. Foram coletados vários dados, entre eles antecedentes pessoais, tipo tumoral, perfilagem hormonal, investigações genéticas, dados referentes à mastectomia e à reconstrução, bem como dados de seguimento das pacientes. As informações obtidas foram analisadas através do Excel® e software estatístico online, com inferências calculadas através de teste Z para comparação de duas proporções.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 237 prontuários atendidos num período de 120 meses, entre os anos de 2007 e 2017. Desses, 216 cumpriram os critérios de inclusão e foram analisados. 157 mulheres (72,6% do total) foram submetidas à reconstrução imediata, sendo a maioria dessas com uso de expansor; enquanto as demais (27,3% do total) realizaram reconstrução tardia, principalmente com o uso do grande dorsal. Houve um aumento de 110% no número de reconstruções imediatas nos últimos 3 anos analisados. 39,8% realizaram simetrização da mama contralateral, 15,7% tiveram tal informação ignorada em prontuário e 14,8% não realizaram. A maioria das pacientes (56,5%) não apresentou nenhum tipo de complicação pós-operatória. Não houve significância estatística na comparação do número de complicações imediatas, bem como tardias, de acordo com o tipo de reconstrução. No entanto, mulheres tabagistas apresentaram um maior índice de complicações tardias em comparação a não tabagistas ($p < 0,05$). Em pacientes submetidas a radioterapia (16,6%) a realização da reconstrução posteriormente à mastectomia, foi significativamente maior que a de pacientes que não fizeram radioterapia ($p = 0,002$).</p> <p>CONCLUSÕES: O crescimento das reconstruções imediatas não associado a um aumento das complicações demonstra a eficácia desta prática. Mulheres tabagistas apresentaram mais complicações que não-tabagistas. Algumas práticas, como a radioterapia, podem indicar a reconstrução tardia.</p>
<p>TL 005</p> <p>TRATAMENTO DA SÍNDROME DE POLAND COM ENXERTO DE GORDURA</p> <p>João Medeiros Tavares Filho, Felipe Henrique Fagundes Marchioro, Ivan Demolinari, Raquel Tobias Medeiros Tavares</p> <p>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</p> <p>OBJETIVO: A síndrome de Poland é caracterizada por aplasia ou hipoplasia do músculo peitoral maior, associada ou não a deformidade dos membros superiores ipsilaterais como sindactilias variáveis, ausência de falanges médias, fusão dos ossos do carpo ou encurtamento do antebraço. Pode haver variação na extensão do comprometimento torácico, desde depressões torácicas associadas à displasia esquelética em geral, até a ausência das porções anteriores das costelas ou cartilagens costais. Além disso, pode haver hipoplasia ou aplasia de outros músculos torácicos como o peitoral menor, serrátil anterior, grande dorsal, oblíquo externo, supraespinhoso e infraespinhoso. Relatamos o tratamento da síndrome de Poland através do enxerto de gordura.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo de dois pacientes portadores de síndrome de Poland; 01 do sexo feminino com 18 anos com ausência do peitoral maior e hipotrofia da glândula mamária à direita e outro do sexo masculino com 60 anos com ausência do músculo peitoral maior, serrátil anterior, atrofia do músculo grande dorsal, aplasia do complexo areolopapilar e atrofia do membro superior esquerdo. Submetidos a sessões de enxertia de gordura e simetrização da mama oposta.</p> <p>RESULTADOS: O primeiro caso é de um paciente do sexo masculino, 60 anos, com Síndrome de Poland à esquerda e ginecomastia glandulogordurosa à direita. O paciente foi submetido a enxerto de gordura de 250cc com área doadora em abdômen e mama direita. Após três meses o paciente foi submetido a mais um enxerto de gordura de 270cc com área doadora de região abdominal, adenectomia à direita, e reconstrução da papila com retalho local. Paciente realizou tatuagem para mimetizar a aréola. O segundo caso é de uma paciente do sexo feminino, que na primeira cirurgia tinha 18 anos. Foi realizada a lipoenxertia da mama e da axila com 460cc com área doadora do abdômen. Após oito meses a paciente foi submetida à nova lipoenxertia da mama e da axila com volume de 150cc com área doadora do abdômen.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento da Síndrome de Poland com enxerto de gordura é de grande valia devido à ausência da musculatura peitoral, o que dificulta enormemente a colocação de implantes, seja no indivíduo do sexo feminino ou masculino. O enxerto de gordura é um procedimento seguro, de baixa morbidade e de rápida recuperação do paciente o que o torna uma modalidade de tratamento interessante para os casos de reconstrução mamária. Pode atingir o resultado de volume apenas com o enxerto ou pode servir de suporte para posterior colocação de implante. Como dificuldade do método, temos a necessidade de mais de um tempo cirúrgico e a disponibilidade da área doadora.</p>	<p>TL 006</p> <p>AJUSTE SACRAL NO LIFTING GLÚTEO EM PACIENTES POS-BARIÁTRICO E GRANDE PERDA PONDERAL</p> <p>João Medeiros Tavares Filho, Diogo Franco, Ivan Demolinari, Cesar Silveira Claudio da Silva, Talita Franco, Raquel Tobias Medeiros Tavares</p> <p>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil</p> <p>TÍTULO: OBJETIVO: As alterações da região glútea após grandes emagrecimentos ou cirurgia bariátrica, manifestam-se como flacidez cutânea, perda do volume adiposo e da massa muscular, causando variadas queixas dos pacientes. A tração dos retalhos no sentido supero-medial causa um excesso cutâneo e adiposo na região sacral, necessitando maior retirada de tecido, além de ajuste na posição e no formato do sulco glúteo. Para isso, diferentemente dos autores que determinam previamente a quantidade de tecido a ser excisado, fazemos este ajuste no final da cirurgia, possibilitando maior retirada de pele, correção de assimetrias e confecção do sulco glúteo conforme a anatomia individual.</p> <p>MÉTODO: Foram submetidos ao lifting glúteo 15 pacientes com idade entre 20 e 61 anos, sendo 02 do sexo masculino e 13 do feminino. Seis pacientes tinham sido submetidos à cirurgia bariátrica e 09 se apresentaram após grande emagrecimento. Em 12 pacientes utilizamos retalho adiposo para a projeção da metade superior da região glútea. Em 03 indivíduos, além do retalho adiposo, incluímos prótese de silicone pela mesma incisão. Demarcamos a paciente em posição ortostática, criando dois segmentos laterais, avaliados por pinçamento bidigital, que se estendem até a região sacral.</p> <p>Os segmentos cutâneos são excisados preservando-se, na maioria dos casos, o coxim adiposo, com o qual podemos também confeccionar retalhos para melhor projeção da porção superior. Dependendo de nossa avaliação, e da preferência da paciente, podemos incluir um implante de silicone pela borda superior do músculo glúteo. Após esta etapa traçamos o retalho inferior (glúteo) no sentido supero-medial, causando excesso de pele na região sacral. Será feito então o ajuste, retirando pele do retalho superior e ou do inferior. Esta manobra corrige a assimetria da região, evita a subida do sulco e posiciona o neo sulco glúteo conforme a anatomia da região e o padrão masculino ou feminino.</p> <p>RESULTADOS: Dos 15 pacientes tratados, tivemos as seguintes intercorrências: 01 caso de hematoma, tratado apenas com punção aspirativa; 02 casos de seroma com drenagem espontânea pela ferida operatória; e 02 casos de deiscência parcial da sutura, sendo que em apenas 01 desses casos houve necessidade de revisão da cicatriz.</p> <p>CONCLUSÕES: A grande flacidez cutânea associada à alteração da textura, nos pacientes emagrecidos, principalmente após cirurgia bariátrica, dificulta o preciso planejamento na retirada de pele. A marcação prévia deste segmento pode comprometer o adequado posicionamento final da cicatriz, devido às diferenças na quantidade de pele excedentes a cada lado após a tração dos retalhos, resultando em cicatrizes altas, perceptíveis nas roupas de banho ou muito baixas com o apagamento do sulco glúteo. O ajuste cutâneo da região sacral, realizado ao final do lifting glúteo, proporciona simetrização e posicionamento mais precisos do neo sulco.</p>

TL 007	TL 008
<p>RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA COM IMPLANTE E TELA MISTA: ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOLÓGICOS</p> <p>João Medeiros Tavares Filho, Ivan Demolinari, Carlos Vinicius Pereira Leite, Marilda Vargas Freitas Plácido, Daniel Rodrigues Nunes, Carla Leticia Carius, Vander Guimarães, Raquel Tobias Medeiros Tavares</p> <p>Faculdade Medicina de Petrópolis - Petrópolis - Rio de Janeiro - Brasil</p> <p>OBJETIVO: A reconstrução mamária imediata pós mastectomia com implante quando possível é a opção ideal para o paciente quanto para o Cirurgião. Apresentamos uma série de reconstrução imediata com implante de silicone e tela mista e os aspectos clínicos e histológicos a longo prazo.</p> <p>MÉTODO: Realizamos a reconstrução imediata da mama pós mastectomia com a colocação de tela mista entre o músculo peitoral maior e o serrátil para confeccionar uma loja para o implante de silicone. Utilizamos este procedimento em 49 pacientes e 63 mamas, no período de janeiro de 2016 a outubro de 2018. Indicamos esta abordagem nesta série de pacientes quando não havia indicação de radioterapia pós operatório e preservação de pele para conter o volume do implante adequado, independente da preservação do complexo aréolo papilar. Demos preferência à incisão supraareolar, pois facilita a mastectomia, pode acessar o gânglio sentinela, permite a elevação do complexo areolo papilar quando necessário e a simetriação com a mama contralateral. Avaliamos o comportamento histológico da cápsula em torno do implante com a presença da tela e comparamos com a cápsula sem tela, nas mamas que tivemos oportunidade de trocar o implante. Avaliamos a presença de contratura capsular e mobilidade da mama em pacientes com um ano de pós operatório.</p> <p>RESULTADOS: Em relação ao aspecto histológico, não houve variação nas características da cápsula, nas áreas somente com implante e nas áreas com a presença da porção não absorvível da tela. Nas pacientes que tivemos oportunidade de avaliar com 01 ano de pós operatório, não observamos contratura capsular mantendo uma satisfatória mobilidade das mamas. Como complicações tivemos nesta série de 63 mamas reconstruídas com implante e tela, 04 casos (6,3%) de retirada do implante por necrose de pele exposição do implante em 03 casos e 01 por infecção e 04 casos (6,3%) de seroma sem necessidade da retirada do implante.</p> <p>CONCLUSÕES: A utilização da tela permite a reconstrução imediata com implantes de volumes pequeno, médio e grande. Evita a subida do impante quando utilizado somente submuscular. A tela não interferiu na formação da cápsula. Baixo custo da tela em comparação com outros materiais como matriz dérmica. Na evolução clínica após 01 ano não temos observado contratura capsular.</p>	<p>ANÁLISE PROSPECTIVA DOS PACIENTES ADULTOS VÍTIMAS DE QUEIMADURA INTERNADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA</p> <p>Pedro Moraes Dórea, Rodrigo N C O Souza, Rodrigo del Pino Silva, Nilmar G Bandeira, Marcus V V S Barroso, Paulo R R M Ney, Victor A Felzemburgh</p> <p>Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Identificar os principais aspectos epidemiológicos e desfecho dos pacientes adultos queimados internados em centro de referência no Estado da Bahia. O presente estudo busca identificar os principais aspectos epidemiológicos e desfecho dos pacientes adultos queimados internados em centro de referência no Estado da Bahia. Buscando contribuir para o aumento de dados estatísticos, assim, agregando peculiaridades que permitam o aprimoramento do Serviço e elaboração de programas de prevenção de queimaduras.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional descritivo no período de março a agosto de 2018. As variáveis de análise foram período de internamento, idade, gênero, cor/etnia, presenças de deficiência, tempo até o primeiro atendimento, ambiente do evento, presença de lesão inalatória, conduta cirúrgica ou tópica, estado civil, escolaridade, intenção da lesão, grau da queimadura, superfície corpórea queimada, local da lesão, agente etiológico e uso de substâncias no momento da lesão.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos na pesquisa 109 pacientes, 57,8% do sexo masculino com 8,8 dias de internamento médio. A idade média foi de 41,9 anos e a etnia parda a mais prevalente. Os solteiros representaram 56,9% da amostra; 62,4% das lesões ocorreram em ambiente doméstico; de caráter acidental em 89% dos casos. Os líquidos acorridos foram os mais prevalentes (42,2%), seguidos por chama direta e inflamáveis. Procedimentos cirúrgicos foram realizados em 91,7% dos casos. A SCQ média foi de 10,8%, sendo as lesões de segundo grau as mais frequentes e os membros superiores o local mais afetado. Lesões inalatórias ocorreram em 6,4% dos pacientes e a taxa de mortalidade foi de 3,67%.</p> <p>CONCLUSÕES: Os pacientes masculinos foram os mais acometidos tendo as queimaduras como características principais o caráter acidental, a lesão de segundo grau, o acometimento de membros superiores, os agentes principais térmicos (líquidos quentes, inflamáveis e chama direta), ocorridas em ambiente doméstico, com tempo médio de internamento de aproximadamente 9 dias.</p>
<p>TL 009</p> <p>ATUAÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS DE CIRURGIA PLÁSTICA NA CAMPANHA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS NO ANO DE 2018</p> <p>Pedro M Dórea, Victor A Felzemburgh</p> <p>OBJETIVO: Descrever a atuação das ligas acadêmicas de cirurgia plástica associadas à Associação Brasileira das Ligas de Cirurgia Plástica na Campanha Nacional de Prevenção de Queimaduras. Buscando assim, evidenciar a amplitude de ação das ligas acadêmicas em ações de prevenção primária em todo Brasil.</p> <p>MÉTODO: Tratou-se de um estudo descritivo, com obtenção de dados secundários. Referentes aos relatórios de ação enviados pelas ligas associadas à ABLCP na campanha de 2018, totalizando 21 relatórios. Foram excluídos do trabalho os registros duplicados ou com informações incompletas das variáveis analisadas. As variáveis de análise foram: cidade e estado, turno, duração, local, material utilizado, número de ligantes presentes, número de outros acadêmicos presentes, público atendido, participação do orientador da liga na atividade, dificuldades encontradas e sugestões à ação.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados os relatórios de 21 ligas, dispostas em 10 estados e 16 cidades. O turno matutino foi o utilizado em 15 ligas (71,4%), seguido por 4 vespertinos (19%) e 2 integrais (9,6%). A duração das ações variou entre 3 e 10 horas, sendo a média 3,78 horas. Os locais mais frequentes foram: parques em 11 casos (52,4%), praças em 5 casos (23,8%) e hospitais em 2 casos (9,5%); mercados, praias e shoppings foram escolhidos em apenas 1 caso (4,8% cada). A respeito dos materiais utilizados os folders estiveram presentes em 21 ações (100%), os banners em 13 ações (61,9%), os cartazes em 6 ações (28,6%), 1 ação (4,8%) utilizou maquiagem em atores e 1 ação (4,8%) fez distribuição de amostras de protetor solar. Ao total 231 ligantes participaram da campanha em todo o Brasil. Acadêmicos de medicina, não ligantes, participantes na campanha totalizaram 99 alunos. A média de público atendido foi de 225,4 pessoas por ação, correspondendo à 4.733 pessoas no total. Os professores orientadores participaram da campanha em 16 casos (76,2%); contribuindo na elaboração da atividade em 14 casos (66,7%), estando presentes em 4 casos (19,0%), não participaram em 3 casos (14,3%) e não responderam em 2 casos (9,5%). As principais dificuldade encontradas foram: custo dos materiais e dificuldade na abordagem em 8 ações cada (38,1%) e poucos ligantes em 6 ações (28,6%); seguidos por dificuldade em manter o espectador, pouco público, autorização para utilização do espaço, indisponibilidade de local e chuva. As principais sugestões foram: padronização do material da campanha em 11 casos (52,4%), manual de como abordar o público em 1 caso (4,8%) e maior frequência da campanha em 1 caso (4,8%). Não houve sugestões em 8 casos (38,1%).</p> <p>CONCLUSÕES: Houve uma mobilização expressiva de 330 estudantes de medicina em todo território nacional, informando e educando 4733 participantes. A presença dos professores-orientadores na ligas demanda melhora, cerca de um quarto (23,8%) não participaram de nenhuma etapa de construção da campanha. Para atingir melhores resultados faz-se necessária a padronização e capacitação dos estudantes em futuras ações.</p>	<p>TL 010</p> <p>MELANOMA MUCOSO DO TRATO AERODIGESTIVO SUPERIOR (CAVIDADES NASAL E ORAL): A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP</p> <p>Felipe Bezerra Martins de Oliveira, Rebeca Maria de Oliveira Dias, Mario Fernandez Sobral Silva, João Marcos Ibrahim de Oliveira, Andre Del Negro, Alfio Jose Tincani</p> <p>UNICAMP - Campinas - Sao Paulo - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Descrever uma série de 11 casos de melanoma mucoso (MM) do trato aerodigestivo superior (cavidades nasal e oral) tratados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/Unicamp) entre 1993 a 2018 e comparar os resultados à literatura.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo descreve uma série de 11 casos de MM do trato aerodigestivo superior (cavidades nasal e oral) tratados no Hospital de Clínicas da Unicamp (HC/Unicamp) entre 1993 e 2018. Os pacientes foram selecionados através de um processo de amostragem não-probabilístico e por conveniência e os dados coletados dos prontuários médicos, analisados de forma univariada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Campinas (CEP-UNICAMP) - CAAE: 00621918.5.0000.5404.</p> <p>RESULTADOS: Dos 11 pacientes incluídos no estudo, 7 (63%) eram mulheres. A idade média dos pacientes ao diagnóstico foi de 61,4 +/- 14,5 anos (variação: 24-80 anos). Oito casos (72,7%) acometiam a cavidade nasal, dois casos (18,2%) o seio maxilar e um caso (9,1%) a cavidade oral (palato duro). Dentre os casos de MM em cavidade nasal e seios maxilares, as queixas mais comuns foram epistaxe (60%) e obstrução nasal (60%), seguidas de abaulamento na região nasal ou infra-orbitária (30%) e hiposmia (10%). Dos 10 pacientes estadiados, somente uma paciente apresentava doença disseminada ao diagnóstico. Em 7 dos 11 pacientes (63,6%) o tratamento primário realizado foi a ressecção cirúrgica da lesão, sendo 3 deles (27,3%) submetidos a algum tratamento adjuvante (quimioterapia ou radioterapia) e 4 (36,4%) submetidos ao tratamento cirúrgico isolado. Nenhum paciente foi submetido a outras terapias sistêmicas como as terapias imuno-moduladas ou terapia-alvo. Oito pacientes (72,7%) apresentaram doença disseminada (regional ou à distância) durante o seguimento. A taxa de sobrevida global em 1 ano, 3 anos e 5 anos foi de, respectivamente, 100%, 44,4% e 22,2%. A sobrevida média global dos pacientes após o diagnóstico histopatológico foi de 25 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: Essa série de casos descreveu a experiência do HC/Unicamp no tratamento do melanoma mucoso (MM) de cavidades nasal e oral entre 1993 e 2018. O MM é uma variante extremamente rara e agressiva do melanoma. O tratamento de escolha dessa patologia é a ressecção cirúrgica com margens livres, mas outras terapias (quimioterapia, radioterapia, terapia-alvo ou imunomoduladas) podem ser úteis. Apesar dos tratamentos empregados, a taxa de disseminação (regional ou à distância) foi de 72,7%, a taxa de sobrevida em 5 anos de 22,2% e o tempo de sobrevida médio após o diagnóstico de 25 meses.</p>

TL 011	TL 012
<p>AS VANTAGENS E AS LIMITAÇÕES DA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA ENDONASAL PARA RESSEÇÃO DE ADENOMAS HIPOFISÁRIOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA E SÉRIE DE CASOS</p> <p>Matheus Pedrosa Tavares, Rafaela da Silva Schottz, Pedro Paulo de Matos, Michaela Longoni Manfroi, Mariany de Oliveira Gomes, Uanda Beatriz Pereira Salgado, Daniele Martins Afonso, Oswaldo Ribeiro Marquez Neto</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar as vantagens e as limitações da abordagem endoscópica endonasal transfenoidal em casos de macroadenomas hipofisários não-funcionantes.</p> <p>MÉTODOS: O trabalho foi estruturado como uma revisão sistemática de literatura, em que foram utilizados artigos científicos de bases de dado como Scielo e PubMed, e uma série de 23 casos consecutivos de macroadenoma hipofisário não-funcionante submetidos, entre fevereiro de 2015 e dezembro de 2017, a abordagem endoscópica endonasal transfenoidal pela mesma equipe cirúrgica. Foram analisados sintomas pré e pós-operatórios, tamanho pré-operatório do tumor (classificado pelo maior diâmetro em ≥ 1 e < 3 cm ou ≥ 3 cm) e grau de ressecção cirúrgica, a qual foi classificada em total ou subtotal ($\geq 90\%$) e parcial ($< 90\%$).</p> <p>RESULTADOS: Na revisão de literatura, foi constatado que a abordagem endoscópica permite remoção de tumores mais completa e com menores taxas de complicações em comparação a outras abordagens, como transcraniana, sublabial e transfenoidal microcirúrgica. Entretanto, a abordagem endoscópica apresenta taxas similares às da microcirurgia nas complicações intra-operatórias relativas a remoção do tumor, por exemplo fístula líquórica. Quanto às manifestações clínicas pré-operatórias no estudo dos casos, 86.9% dos pacientes apresentaram cefaleia e/ou déficit visual. No pós-operatório, a taxa de remissão dos sintomas visuais foi de 60%, sendo que 75% destes pacientes foram submetidos a ressecção total ou subtotal. Entretanto, os 5 pacientes que apresentaram insuficiência hipofisária no pré-operatório, não obtiveram melhora após a ressecção tumoral. A média, na literatura, da taxa de remissão dos sintomas visuais foi de 80%. Em relação às características tumorais, 74% dos pacientes apresentaram macroadenomas grandes ou gigantes (MGG), ou seja, tumores ≥ 3 cm, e a invasão do seio cavernoso (ISC) ocorreu em 43.5% dos casos. Em todos os casos de ISC, os pacientes apresentavam MGG, sendo que 58.8% dos pacientes com tumor ≥ 3 cm apresentaram ISC. Apesar de ser um fator significante para invasão, o tamanho não influencia de forma significativa no número de fístula líquórica (FL) intra-operatória, visto que ocorreu em 21.7% do número total de pacientes. Na literatura, são relatadas taxas de FL de 1,2% a 16.7%, e esta condição está associada a extensão supraselar. As complicações pós-operatórias mais presentes foram diabetes insipidus transitório (26%), nova insuficiência hipofisária e epistaxe, cada uma em 8.6% dos pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar do tamanho do tumor influenciar na ocorrência de ISC, e esta influenciar no grau de ressecção tumoral e, consequentemente, na melhora dos sintomas, a abordagem endoscópica transfenoidal endonasal para ressecção de adenomas hipofisários é considerada, uma vez comparada às outras abordagens, segura devido ao menor número de complicações no pós-operatório, e eficiente, visto que apresenta elevadas taxas de melhora dos sintomas e maior grau de ressecção tumoral.</p>	<p>RESSEÇÃO DE BÓCIOS MERGULHANTES - EXPERIÊNCIA DE 166 CASOS</p> <p>Rossano K A FIORELLI, Maria Ribeiro Santos MORARD, STENIO K A FIORELLI, CAMILA R ALMEIDA, THIAGO SCHARTH MONTENEGRO, Pedro Eder PORTARI FILHO, Agostinho Manuel da Silva ASCENÇÃO, Pietro NOVELLINO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os resultados cirúrgicos, características demográficas e clínicas, histopatologia, taxa de malignidade e complicações de 166 pacientes submetidos à tireoidectomia por bócio mergulhante.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo analítico de coorte para análise do tratamento cirúrgico e seus resultados em pacientes com bócio mergulhante. O levantamento de dados foi realizado retrospectivamente nos registros médicos do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (HUGG) e no consultório da clínica privada do autor. Foram considerados elegíveis os casos de bócio mergulhante definidos pela impossibilidade de palpação do limite inferior da tireoide ocasionada pela penetração da mesma no estreito torácico superior, associada à observação de tamanho lobar igual ou maior que seis centímetros em exame de imagem, corroborada posteriormente pela histopatologia. O teste qui-quadrado foi utilizado para comparar grupos quanto às variáveis.</p> <p>RESULTADOS: Dos 166 pacientes avaliados, 82,5% eram do sexo feminino, 54,8% afrodescendentes e a idade média foi de 52,3 anos. 160 pacientes possuíam sintomas, sendo 94% queixas respiratórias e 68,1% digestivas. Na rotina pré-operatória a USG foi realizada em 96,4% dos pacientes, a TC em 36,7% e a cintilografia em 11,8%. Com relação à via de acesso, em 11 pacientes (6,6%) a cirurgia teve de ser estendida ou exclusiva ao tórax (6,6%) predominando a esternotomia total (72,7%). Em 155 pacientes (93,4%) realizou-se a tireoidectomia total e em 9 pacientes (5,4%) a tireoidectomia parcial. O tempo médio de cirurgia em horas foi de 1:35:00 e o tempo médio de internação hospitalar 2,13 dias. Dos 70 pacientes (43,2%) que manifestaram alguma complicação, 34 apresentaram algum grau de disfonia, 24 pigarro e 21 sinais clínicos de hipoparatiroidismo. Evolutivamente, 47% dos sintomas precoces se revelaram transitórios e em 36 pacientes os sintomas se mantiveram. Não houve diferença significativa em relação a presença ou não de malignidade nos pacientes com complicações tardias. No estudo histopatológico, os bócios benignos apresentaram maior peso e volume. 145 casos revelaram-se benignos e 21 malignos. Dos diagnósticos benignos, o bócio multinodular atóxico predominou (82,1%), e dos malignos prevaleceu o carcinoma papilífero diferenciado (56,6%). Tireoidite de Hashimoto foi a alteração glandular associada mais encontrada (13,3%).</p> <p>CONCLUSÕES: Os bócios mergulhantes foram mais frequentes no sexo feminino e predominaram sintomas respiratórios. A tomografia computadorizada é fundamental para o diagnóstico dos bócios mergulhantes objetivando programação de toracotomia associada. Não foi identificada relação entre a técnica empregada e a morbidade pós-operatória. A malignidade foi superior à relatada na literatura e não foi identificada relação com o tamanho glandular. As queixas vocais mantidas pós-tireoidectomias e danos axonais crônicos dos nervos laríngeos são frequentes em pacientes tireoidectomizados, porém não se associam as variáveis estudadas.</p>
<p>TL 013</p> <p>CARACTERÍSTICAS DAS TIREOIDECTOMIAS EM UM HOSPITAL PRIVADO COM RESIDÊNCIA MÉDICA</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Ítalo Lustosa Rolim, Caio Victor Almeida Sampaio, Francisco Fernando da Silva Amorim Júnior, Bruna Benigna Sales Armstrong, Adamys Pereira da Silva, Maria Eduarda Duarte Vasconcelos</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relacionar os tipos de tireoidectomias a resultado histopatológico benigno (inflamatório ou não inflamatório) e maligno, determinar a distribuição desses tipos e identificar os aspectos sociodemográficos, além dos tipos histológicos prevalentes. Motivado por ausência de dados, no hospital escolhido, sobre abordagem cirúrgica, bem como necessidade de implantação, no serviço, de um protocolo pré-operatório específico para essa cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal cuja população foi composta por indivíduos submetidos à tireoidectomia, total ou parcial, em um hospital particular com residência médica entre 2016 e 2017. A amostragem foi não probabilística e de conveniência. Os critérios de inclusão foram: a) indivíduos com cirurgias de tireoidectomia registradas nos sistemas do hospital; e b) resultado do histopatológico da cirurgia disponível no sistema do hospital. Os critérios de exclusão foram: a) idade menor que 18; e b) resultado do histopatológico com lesão de outro sítio não tireoidiano. As variáveis foram divididas em sociodemográficas, cirúrgicas e pós-operatórias. Os dados coletados foram tabulados, por dupla entrada, em planilha eletrônica.</p> <p>RESULTADOS: Os indivíduos do sexo masculino corresponderam a 9,64% da amostra, enquanto 90,36% eram do sexo feminino. A maioria dos pacientes é proveniente do estado do Piauí (56,75%), sendo seguida pelo Maranhão e Pará com 32,51% e 7,99%, respectivamente, e 2,75% correspondem aos demais estados (Tocantins, Amapá, Bahia, Minas Gerais, Amazonas, Distrito Federal e Roraima). Ao todo, 363 indivíduos foram submetidos à tireoidectomia no período avaliado; das quais 76 (20,9%) foram parciais e 287 (79,1%) foram totais. Pôde-se observar que 4,8% (18) de todas as cirurgias foram por doença inflamatória da tireoide, bem como 27,5% (100) por doença maligna, dentre as quais a mais predominante foi o carcinoma papilífero com 87 casos (24%). A análise das variáveis cirúrgicas e pós cirúrgicas envolveu uma análise bivariada e demonstrou existência de associação entre o histopatológico e o tipo de tireoidectomia ($p=0,005$).</p> <p>CONCLUSÕES: Os aspectos sociodemográficos ressaltaram a importância do hospital como referência em nível Norte-Nordeste, onde quase metade dos procedimentos foram realizados em indivíduos oriundos de estados diferentes daquele do hospital estudado. Já quanto aos tipos de tireoidectomia, houve associação entre o tipo de cirurgia realizada e o histopatológico obtido (doença benigna e maligna); além disso a prevalência de câncer nas tireoidectomias parciais foi maior do que a da literatura, 14,5% e 4,2%-6,8%, respectivamente. Em relação aos achados do histopatológico, percebe-se uma parcela significativa de doença maligna, pouco mais de ¼ das cirurgias, sendo o carcinoma papilífero o mais comum, em conformidade ao descrito na literatura.</p>	<p>TL 014</p> <p>SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DAS PAAF'S REALIZADAS NO HRAN/SES DE PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA</p> <p>Mariana Fiori, Wendel dos Santos Furtado, Victor Mateus Xavier de Santana, Adriana Araujo do Nascimento, André Luiz de Aquino Carvalho, Diogo Baísta Gomes, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Savio Arlindo Coelho Barbosa</p> <p><i>HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: O câncer de tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino. Sendo assim, é de suma importância que o método diagnóstico para o câncer de tireoide seja seguro para que os pacientes sejam tratados o mais precoce possível. O objetivo do estudo é identificar a sensibilidade e a especificidade para detectar o câncer de tireoide nas PAAF's realizadas no HRAN/SES de pacientes submetidos à tireoidectomia.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional analítico, em que foram analisados prontuários dos pacientes submetidos à PAAF no HRAN, de fevereiro de 2015 a abril de 2017. Os dados foram analisados no pacote estatístico SPSS programa SPSS, de forma descritiva e pela Curva de ROC, com nível de significância valor $p<0,05$. Aprovado pelo CEP.</p> <p>RESULTADOS: A sensibilidade e especificidade das PAAFs foram de 87,5% e 88,9% - respectivamente ($p<0,001$). A maioria dos pacientes apresentava-se com idades ≥ 60 anos (30,6%), era do sexo feminino (94,4%) e foi submetida à tireoidectomia total (61,1%). A maior parte das amostras citopatológicas foi classificada como Bethesda II (25%), seguidas pela classe V (22,2%) e 2 amostras foram classificadas como insatisfatórias (5,6%). Na análise histopatológica, 15 tiveram diagnóstico de carcinoma papilífero (41,7%) seguido do bócio (36,1%). Nenhuma das citologias classificadas como I e II tiveram à histologia suspeição de malignidade. Dentre a classe III, 28% eram, de fato, lesões malignas. A partir da classificação citológica IV, já existe a gradativa suspeição de doença maligna - o que foi de fato acompanhado pelo resultado das histologias (50% malignas para esta classe e 100% dos casos malignas para as classes V e VI). A PAAF mostrou uma acurácia de 88,2%.</p> <p>CONCLUSÕES: O resultado vai ao encontro dos dados preexistentes na literatura, embora o número da amostragem seja pequeno. Por isso, até que um método mais sensível e específico para diagnóstico e orientação da conduta de nódulos tireoidianos seja descrito, a PAAF de tireoide continua sendo o padrão ouro para o definido fim.</p>

TL 015	TL 016
<p>ANÁLISE DA FILA CIRÚRGICA DE TIREOIDECTOMIA EM UM HOSPITAL QUATERNÁRIO: DIFERENÇA ENTRE DOENÇA MALIGNA E DOENÇA BENIGNA</p> <p>Paula de Campos Calassara, Carolina Bello Santolia da Silva Matos, Júlia Anesi Saavedra Granato Ferreira, Maria Cristiana Araujo Maya, Lia Roque Assumpção</p> <p><i>Uerj - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar se os pacientes com malignidade estão sendo priorizados na fila de uma equipe de cirurgia do HUPE</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado por revisão de prontuário dos pacientes submetidos à cirurgia de tireoide por uma das equipes cirúrgicas do HUPE. Foram identificados 60 pacientes entre Janeiro de 2009 até Março de 2016 operados por uma mesma equipe de cirurgia. As variáveis incluídas foram: tempo de espera em meses da cirurgia, PAAF de tireoide com malignidade e presença ou não de sintomas compressivos. Foi utilizado teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar diferença entre as variáveis. A significância estatística foi considerada para valores de $p > 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: 10,2% dos pacientes possuíam PAAF com diagnóstico de câncer de tireoide, estes foram operados nas medianas de 1,7 meses e de 1 consulta (Intervalo interquartil 0-28,6 meses; 0-7 consultas). Não houve diferença de tempo entre os pacientes que possuíam malignidade na PAAF e os que não possuíam ($p=0,23$), pacientes com PAAF sem malignidade foram operados nas medianas de 10,8 meses e de 5 consultas (intervalo interquartil 3,3-24 meses; 2-8 consultas). Quando controlados para ausência de malignidade, pacientes com sintomas compressivos (14,8%) tenderam a demorar mais a serem operados (mediana 27,6 meses, intervalo interquartil de 11-33,3 meses; p-valor =0,32). 14, 8% dos paciente operados com diagnóstico benigno eram carcinomas no histopatológico da peça.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes com diagnóstico de câncer na punção pre-operatória não ficaram menos tempo na fila de espera do que os pacientes com ausência de câncer, no cenário de uma equipe de cirurgia do HUPE. Pacientes com sintomas compressivos com ausência de malignidade demoraram um pouco mais na fila, apesar de não haver diferença estatística. Outros fatores como gravidade de comorbidades dos pacientes referenciados e recursos disponíveis para disponibilizar o tratamento também devem ser levados em consideração. Reorganizar as filas cirúrgicas de tireoidectomias do HUPE de modo a priorizar o acesso a pacientes com malignidade e sintomas compressivos devem ser levados em consideração.</p>	<p>ANÁLISE DO USO DA TÉCNICA DE TIREOIDECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSORAL POR ACESSO VESTIBULAR E SUA APLICABILIDADE NO BRASIL</p> <p>Marinna Karla Cunha Lima Viana, Hiago Dantas Medeiros, Pedro Paulo Assunção Silva, Ana Beatriz Batista Neves, Glauber Melo Araújo, Landsteiner Anjos Leite, Eduardo Alfeu Peixoto Paredes, João Vitor Cunha Lima</p> <p><i>Unipê - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a técnica de tireoidectomia endoscópica transoral por acesso vestibular (TOETVA) e discutir uma possível substituição da tireoidectomia convencional no Brasil, como vem ocorrendo em outros países.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática qualitativa, na qual foram utilizadas as bases de dados Scielo, Bireme, Pubmed e BVS, com trabalhos publicados em inglês e em português no interm de 2017 a 2019. Foram utilizados os descritores: "Thyroidectomy", Tireoidectomia, Cirurgia Endoscópica por Orifício Natural.</p> <p>RESULTADOS: A TOETVA é um reflexo da nova fase das cirurgias minimamente invasivas, "scarless sugery", que consiste na operação sem cicatrizes. Esse procedimento combina técnicas laparoscópicas e endoscópicas para acesso cirúrgico por orifícios naturais. A TOETVA é mais vantajosa em detrimento das outras técnicas, visto que, é uma cirurgia livre de cicatrizes, possui uma dissecação pouco invasiva e é possível acessar os dois lobos da tireoide. Outrossim, a distância entre a tireoide e a incisão é menor, possui um custo operacional aceitável com uso de instrumentos convencionais e a curva de aprendizado é relativamente curta. No entanto, existem preocupações sobre ocorrência de infecções, lesão do nervo laringeo recorrente e resultado oncológico. Apesar disso, a cirurgia é considerada viável e não mais experimental. Com relação à técnica, com o paciente na posição de supina, realiza-se uma anestesia geral e intubação nasotraqueal com monitorização do nervo laringeo recorrente. O pescoço do paciente é estendido com o auxílio de um coxim nos ombros. A dissecação é similar à cirurgia aberta, exceto pelo fato que a visão é craniocaudal, a musculatura infra-hioide é tracionada e a dissecação do nervo laringeo recorrente é retrógrada. O limite caudal da dissecação é a fúrcula esternal e os laterais são os músculos esternocleidomastoídeos.</p> <p>CONCLUSÕES: Há vantagens e desvantagens na utilização da TOETVA. Deve-se individualizar seu uso de acordo com as necessidades de cada paciente. A TOETVA é um método eficaz que vem sendo praticado com êxito em vários países. Apesar de ser um procedimento ainda incipiente no Brasil, pode ser de grande aplicabilidade nas tireoidectomias.</p>
<p>TL 017</p> <p>AValiação Comparativa Precoce e Tardia da Reconstrução Esofágica Após Faringolaringoesofagectomia Circular pelo Tubo Gástrico e pelo Estômago Total</p> <p>JOSE LUIS BRAGA AQUINO, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, FELIPE RAULE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, ANDRE COELHO NEPOMUCENO, PAULA SREBENICH PIZZINATO</p> <p><i>PUC CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>TÍTULO: OBJETIVO: Avaliar as complicações imediatas e a avaliação tardia da deglutição da reconstrução faringoesofágica comparando a transposição do tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura (TGI) com o estômago total (ET), em uma série de pacientes com carcinoma de hipofaringe (HF) e esôfago cervical (EC), submetidos a faringolaringoesofagectomia (FLE)</p> <p>MÉTODO: De Julho de 1997 a Dezembro de 2017, 74p com carcinoma espinocelular de HF e EC foram submetidos a faringolaringo-esofagectomia cervical/torácica com esvaziamento cervical uni ou bilateral. Houve predominância do sexo masculino em 59p (78,3%) com idade variável de 53 a 74a. Os pacientes foram divididos em 2 GRUPOS: A-45p (60,8%) - submetidos a FLE cervical sendo que a reconstrução foi realizada com o TGI. GRUPO B-29p (39,2%) submetidos a FLE total com ressecção do esôfago torácico, sendo a reconstrução do trânsito digestivo realizada com o ET. Foi realizada avaliação precoce relacionada as complicações locais e avaliação tardia em relação a deglutição pelo critério de SAEED, de 0 (não deglute) até 5 (deglutição normal)</p> <p>RESULTADOS: COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS: GRUPO A: 6p (13,3%) (CV-2; Pulmonar-3; Sepsis-1) com óbito em 1p (2,2%); GRUPO B: 12p (42,7%) (CV-4; Pulmonar-7; CIVD-1) com óbito em 3p (10,3%). COMPLICAÇÕES LOCAIS: GRUPO A: 26p (57,7%) (deiscência/estenose da anastomose gástrica -24p; necrose parcial/total TGI-2p) com óbito em 1p (2,2%). GRUPO B: 11p (37,9%) (Deiscência/estenose da anastomose glossogástrica -8p; necrose gástrica parcial-2p; lesão traqueal -1p) com óbito em 1p (3,4%). Em 59p, foi realizado um seguimento tardio de 1 a 7a (md-4,5a) sendo que 47p (79,6%) apresentaram critérios de deglutição 4 e 5 de SAEED, sem haver diferença significante entre os grupos. Destes pacientes, 26p (44,0%) apresentaram sobrevida até 3 anos e 19p (33,8%) até 5 anos de pós operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: A reconstrução com tubo gástrico isoperistáltico e estômago total são procedimentos com alto índice de morbidade mas com boa resolutividade, tendo proporcionado um resgate adequado da deglutição na maioria dos pacientes dos 2 grupos em que se conseguiu realizar seguimento. A transposição gástrica total apresentou maior índice de complicações sistêmicas por necessitar de ressecção esofágica por via transmediastinal</p>	<p>TL 018</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2018</p> <p>Isabela Maria Cândida Ferreira Dornelas, Yegor Leniefferson Dantas Martins, Ary Serrano Santos, Leonardo Torres Diniz, Olga Maria Lacerda Mariz, Gabriela Albuquerque Batista de Araújo, Luciano Leal Luz, Rhaissa Maria Assunção Andrade de Souza</p> <p><i>Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico das tireoidectomias realizadas no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, de janeiro a dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo descritivo, transversal, quantitativo e retrospectivo. Para coleta dos dados foi utilizada a base de dados da unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em conjunto com resultados dos anatomopatológicos de tireoidectomias, retirados do sistema eletrônico do setor de Patologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, no período de janeiro a dezembro de 2018. A variável dependente voltou-se ao diagnóstico anatomopatológico e as independentes analisadas foram: sexo e idade.</p> <p>RESULTADOS: Foram estudadas 84 tireoidectomias, sendo 48 tireoidectomias totais (57,1%), 16 lobectomias esquerdas (19,1%) e 20 lobectomias direitas (23,8%), a maioria foram mulheres (89,3%), da faixa etária dos 41 aos 50 anos (29,8%). Houve predomínio de doenças benignas (52,4%), sendo o nódulo folicular hiperplásico (45,4%) o achado mais comum. Dentre as patologias malignas (47,6%), destacou-se o carcinoma papilífero (27,3%) também mais prevalente no sexo feminino (87,5%), seguido pelo microcarcinoma papilífero (6,6%).</p> <p>CONCLUSÕES: As características do perfil epidemiológico dos dados analisados são semelhantes aos descritos na literatura vigente, que afirma que, as tireoidopatias são mais comuns em mulheres de meia-idade com um predomínio de diagnósticos benignos, e com destaque para o aumento no diagnóstico do microcarcinoma papilífero, que possibilita um melhor prognóstico para o câncer de tireoide.</p>

TL 019	TL 020
<p>ANÁLISE DAS ENERGIAS ELÉTRICA DE RADIOFREQUÊNCIA POR DIATERMIA E MECÂNICA UTILIZADAS PARA SELAGEM ("LIGADURA") DOS VASOS SANGÜÍNEOS EM TIREOIDECTOMIAS: PINÇA BIPOLAR CONVENCIONAL, LIGASURE, HARMÔNICO.</p> <p>Cláudio Eduardo de Oliveira Cavalcanti, Carlos Augusto de Oliveira Cavalcanti, João Batista Monteiro Tajra, Douglas Pinheiro Cavalcanti, Amanda Pinheiro Cavalcanti, Aline Cavalcante Mota, Rosângela Vieira de Andrade</p> <p><i>HOSPITAL DE BASE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar descritivamente o uso da pinça bipolar convencional para selagens de vasos sanguíneos em cirurgias da tireoide, sem fios de ligaduras, em conjunto com os variados instrumentos já conhecidos e as suas respectivas energias. A selagem de vasos sanguíneos por meio de eletrocirurgia por radiofrequência diatérmica (pinças bipolar convencional e Ligasure) ou por fricção em velocidade ultrassônica (pinça Harmonic) foi introduzida para se obter uma cirurgia hemostática sem fios de ligaduras. Desde então vêm sendo utilizadas por diversas especialidades médicas, como: Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Urologia, Proctologia, Ortopedia, Vascular, do Aparelho Digestivo, Torácica, Mastologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de 100 prontuários de pacientes operados por tumores benignos e malignos da tireoide por um único cirurgião com os diversos instrumentos para "selagem" de vasos sanguíneos, estudando as seguintes variáveis: Sexo; idade; infecção; sangramento; hematoma; seroma; alta hospitalar; rouquidão; hipoparatiroidismo; instrumento utilizado (pinças: bipolar convencional 71 casos, Ligasure 15 pacientes, Harmônico 14 prontuários); tipo de cirurgia (tireoidectomia parcial, tireoidectomia total ou tireoidectomia total com esvaziamento) e histopatologia das selagens dos vasos.</p> <p>RESULTADOS: Houve a predominância de mulheres acima de 45 anos de idade. Não foram encontrados casos de infecção pós-operatória, de sangramento intra ou pós-operatório, hematoma, rouquidão definitiva e hipoparatiroidismo permanente. Houve um caso de seroma com Harmônico. Ocorreu rouquidão temporária e internação hospitalar maior que 24 horas em 02, 01 e 01 casos, com bipolar, Ligasure e Harmônico respectivamente. A histopatologia da selagem dos vasos sanguíneos foi semelhante nos diversos instrumentos.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso da pinça bipolar convencional se mostrou eficiente e seguro, semelhante às pinças Ligasure e Harmonic para selagens de vasos sanguíneos em cirurgias de tireoide. Evidenciou-se uma hemostasia eficiente e segura, com alta hospitalar precoce e baixos índices de complicações.</p>	<p>TRADUÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA (BRASIL), ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA</p> <p>Rafael Costa e Campos, Leticia Manoel Debon, Nathan Leão Peixoto, Rayssa Ruszkowski do Amaral, Barta Erclia Pinheiro da Costa, Marcelo Garcia Toneto, Carlos Eduardo Poli de Figueiredo</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O questionário PAS, do inglês Parathyroid Assessment Symptoms, como ferramenta para avaliação de qualidade de vida em pacientes com hiperparatiroidismo, objetiva identificar e quantificar quanto importante e incapacitante são esses sintomas nos portadores dessa doença. Considera-se que ter este instrumento adaptado para a língua portuguesa é de extrema importância clínica. Logo, a presente apresentação tem como objetivo demonstrar os resultados obtidos por meio da tradução, adaptação cultural e validação do PAS para português (Brasil) em pacientes com hiperparatiroidismo secundário e terciário avaliados no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS).</p> <p>MÉTODO: Estudo realizado no HSL-PUCRS, com amostra de 100 pacientes entre homens e mulheres que responderam ao PAS e ao Short Form Health 36 (SF-36), questionário genérico de avaliação de qualidade de vida.</p> <p>RESULTADOS: Analisando os resultados da aplicação do PAS, apresentamos boa confiabilidade do instrumento mediante as propriedades de reprodutividade (coeficiente de correlação intraclass) e a consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach). Através de correlações médias e altas entre os resultados das perguntas do PAS e do SF-36 demonstrou-se critérios de validade constructo convergente entre os questionários.</p> <p>CONCLUSÕES: O PAS traduzido do inglês para o português (Brasil) mostrou-se com adequada confiabilidade e validade. Assim como, o instrumento parece estar adaptado para avaliar qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de hiperparatiroidismo, com fluência na língua portuguesa.</p>

TL 021	TL 022
<p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DO PESCOÇO POR VIA RETROAURICULAR ROBOTICA: EXPERIÊNCIA PIONEIRA NO NORTE-NORDESTE DO BRASIL</p> <p>CARLOS PEREIRA DE BRITO NEVES, ANDRE PEREIRA GOMES RAPOSO, PHELIPÉ CUNHA BEZERRA, RENAN BEZERRA LIRA, BARTOLOMEU CAVALCANTI MELO JR</p> <p><i>HOSPITAL SANTA JOANA RECIFE - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo fornecer uma análise descritiva de nossa experiência inicial com a abordagem robótica do pescoço por via retroauricular, avaliando a viabilidade, segurança e resultados.</p> <p>MÉTODO: Análise descritiva do primeiro paciente submetido a uma cirurgia robótica em cabeça e pescoço em um hospital brasileiro situado fora do eixo Rio-São Paulo. O procedimento consistiu de uma ressecção de glândula submandibular direita por acesso retroauricular robótico, realizado pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Joana Recife, Recife, PE, com a colaboração de um cirurgião titular do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Ac Camargo Cancer Center, São Paulo, SP.</p> <p>RESULTADOS: Um paciente masculino, 32 anos, professor, natural de Caruaru, Pernambuco, com história de nodulação indolor em região cervical a direita, com dois meses de evolução. Nega alcoolismo, tabagismo e história pessoal de câncer ou de irradiação em cabeça e pescoço. O exame ultrassonográfico do pescoço mostrou um nódulo sólido, hipocóico de 2,8x2,2cm em glândula submandibular direita. A punção aspirativa por agulha fina evidenciou uma lesão compatível com adenoma pleomórfico. Após discussão conjunta entre equipe multidisciplinar e o paciente acerca das opções de abordagem cirúrgica, foi optada pela realização de ressecção de glândula submandibular direita por acesso retroauricular com uso do sistema robótico Da Vinci (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, CA, USA), seguindo a técnica previamente descrita por Koh, et al. No dia 23 de Fevereiro de 2019, o paciente foi submetido ao procedimento proposto, realizado no Hospital Santa Joana Recife, em Recife-PE. O tempo cirúrgico total foi de 90 minutos e o tempo de console foi de 50 minutos. O Procedimento ocorreu sem intercorrências. Os nervos marginal mandibular, lingual e hipoglossos foram devidamente identificados e preservados. O paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório, sem queixas de dor e sem sinais de paresia de nervos, infecção, hematoma ou qualquer complicação local. O laudo anatomopatológico confirmou o adenoma pleomórfico. O paciente retornou após duas semanas da cirurgia, completamente assintomático e com grande satisfação estética pós-operatória.</p> <p>CONCLUSÕES: Após este primeiro caso de uma cirurgia robótica em cabeça e pescoço do Norte e Nordeste do Brasil, a nossa impressão é que a cirurgia robótica cervical é uma boa opção para casos bem selecionados e que a abordagem retroauricular proporciona uma via de acesso segura para o pescoço, com baixos índices de complicações e com excelente aspecto estético pós-operatório. Por certo, estamos apenas no início da curva de aprendizado e análises de séries maiores são necessárias para uma melhor avaliação acerca de segurança oncológica e do seu impacto na qualidade de vida dos pacientes em nossa região.</p>	<p>TIREOIDECTOMIAS COM DRENO DE SUÇÃO SAINDO PELA INCISÃO OPERATORIA NA EXTREMIDADE DA INCISÃO: AUSÊNCIA DA SEGUNDA CICATRIZ E ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES</p> <p>Cláudio Eduardo de Oliveira Cavalcanti, Carlos Augusto de Oliveira Cavalcanti, João Batista Monteiro Tajra, Amanada Pinheiro Cavalcanti, Douglas Pinheiro Cavalcanti, Aline Cavalcante Mota, Rosângela Vieira de Andrade</p> <p><i>INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar em tireoidectomias a cicatriz do dreno na ferida operatória e as principais complicações decorrentes da saída do dreno pela incisão operatória, sem contra-abertura. Há várias décadas a drenagem após tireoidectomias é motivo de discussão entre os especialistas. A função dos drenos em feridas operatórias é de se prevenir a formação de hematomas e seromas. Sendo assim, diversos cirurgiões adotam o uso de dreno em cirurgias de tireoide. Os pacientes se angustiam com o resultado das cicatrizes e, em alguns casos, essa angústia suplanta a preocupação com a própria doença. Dessa forma, o dreno saindo pela incisão operatória proporciona funcionalidade, aliada à estética, com ausência de uma segunda cicatriz por uma contra-abertura.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de prontuários de 87 pacientes submetidos a cirurgias de tireoide para tumores benignos e malignos, por um mesmo cirurgião. Foram analisadas as seguintes variáveis: colocação de dreno, infecção, hematoma, seroma, drenagem, período de internação hospitalar, cicatrizações.</p> <p>RESULTADOS: Em todos os pacientes foram colocados drenos de sucção rotineiramente. No pós-operatório, houve ausência de infecção e de hematoma. Ocorreu seroma em um caso (1,6%), apenas em dois casos (2,3%) houve drenagem maior que 50 mL. O período de internação hospitalar em um caso (1,6%) foi maior que de 24 horas. Em um caso (1,6%) houve uma discreta hipertrofia na cicatriz da saída do dreno, que foi solucionada com aplicação tópica de corticoide.</p> <p>CONCLUSÕES: Nesse estudo, não se observou alteração da cicatriz no local da saída do dreno pela incisão. Houve ausência de infecção e hematoma no pós-operatório, e apresentou-se uma baixa frequência de outras complicações inerentes a tireoidectomias de forma geral.</p>

TL 023	TL 024
<p>TIREOIDECTOMIA COM O USO EXCLUSIVO DE PINÇA BIPOLAR CONVENCIONAL PARA LIGADURAS ("SELAGEM") E HEMOSTASIA DOS PEDICULOS VASCULARES, ANALISE RETROSPECTIVA DE 78 CASOS.</p> <p>Cláudio Eduardo de Oliveira Cavalcanti, Carlos Augusto de Oliveira Cavalcanti, João Batista Monteiro Tajra, Douglas Pinheiro Cavalcanti, Amanda Pinheiro Cavalcanti, Aline Cavalcante Mota, Rosângela Vieira de Andrade</p> <p><i>INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma análise retrospectiva de tireoidectomias realizadas exclusivamente com a pinça bipolar convencional (radiofrequência diatérmica bipolar). Descrever os principais dados obtidos quanto as complicações do método. A energia elétrica em radiofrequência diatérmica bipolar para a hemostasia e ligadura vasos sanguíneos através de "selagem" dos mesmos, vem sendo utilizada há muito tempo de acordo com a literatura, nas diversas especialidades, principalmente na cirurgia da tireoide.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados retrospectivamente 78 pacientes que foram submetidos à cirurgia de tireoide com o uso exclusivo com a pinça bipolar convencional, sem qualquer fio de ligadura. A técnica utilizada foi a "selagem" da artéria tireoidea superior com uma pinça bipolar convencional com a ponta de 1,0mm de diâmetro e 0,7mm, com a potência de 10W a 15W. As variáveis estudadas foram o período de internação, uso de dreno, sangramento intra-operatório e pós-operatório imediato, hematoma, seroma, tipos de tireoidectomias, patologia, paresia ou paralisia das cordas vocais temporária ou permanente, e hipocalcemia temporária ou permanente.</p> <p>RESULTADOS: As cirurgias realizadas foram: 04 tireoidectomias parciais por bócio, 09 tireoidectomias totais por bócio mergulhante, 17 tireoidectomias totais por bócio multinodular bilateral, 48 tireoidectomias totais por carcinoma papilar, com o esvaziamento seletivo do compartimento central. Não houve neste estudo em nenhum dos casos analisados a ocorrência de sangramento intra-operatório, no pós-operatório imediato, ou de hematoma precoce ou tardio. Houve dois casos de rouquidão com paralisia temporária das cordas vocais e ausência de paralisia permanente. Ocorreu hipocalcemia temporária em 50% dos casos e ausência de hipocalcemia permanente.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso da pinça bipolar convencional exclusiva para ligadura dos vasos dos pedículos nas tireoidectomias, apresentou total segurança em 78 pacientes. Não houve neste estudo sangramento intra e pós-operatório, hematomas, paralisia permanente do nervo laríngeo recorrente, e hipocalcemia permanente. Conforme todo método e técnica requerem, todos que utilizarem essa técnica, devem estar aptos a executá-la e deve ser respeitado a curva de aprendizagem.</p>	<p>PERFIL DOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EM UMA UTI PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Henrique Barbosa Abreu, Pedro Henrique Matias Peres, Eduardo Cunha Carmo, Luciana Mara Meireles Aguiar Pereira, Vinicius Silveira Amaral, HEVERTON RAMOS Santos</p> <p><i>Hospital Regional de Santa Maria - DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes traqueostomizados em uma UTI pública do Distrito Federal, quanto aos aspectos clínicos e cirúrgicos.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional, transversal realizado em uma UTI geral no período de janeiro a dezembro de 2017, em pacientes submetidos à traqueostomia pela técnica aberta, na beira do leito da UTI. Foram incluídos todos os pacientes submetidos à traqueostomia após a admissão na UTI e analisados os seguintes dados: Idade, sexo, motivo da internação na unidade, escore APACHE II na admissão e indicação da traqueostomia. Foi utilizado com critério de exclusão pacientes apresentaram registros incompletos, que permaneceram internados por ≤ 24h, ou com traqueostomia prévia. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 17.</p> <p>RESULTADOS: Dos 580 pacientes admitidos na unidade no ano de 2017, apresentavam-se elegíveis para o estudo 161 (28%) pacientes. Houve uma maior prevalência de pacientes do sexo masculino (57%) com a média de idade de 60 ± 19 anos. A sepse de foco pulmonar foi a principal causa da admissão, com relação a posterior indicação de traqueostomia (52%), com APACHE II de $27 \pm 8,3$. Sepse estava presente em 67% dos diagnósticos de admissão, e pós-operatório em 14%. Durante a internação na UTI 95% dos pacientes necessitaram de aminas vasoativas e 58% de terapia renal substitutiva. O tempo médio de internação na unidade foi de 32 ± 27 dias, e a taxa de mortalidade de 50%.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil do paciente traqueostomizado caracterizou-se por predomínio masculino, com sepse e/ou doenças respiratórias e idosos. Houve necessidade de longos períodos de internação, o que pode estar associado a gravidade na admissão e ao aumento de mortalidade nessa população.</p>

TL 025	TL 026
<p>QUALIDADE DE VIDA E FATORES PREDITIVOS PARA COMPLICAÇÕES EM PACIENTES SUBMETIDOS A ABDOMINOPLASTIA APOS GASTROPLASTIA</p> <p>Simone Correa Rosa, Jefferson Lessa Soares Macedo, Lucas Ribeiro Canedo, Isabella Naves Rosa, João Vitor Almeida Marques, Christian Damasceno Menezes Souza, Luiz Augusto Casulari</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os fatores preditores de complicações pós-operatórias e qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos a abdominoplastia após considerável perda ponderal.</p> <p>MÉTODO: O estudo incluiu 107 pacientes submetidos a abdominoplastia após bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016. Dados demográficos, clínicos e antropométricos incluindo idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC) pré-bariátrico, IMC pré-abdominoplastia (IMC atual), perda ponderal antes da abdominoplastia, variação do IMC e comorbidades, foram incluídos na análise. A abdominoplastia incluiu uma paniclectomia combinada com amplo descolamento da região abdominal superior, correção da diástase do músculo reto-abdominal e transposição umbilical. A variante flor-de-lis ou âncora incluiu uma ressecção vertical da linha média. A avaliação da qualidade de vida foi mensurada com o questionário de Moorehead-Ardelt. As análises estatísticas foram realizadas usando software SPSS versão 20.0 (Statistical Package for Social Studies; IBM Corp., Armonk, NY, USA). Diferenças entre grupos foram consideradas significativas para valores de $P < 0.05$. Regressão logística univariável foi usada para examinar o impacto de fatores individuais no desenvolvimento de qualquer complicação, com regressão multivariável usada como controle para possíveis confundidores.</p> <p>RESULTADOS: A amostra incluiu 107 pacientes consecutivos com perda ponderal massiva após RYGB que foram submetidos a abdominoplastia sozinha ou combinada com outras cirurgias de contorno corporal. Noventa e oito pacientes (91,6%) eram mulheres e 9 (8,4%) eram homens, com uma média de idade de 40,9 anos. O peso médio antes da perda ponderal massiva era de 120,8 kg, e o peso médio antes da abdominoplastia era de 73,1 kg. O IMC médio pré-abdominoplastia era 27,6 kg/m², com uma média de perda de peso antes da abdominoplastia de 47,7 kg. Oitenta pacientes (74,8%) foram submetidos a abdominoplastia clássica e 27 pacientes (25,2%) foram submetidos a técnica de âncora. A taxa total de complicações foi de 23,4%. Os parâmetros que predizeram significativamente complicações foram quantidade de tecido removido do abdome > 2000 g, variação de IMC > 20 kg/m² e idade > 40 anos. Todos os domínios da qualidade de vida foram melhorados com a plástica reparadora, mais de 90% dos pacientes relataram uma melhora na qualidade de vida (pontuação média de 2,1).</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados apresentados nesse estudo sugerem que a abdominoplastia promove uma melhora da qualidade de vida em pacientes pós-bariátricos. Além disso, os fatores preditores de complicações pós-operatórias incluíram quantidade de tecido removido > 2000 g, variação de IMC > 20 kg/m² e idade > 40 anos no momento da abdominoplastia. A cirurgia de contorno corporal em pacientes pós-bariátricos pode ser otimizadas com cuidadosa seleção do paciente, planejamento pré-operatório e reconhecimento dos fatores preditores para complicações pós-operatórias nessa população de pacientes.</p>	<p>O PAPEL DAS COMORBIDADES NO DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS EM PACIENTES POS-BARIATRICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA PLASTICA.</p> <p>Simone Correa Rosa, Jefferson Lessa Soares Macedo, Lucas Ribeiro Canedo, Christian Damasceno Menezes Souza, João Vitor Almeida Marques, Isabella Naves Rosa, Luiz Augusto Casulari</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o impacto das comorbidades no desenvolvimento de complicações pós-operatórias em pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica no Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF. Além disso, esse estudo visa apresentar os perfis clínicos e antropométricos de pacientes submetidos a cirurgia plástica pós-bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo prospectivo, realizado em hospital público de referência para realização de cirurgia bariátrica. Foram avaliados indivíduos submetidos à derivação gástrica em Y-de-Roux (RYGB) e que, posteriormente, foram submetidos a procedimentos em cirurgia plástica de 2011 a 2016 após perda ponderal maciça. As variáveis analisadas foram idade, gênero, peso, altura, IMC antes da cirurgia bariátrica, IMC antes da cirurgia plástica, perda total de peso, presença de comorbidades e taxas de complicação pós-operatória. As complicações avaliadas incluíram hematomas, seromas, deiscência, necrose tecidual, trombose venosas profundas e embolismo pulmonar. De acordo com a classificação de Clavien-Dindo, as complicações pós-operatórias foram classificadas como maiores quando apresentaram grau igual ou maior que 3, e menores quando o grau fosse menor que 3. A análise estatística foi feita utilizando o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA).</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi de 139 pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. Com relação a RYGB: 57,55% (80 pacientes) por laparoscopia e 42,45% (59 pacientes) por laparotomia. A idade média dos pacientes foi de 41,18 anos. As mulheres foram mais frequentemente operadas, representando 93,5% da amostra. O intervalo médio de tempo entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica pós-bariátrica foi de 42,51 meses. A diferença observada entre o IMC máximo antes da cirurgia bariátrica e o IMC antes da cirurgia plástica foi de 18,25 Kg/m². A média de perda de peso antes da cirurgia bariátrica foi de 47,02 kg. A média máxima de peso antes da cirurgia bariátrica foi de 119,98 kg. O peso médio antes da cirurgia plástica foi de 72,97 Kg. A taxa total de complicação foi 26,7% (37/139). Em análise univariada, a presença de comorbidades foram associadas significativamente a complicações pós-operatórias. Entretanto, após análise multivariada, a presença do diabetes, da hipertensão arterial e da síndrome metabólica não foram significativamente associadas com o desenvolvimento de complicações pós-operatórias de cirurgia plástica em pacientes pós-bariátricos.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste grupo de estudo, com esse perfil clínico e antropométrico, as mais importantes comorbidades (diabetes, hipertensão arterial e síndrome metabólica) não se mostraram bons preditores de complicações pós-operatórias em pacientes pós-bariátricos submetidos a cirurgia plástica reparadora. A presença de comorbidades residuais nesses pacientes não influenciaram significativamente a ocorrência de complicações pós-operatórias.</p>

TL 027	TL 028
<p>RETALHO PLANTAR MEDIAL: UMA SERIE DE CASOS</p> <p>JORGE EMILIO FRANÇA GARCIA, JEFFERSON LESSA SOARES DE MACEDO, SIMONE CORRÊA ROSA, ADILSON ALVES DA SILVA, ALTINO VIEIRA DE REZENDE FILHO NETO, HELOÍZA GUTIERREZ YAMAMOTO, GUILHERME DEBIAZI CORDINI, THAIANE DA GUIA ROSA FIORAVANTE</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cobertura do pé e especialmente da região do calcâneo são desafios técnicos para o cirurgião devido ao alto grau de especialização dos tecidos envolvidos e a relativa imobilidade dos tecidos próximos. O objetivo deste estudo é apresentar uma série de casos de pacientes com lesões de pé, submetidos a reconstrução com o retalho plantar medial, no período de 2001 a 2013.</p> <p>MÉTODO: No presente estudo, retrospectivo, apresentamos nossa experiência com uso do retalho baseado na artéria plantar medial para cobertura de defeitos teciduais no pé, especialmente na região de apoio plantar no calcâneo. Doze retalhos da artéria plantar medial feitos de 2001 a 2013 no Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, foram incluídos. Foram avaliadas as seguintes variáveis: gênero, idade, etiologia do trauma, presença e local da fratura, características da perda de substância e presença de exposição óssea.</p> <p>RESULTADOS: Dos 12 pacientes, 10 eram homens e 2 eram mulheres. As indicações foram perda traumática do cóxim do calcâneo em 10 pacientes e dorso do pé em dois casos. Todos os retalhos foram elevados como retalhos pediculados fasciocutâneos baseados na artéria plantar medial. Todos retalhos cicatrizaram sem maiores complicações, exceto um caso com perda parcial. A área doadora foi coberta com enxerto de pele parcial e houve um caso de perda parcial do enxerto. Os retalhos apresentaram uma sensibilidade protetora levemente inferior ao lado normal.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com os resultados, o retalho plantar medial é uma boa opção para cobertura do pé, especialmente do calcâneo. A versatilidade do retalho permite a cobertura de defeitos no calcâneo, sobre o tendão de Aquiles e apoio plantar, assim como o dorso do pé. A cobertura da região de apoio plantar com pele de textura similar e sensibilidade protetora confere a esse retalho uma grande vantagem sobre outros retalhos para reconstrução dessa região.</p>	<p>PERFIL ANATOMOPATOLÓGICO DE PACIENTES OPERADOS POR CANCER GÁSTRICO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DF</p> <p>Lorenzo Leite Dino, Renato Correia da Silva Júnior, Ana Virginia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico é um dos tumores malignos de maior mortalidade no mundo, sendo o quarto mais frequente nos homens e o sexto nas mulheres. Porém, sua sintomatologia inespecífica torna o diagnóstico tardio, muitas vezes com a doença em estádios avançados. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos pacientes atendidos no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário de Brasília (HUB) quanto aos aspectos anatomopatológicos dos pacientes submetidos à operação.</p> <p>MÉTODO: O estudo foi realizado com a coleta de dados dos prontuários de 102 pacientes operados por câncer gástrico no HUB no período de 2005 a 2018. O perfil anatomopatológico foi avaliado conforme os laudos da peça cirúrgica, e os dados sobre quimio ou radioterapia coletados no prontuário.</p> <p>RESULTADOS: O estudo mostrou que a localização mais comum do câncer gástrico nos pacientes analisados foi antro, acometido em 60,78% dos casos, seguido pelo corpo (40,19%) e região pré-pilórica (14,7%). Em relação à classificação endoscópica de Borrmann, o tipo mais comum foi o III (54,28%, n=70). Quanto à análise da classificação histológica de Lauren, o tipo intestinal (42,64%, n=68) era mais comum que o difuso (41,17%). Quanto ao grau de diferenciação histológica e presença de células em anel de sinete, a maioria dos pacientes analisados apresentava neoplasia pouco diferenciada com células em anel de sinete (33% dos casos, n=63), seguido de tumores pouco diferenciados sem células em anel de sinete (30,15%) e tumores exclusivamente com células em anel de sinete (17,46%). O estágio mais prevalente foi IIIC (19,76%), seguido por IIIB (18,60%) e IV (15,11%). As margens cirúrgicas se apresentaram livres em 73,33% (n=75) dos casos; a margem radial foi a mais acometida (17,33%), seguida pela distal (8,00%) e proximal (6,66%). Invasão perineural e angiolinfática foram observadas em 57,14% (n=70) e 63,38% (n=71), respectivamente. O número médio de linfonodos ressecados foi de 28,57 (±17,63, n=76), e a média de acometidos foi de 6,93 (±8,89). Quanto à abordagem quimio ou radioterápica, o tratamento com quimioterapia adjuvante foi o mais realizado (52,22% dos pacientes), sendo a radioterapia realizada em apenas 27,71% dos casos (n=83). Quimioterapia perioperatória foi feita em 12,22% dos pacientes, e apenas neoadjuvância em 10% dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil das neoplasias malignas de estômago apresentadas pelos pacientes atendidos no HUB no período de 2005 a 2018 consiste em um tumor de antro, Borrmann III, do tipo intestinal de Lauren, pouco diferenciado e com células em anel de sinete. As margens cirúrgicas são livres, porém 7 dos 29 linfonodos ressecados estão acometidos, e invasão perineural e angiolinfática estão presentes, além de ser uma doença de estágio IIIC, submetida à quimioterapia adjuvante.</p>
<p>TL 029</p> <p>SOBREVIDA DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NO PERÍODO DE 2005-2018 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO DF</p> <p>Renato Correia da Silva Júnior, Lorenzo Leite Dino, Ana Virginia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico é um dos tumores malignos de maior mortalidade no mundo, sendo o quarto mais frequente nos homens e o sexto nas mulheres. Porém, sua sintomatologia inespecífica torna o diagnóstico tardio, muitas vezes com a doença em estádios avançados. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos pacientes atendidos no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário de Brasília (HUB) quanto aos aspectos anatomopatológicos dos pacientes submetidos à operação.</p> <p>MÉTODO: O estudo foi realizado com a coleta de dados dos prontuários de 102 pacientes operados por câncer gástrico no HUB no período de 2005 a 2018. O perfil anatomopatológico foi avaliado conforme os laudos da peça cirúrgica, e os dados sobre quimio ou radioterapia coletados no prontuário.</p> <p>RESULTADOS: Um total de 102 pacientes foram atendidos com diagnóstico de câncer gástrico no período, entretanto a sobrevida só pôde ser avaliada em 58 pacientes. Dos 58, houve predomínio masculino (63,7%) e idade entre 34 e 84 anos (média de 58 e mediana de 60,5). Foi realizada gastrectomia subtotal (n=32), total (n=17), e 9 pacientes foram considerados irressuscitáveis. O estadiamento patológico foi: Ia (n=9), Ib (n=2), IIa (n=6), IIb (n=5), IIIa (n=5), IIIb (n=11), IIIc (n=10), IV (n=10). A ressecção de linfonodos variou em quantidade de 4 a 88 por paciente (média de 27 e mediana 24), havendo recidiva em 85,7% naqueles com ressecção menor que 12 linfonodos, enquanto, no restante, foi de 39,2%. 20 pacientes foram submetidos à RT e 42, à QT, da qual predominou a adjuvante (53,4%). Houve recidiva em 27 pacientes cujo tempo livre de doença foi, em média, de 14 meses, sendo os principais sítios de recidiva tumoral o fígado e o peritônio (n=8 em ambos). 43 pacientes evoluíram a óbito, com proporções diferentes em cada estágio (Ia:34%, IV: 89%). Houve 2 mortes por complicações pós-operatórias e outras 2 por causas externas (estes possuíam estádios Ia). A sobrevida média global foi de 17 meses e 14 dias e, nos pacientes submetidos à QT, foi percebida uma sobrevida média global 4 meses maior. Por fim, o tipo histológico mais comum foi o tipo intestinal de Lauren (46,5%) bem como o grau de diferenciação moderado (36,2%) e a associação de ambos representou o maior número de óbitos (27,9%) neste estudo.</p> <p>CONCLUSÕES: O diagnóstico precoce mostra-se fundamental para reduzir as taxas de mortalidade do adenocarcinoma gástrico. Além disso, a quantidade de linfonodos ressecados altera o prognóstico do paciente, sendo a linfadenectomia D2 mais indicada.</p>	<p>TL 030</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DAS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS PRECOSES DE PACIENTES PORTADORES DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NÃO METASTÁTICO OPERADOS NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI</p> <p>LUIS HENRIQUE BARRETO CHAVES, VITÓRIA PEREIRA MARRA, ROMUALDO AGUIAR, MAIRA AMARAL, HENRIQUE CUNHA ABREU, HERBERT MINUCIO, GUILHERME COSTA SILVA, RAFAEL MELLILO LAURINO NETO</p> <p><i>CONJUNTO HOOSPITALAR DO MANDAQUI-SP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Análise epidemiológica dos pacientes submetidos à ressecção gástrica por adenocarcinoma não metastáticos no CHM entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018 e avaliação da relação das complicações no pós-operatório imediato com o estágio da doença e cirurgia realizada.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados 41 prontuários de pacientes portadores de adenocarcinoma gástrico, submetidos a gastrectomias pretensamente curativas entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018. Análises de prontuários obtidos no SAME (Serviço de Arquivo Médico) bem como do arquivo eletrônico do CHM a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram registrados em um instrumento de coleta de dados que foi construído para esse estudo, o qual continha as seguintes variáveis: idade, gênero, localização do tumor, tipo de gastrectomia, número de linfonodos retirados em cada cirurgia, estágio da doença, complicações cirúrgicas precoces e tempo de internação.</p> <p>RESULTADOS: Um total de 41 pacientes foram avaliados e tratados com intenção curativa de Janeiro de 2017 até dezembro de 2018. Destes 25(61%) Homens e 16(29%) mulheres, a idade média destes pacientes era de 66 anos. A principal localização do tumor foi no terço inferior, sendo a gastrectomia subtotal o procedimento mais realizado com um total de 29 cirurgias (71%). A média de linfonodos identificados no estudo anatomopatológico foi de 19,1 com um desvio padrão de 13,64. Após as cirurgias observamos 3 (7%) óbitos nos primeiros 30 dias, todos decorrentes de complicações como: deiscência de coto duodenal, deiscência de anastomose gastrojejunal, fístulas esofagástricas, pneumonia, broncoaspiração. Todas as complicações (clínicas e cirúrgicas), somadas, representaram 22%(n=9) do total das cirurgias. Separamos a média de linfonodos retirados nos pacientes que apresentaram complicações vs não apresentaram complicações, os valores obtidos foram 18,9 e 19,03. Aplicamos o teste T-student P-Valor = 0,980 que não demonstrou significância estatística entre o número de linfonodos ressecados e qualquer associação com algum tipo de complicação.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluímos que no CHM, no período compreendido entre Janeiro de 2017 e dezembro de 2018, que os pacientes submetidos a gastrectomias por Adeno Carcinomas não metastáticos de Estômago em sua maioria eram homens, na sexta década de vida, acometidos por doença no terço inferior do órgão, tendo sido submetidos a gastrectomia parcial com obtenção em média de mais de 15 gânglios por peça retirada, prevalecendo o tipo histológico difuso de Lauren e o Estádio II da doença. Observamos número relevante de complicações importantes e óbitos precoces, que se deram de maneira mais intensa nos Estádios menos avançados da doença, preferencialmente em pacientes submetidos a gastrectomias parciais, sem no entanto apresentarem relação com o número de gânglios ressecados.</p>

TL 031	TL 032
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA GÁSTRICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI ENTRE 2017 E 2018</p> <p>Vitória Pereira Marra, Luís Henrique Barreto Chaves, Henrique Cunha Moreira de Abreu, Helbert Minuncio Pereira Gomes, Milena de Fátima Queiroz Oliveira, Maira Stathourakis Sampaio Amaral, Rafael Laurino Melillo, Isabella Asari Takahara</p> <p><i>CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Conhecer o perfil clínico, epidemiológico e histopatológico do câncer gástrico dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico no Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM) no período de 01 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo no Conjunto Hospitalar do Mandaqui com levantamento de 60 prontuários de pacientes submetidos à procedimento cirúrgico no período de Janeiro de 2017 à Dezembro de 2018 e análise dos dados levantados com testes estatísticos apropriados buscando a frequência das variáveis e a correlação entre elas.</p> <p>RESULTADOS: O gênero mais acometido foi o sexo masculino (56,7%), a média de idade de 61,53 anos, para os homens, e de 65,81 para as mulheres. A sublocalização mais frequente foi o antro (60%). O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma, representando 88,33% dos casos informados. Utilizando a classificação de Lauren, o subtipo intestinal foi o mais frequente, acometendo 67,92% dos casos. Nas neoplasias com estadiamento informado, a maioria (56,6%) estava em estágio inicial (I ou II), o que corrobora com alta taxa de cirurgias com intenção curativa (80%) realizadas no período estudado.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a longo prazo ainda há um grande trabalho a ser realizado em relação ao perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos, incluindo também aqueles cuja terapêutica de eleição foi o tratamento clínico paliativo. Ressaltamos também a importância de novos estudos para acompanhar a sobrevida a longo prazo dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, verificando as mudanças em relação ao peso dessa neoplasia, na cidade de São Paulo.</p>	<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS GASTRECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS DE JANEIRO DE 2013 A DEZEMBRO DE 2017</p> <p>AMANDA DE VASCONCELOS MAPELLI, MANOELA NEVES PEITER AMORIM, SAINT CLAIR DE OLIVEIRA</p> <p><i>HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - FLORIANÓPOLIS - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar perfil epidemiológico, descrição das principais causas e complicações dos pacientes que realizaram gastrectomia total (GT) ou parcial (GP) em um hospital de Florianópolis/SC, de jan/2013 a dez/2017.</p> <p>MÉTODO: Desenvolvido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Governador Celso Ramos, através de um estudo observacional retrospectivo. Analisados prontuários dos 62 pacientes que realizaram gastrectomias e preenchido os instrumentos de coleta de dados especialmente desenvolvidos para o presente estudo. Foram incluídos pacientes que tinham mais de 15 anos, encaminhados via ambulatorial ou emergência e excluídos os prontuários que não continham todas as informações necessárias ou aqueles que realizaram cirurgia para obesidade mórbida. As informações obtidas foram inseridas em um banco de dados com o programa Microsoft Excel e então, analisadas pelo SPSS 20.0. O presente estudo está fundamentado em princípios éticos e atende às exigências das Resoluções n.466/12 e n.251/97 para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Não existe conflitos de interesses.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta por 62 pacientes, 41 (66,1%) homens e 21 (33,9%) mulheres. Foram realizadas GT em 23 pacientes (37,1%) e GP em 39 pacientes (62,9%). Do total, 79,03% foram indicados por adenocarcinoma, 8,06% por úlcera séptica, 3,23% por GIST e 3,23% por tumores neuroendócrinos. A maioria da amostra (62,9%) possui uma, ou mais, comorbidade. Nas GT, a idade média foi de 61,3 anos, todos realizados em ambiente eletivo, com anastomose esôfago-jejunal e Y-de-Roux. A taxa de complicações foi de 30,4%, tempo médio de alta no pós-operatório de 19,1 dias e 4 pacientes (17,4%) indo a óbito. Nas GP, a idade média resultou em 59,7 anos, a grande maioria (87,2%) em ambiente eletivo, na maior parte do tipo subtotal com 35 pacientes (89,7%) e reconstrução em Y-de-Roux com 35 pacientes (89,7%). A taxa de complicações foi de 12,8%, tempo médio de alta no pós-operatório de 9,8 dias e 3 óbitos (7,7%). Foram realizadas 5 GP de emergência: 4 úlceras pépticas complicadas (10,2%). Uma GP (1,6%) foi realizada por videolaparoscopia. Na amostra total, 8 (12,9%) obtiveram preparo nutricional prévio ao procedimento.</p> <p>CONCLUSÕES: A maioria da população estudada foi composta por homens, com idade média de 60,5 anos e com uma ou mais comorbidades associadas. A maior parte dos procedimentos foram realizados eletivamente por conta de adenocarcinoma, tipo gastrectomia parcial e reconstrução em Y-de-Roux, sem preparo nutricional prévio e com técnica aberta, com taxa de complicações de 19,3% e de óbito de 11,2%. As gastrectomias vêm ganhando importância ainda maior, principalmente às custas do resultado, muitas vezes, curativo às neoplasias gástricas. Observa-se assim, a necessidade de aprofundar estudos, estabelecer grupos de risco e benefícios com gastrectomias parciais e/ou totais, estabelecer critérios na tentativa de reduzir tempo de internação e complicações pós operatórias.</p>
<p>TL 033</p> <p>Câncer Gástrico Precoce conforme o Estadiamento TNM 2016</p> <p>Miriam Barbosa de Carvalho, Rubens Kesley, Sérgio Bertolacce, Flávio Sabino, André Maciel, Paulo Sérgio Lima Donza, José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares Riello de Mello</p> <p><i>Instituto Nacional do Câncer - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliamos os doentes com Câncer Gástrico Precoce conforme o Estadiamento AJCC 2016 para determinar sua expectativa de sobrevida em nosso meio.</p> <p>MÉTODO: Foram revisados retrospectivamente 169 doentes com Adenocarcinoma Gástrico cujos tumores estavam restritos à submucosa. Foram analisadas variáveis clínicas, cirúrgicas, morbimortalidade e sobrevida conforme o TNM 2016. A análise se estendeu de 5 para 10 anos, para determinar se há boa sobrevida nesses casos e se a sobrevida é mantida a longo prazo.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade foi de 60±12 anos, variando de 21 a 84 anos. Houve leve predomínio do sexo feminino com 87 (51,5%). Todos os doentes foram submetidos à cirurgia radical, sem resíduo tumoral, com linfadenectomia estendida. O TNM 2016 mostrou casos distribuídos quanto ao estágio final: IA 139 (82,2%), IB 19 (11,2%), IIA 8 (4,7%) e IIB 3 (1,8%). A sobrevida global em 5 anos foi de 85% e em 10 anos de 80%. No Estágio IA, a sobrevida em 5 anos foi de 87% e em 10 anos 77%, no Estágio IB em 5 e 10 anos foi de 74%, No IIA em 5 anos foi de 42% e em 10 anos de 21%. Ocorreu recidiva tardia da doença, depois de 2 anos em 18 (10,7%) dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Paciente com Câncer Gástrico Precoce apresentam sobrevida maior que 85% em 5 anos, com baixas taxas de recidiva nos primeiros anos de seguimento oncológico. Todavia, à medida que aumenta o número de linfonodos metastáticos no espécime cirúrgico, a sobrevida reduz acentuadamente em 10 anos, podendo a chegar a aproximadamente 20%.</p>	<p>TL 034</p> <p>Ressecções Multiorgânicas no Adenocarcinoma Gástrico Avaliação em 10 anos Conforme o TNM da AJCC 2016</p> <p>Renata Coelho Silva Ramos, Rubens Kesley, Max Benício da Fonseca Brito, André Maciel, Odilon Souza Filho, Leonaldson Castro, José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares Riello de Mello</p> <p><i>Instituto Nacional do Câncer - rio de janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A realização da ressecção de outros órgãos associados ao adenocarcinoma gástrico podem ocorrer com finalidade preventiva (vesícula biliar), tática (baço) ou terapêutica (invasão direta). Independente, ao estender a cirurgia aumenta-se os riscos de complicações e há questionamentos, principalmente quanto a splenectomia nos tumores avançados do estômago. Avaliaremos a cirurgia multiorgânica, procurando entender seus efeitos quanto à morbimortalidade operatória e a sobrevida, procurando pesar os riscos e benefícios.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente adenocarcinomas gástricos ressecados com intenção radical ou paliativa no Serviço de Cirurgia Abdômino-Pélvica do Hospital do Câncer I, INCA. Os dados coletados foram epidemiológicos, clínicos, cirúrgicos, patológicos e de sobrevida. O período operatório foi de 1997 a 2006 e o seguimento oncológico se fez por 10 anos após a data da última cirurgia.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 802 pacientes, com média de 60±12 anos, sendo 458 (57,1%) homens. Ocorreram 236 (29,4%) ressecções de órgãos perigástricos. Não observamos invasão direta de vesícula biliar ou baço em nenhum caso. Foram realizadas 118 (14,7%) colecistectomias. Foram encontrados 20 casos de invasão direta do tumor (pT4b). Os principais órgãos invadidos foram pâncreas (8 casos), fígado (4 casos), cólon (4 casos) e outros (4 casos). A taxa global de complicação e mortalidade foram de 37% de 6,7%, respectivamente. A taxa global de sobrevida em 5 e 10 anos foi de 54% e 43%. Conforme o pT4a em 5 anos foi de 42% e 10 anos de 31%, no pT4b em 5 anos foi de 44% e em 10 anos de 22%.</p> <p>CONCLUSÕES: A ressecção de órgãos associados requerem experiência do cirurgião para definir se deve ser preventiva, tática ou terapêutica a cirurgia. A ressecção terapêutica está indicada em um número limitado de casos, mas pode propiciar boa sobrevida em 5 e 10 anos de seguimento oncológico.</p>

TL 035	TL 036
<p>Sobrevida após gastrectomia: análise uni e multivariável dos casos tratados ao longo de 10 anos.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Guilherme Augusto Polaquini, Raphaella Ferreira, Julia Goginski, Maria Julia Macedo Bonatto, Thamyle Moda Santana Rezende, Keire Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudo das características clínicas e relacionadas ao tratamento do câncer gástrico, na tentativa de estabelecer os fatores prognósticos da sobrevida a longo prazo.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer de estômago submetidos a Gastrectomia (Total ou Parcial) com linfadenectomia a D2 durante o período de jan-2005 a jul-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Dados expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. O suporte foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Analisados 396 pacientes, com mediana de idade de 62,5 anos. O sexo masculino representou 251 (63,4%). O bom estado geral (P S Zubrod 0 ou 1) presente em 318 (80,3%) pacientes. O tipo histológico era adenocarcinoma em 384 (97%) casos, em 154 (46,2%) os tumores eram indiferenciados. O tumor era localmente avançado, acima de T3, em 242 (63,3%) pacientes. Os linfonodos eram N0 em 188 (47,5%) dos pacientes, a média de linfonodos dissecados foi de 14. Tratamento neoadjuvante aconteceu em 76 (19,2%) ocasiões, em média foram 3 ciclos de quimioterapia. Gastrectomia total aconteceu em 123(31%) casos e parcial em 273 (69%). Tempo cirúrgico significativamente maior nas gastrectomias totais 240 minutos, contra 180 minutos nas parciais. Complicações pós-operatórias ocorreram em 58 (14,6%) pacientes, e óbito pós-operatório, até 30 dias, aconteceu em 25 (6,3%) pacientes. Houve necessidade de reoperação dos pacientes em 41 (10%) casos. A sobrevida global em 5 anos foi 62%, na análise univariável foram fatores prognósticos o tamanho do tumor, numero de linfonodos comprometidos, tempo cirúrgico e necessidade de reoperações. A análise multivariável não confirmou estas variáveis como fatores determinantes.</p> <p>CONCLUSÕES: Tamanho do tumor primário, comprometimento linfonodal, tempo cirúrgico e complicações graves pós-operatórias com necessidade de reoperação são os principais fatores influenciadores da sobrevida global dos pacientes. A mesma foi de 62% em 5 anos. Constatamos um pior resultado para as gastrectomias totais.</p>	<p>AS OPÇÕES DE TRATAMENTOS QUE OFERTAMOS AOS PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO, TEM MELHORADO OS RESULTADOS? ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Phillipe Abreu, Giovanni Zenedin Targa, Cistiano Ontivero Pereira, Thatiane Litenski, Eduardo Da Cás, Kerle Wannlen Campos Silva Araujo, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os resultados do tratamento do câncer gástrico de um grupo recente de pacientes com os dados históricos obtidos do Registro Hospitalar de Câncer, da própria instituição. Verificando se houve evolução nos resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Um grupo de dados é obtido de um estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer de estômago submetidos a Gastrectomia com linfadenectomia a D2 durante o período de jan-2005 a jul-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. O outro grupo de dados (dados históricos) é obtido do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da própria instituição, no período de 2000 a 2004. Por tanto esta análise não inclui os mesmos pacientes nos grupos. As análises estatísticas das taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Para a comparação entre os grupos foi utilizado teste Anova. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA15, sendo p<0,05 considerado estatisticamente significativo</p> <p>RESULTADOS: No estudo recente foram incluídos 396 pacientes, todos submetidos a tratamento cirúrgico. Na análise histórica do RHC foram incluídos 429 pacientes. A análise das idades entre os grupos não foi significativa. O sexo masculino representou 63,4% da atual amostra, contra 70,3% da media histórica, não sendo estatisticamente significante. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em ambos os estudos, 97% atualmente e 95,3% na análise do RHC. Já os dados do estadiamento foram divergentes, considerando tumores localmente avançados houve um aumento de 26,2% no passado e 36,6% recentemente, não sendo estatisticamente significante O tratamento neoadjuvante também encontramos um aumento no decorrer do tempo, passou de 9,4% para 19,20% atualmente. Avaliando a sobrevida global em 5 anos de ambos os grupos encontramos uma sobrevida muito superior no grupo recente, isto pelas características de cada um dos tipos de levantamento. Porém, quando avaliamos a sobrevida em 5 anos relacionada ao estadiamento clínico, encontramos no grupo recente ECI 90%, ECII 67%, EC III 51%, já no grupo histórico institucional o EC I 68,9%, EC II 28,3%, EC III 17,1%. (p<0,0001)</p> <p>CONCLUSÕES: A evolução do tratamento oncológico com melhora nos padrões cirúrgicos e maior emprego de tratamento neoadjuvante proporcionaram aumento significativo da sobrevida global, apesar da maior incidência de tumores localmente avançados.</p>

TL 037	TL 038
<p>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E DESFECHOS DOS PACIENTES OPERADOS POR ABDOME AGUDO OBRUTIVO EM UM HOSPITAL ESTADUAL DE SAO PAULO</p> <p>MAIRA STATHOURAKIS SAMPAIO AMARAL, MAURICIO ANDRADE AZEVEDO, Vitoria Pereira Marra, Luis Henrique Barreto Chaves</p> <p><i>HOSPITAL DO MANDAQUI - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa com a finalidade de verificar as causas de abdome agudo obstrutivo que necessitaram de cirurgia abdominal de urgência no Pronto Socorro do Hospital do Mandaqui no período de 01 maio de 2017 a 30 de abril de 2018, estabelecendo dados estatísticos acerca da etiologia, idade, gênero, tempo de internação, necessidade de cuidados intensivos, complicações e óbitos.</p> <p>MÉTODO: Levantamento de 79 prontuários eletrônicos, em que serão selecionados todos os pacientes internados e abordados cirurgicamente pela urgência do hospital entre 01 maio 2017 e 30 de abril de 2018. O tratamento dos dados coletados se fará pela análise estatística acerca da etiologia, idade, gênero, tempo de internação, complicações, necessidade de cuidados intensivos e óbitos. Para estudar a etiologia das obstruções serão inseridos todos os diagnósticos etiológicos realizados no intra-operatório, calculando-se número absoluto e porcentagem de cada. Na análise da idade será calculada a média, bem como apontadas as idades mínimas e máximas. Serão apresentadas as porcentagens entre os gêneros, quantificados os tempos de internação, verificando-se média de internação, tempo máximo e tempo mínimo de permanência hospitalar. As complicações serão relatadas e separadas em clínicas e cirúrgicas. Iremos estabelecer suas porcentagens em relação ao total de pacientes, além de avaliar seu perfil epidemiológico (idade e gênero). Os óbitos serão avaliados de forma semelhante, além de calcularmos seu número absoluto e porcentagem avaliaremos o perfil epidemiológico desses pacientes. A necessidade de terapia intensiva será avaliada apenas dicotomicamente, calculando-se número absoluto e porcentagem dos que a necessitaram.</p> <p>RESULTADOS: 29 (50,87%) eram homens e 28 (49,12%) mulheres, a média de idade entre eles é de 60 anos, sendo o mais novo de 15 anos e o mais velho de 90 anos. Causa da obstrução: 16 (28%) casos de brida, 14 (24,56%) casos de tumoração em cólon esquerdo (sigmóide e ângulo esplênico), 9 (15,78%) pacientes com hérnias inguinais encarceradas, 5 (8,77%) casos de hérnias incisionais, 3 (5,26%) de tumoração em cólon direito, 2 (3,5%) pacientes foram diagnosticados com tumor de reto. Complicações: 14 (24,56%) casos, sendo 5 (8,77%) complicações cirúrgicas e 9 (15,78%) complicações clínicas. O tempo médio de internação dos pacientes foi de 10,47 dias, com tempo de internação variando de menos de 24 horas até 93 dias, sendo a média de saída no 9o dia de pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: Porcentagens semelhantes de acometimento entre os sexos, com etiologias distintas entre as faixas etárias, sendo a aderência mais comum no jovem e a neoplasia mais comum no idoso. A maior ocorrência das neoplasias no nosso serviço pode refletir uma dificuldade no acesso à atenção secundária dessa população, com consequente subdiagnóstico da doença em seu estágio inicial, vindo o diagnóstico ser estabelecido apenas quando a neoplasia causa obstrução.</p>	<p>EFETIVIDADE DA DESARTERIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA SEM O USO DO DOPPLER</p> <p>Milena Liorci, Paula de Souza Pereira, Camila Temporim Alencar, Mariana Magalhães Rodrigues Santos</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Taguatinga - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A técnica de desarterização hemorroidária guiada pelo Doppler vem sendo utilizada nas últimas duas décadas com resultados aceitáveis para hemorroidas grau II e III. A desarterização baseada na anatomia, sem o uso do doppler foi demonstrada em 2016 com o sistema Italiano HemorPex com resultados favoráveis. De acordo com essa teoria, a eficácia da desarterização realizada nas 6 posições de (1,3,5,7,9 e 11h) 2 cm acima da linha pectínea, associada a mucopexia seria igual a guiada pelo doppler. Entretanto é demonstrado que 1/3 da população tem pelo menos uma artéria em outra posição e por essa razão a justificativa do uso do doppler. Em vista dos bons resultados obtidos sem o uso do doppler, se questiona se é realmente necessário à sua utilização, aumentando os custo e tempo cirúrgico de forma desnecessária. Comprovar a efetividade da desarterização hemorroidária sem o uso do doppler</p> <p>MÉTODO: Estudo prospectivo realizado no Hospital Regional de Taguatinga –Brasília-Brasil, no período de 19 de setembro a 22 de janeiro de 2019 com 33 paciente apresentando doença Hemorroidária grau II, III e IV, onde realizou-se técnica cirúrgica de desarterização hemorroidária nas posições 1,3,5,7,9 e 11h com vicryl 2-0 , 2 cm acima da linha pectínea seguido de mucopexia. Realizado a confirmação da desarterização ao final do procedimento com o uso do doppler em todas as posições.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade foi de 52,8 anos, variando de 28 a 78 anos. A distribuição por sexo foi de 65,8% do sexo feminino e 34,1% do sexo masculino. A efetividade de desarterização total foi de 57,8%, sendo menos efetiva quanto maior o grau da hemorroida.</p> <p>CONCLUSÕES: A desarterização hemorroidária completa não é possível sem o uso do doppler. E mais estudos são necessário para se saber a real necessidade de sua utilização. A desarterização hemorroidária completa não é possível sem o uso do doppler. E mais estudos são necessário para se saber a real necessidade de sua utilização.</p>

TL 039	TL 040
<p>Proteína C Reativa como preditora de complicações na Diverticulite Aguda</p> <p>Caroline Godinho de Andrade, Bruna Campos Oliveira, Leonardo de Mello Del Grande, Luis Fernando Paes Leme, Guilherme Augusto Tafner, Adriana Silva do Nascimento, Luiz Landini Filho</p> <p><i>HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar o valor laboratorial da PCR como preditora da diverticulite aguda complicada</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo retrospectivo realizado através de análise de prontuários, com amostra inicial de 241 pacientes e final 192 pacientes, internados no serviço de gastrocirurgia do Hospital Edmundo Vasconcelos do período de 01/01/15 a 31/10/2018 com o diagnóstico de diverticulite aguda através de métodos de imagens (ultrassonografia ou tomografia computadorizada de abdome), com idade superior a 18 anos e que apresentavam o valor da PCR nas primeiras 72 horas do início do quadro clínico. Foram divididos em dois grupos: pacientes com doença complicada (que necessitaram de abordagem por radiologia intervencionista ou cirúrgica por videolaparoscopia ou aberta) e pacientes com doença não complicada, correlacionando os seus níveis de PCR com o desenvolvimento de complicações e intervenções. Os dados foram obtidos de prontuário eletrônico, não sendo necessário o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos do estudo 49 pacientes que não apresentavam o valor da PCR nas primeiras 72 horas de quadro clínico.</p> <p>RESULTADOS: Houve diferença significativa no PCR. Temos que o grupo com complicação tem média de 190,12 mg/dl enquanto que o grupo que não complicou a média foi de 100,87 mg/dL. A área abaixo da curva ROC (AUC) foi de 0,7622 com valor de p de 0,0001. Assim temos que o poder discriminativo do PCR é de 76,22%. O ponto de corte escolhido pelo índice de Youden foi o ponto 139,30 mg/dl com uma sensibilidade de 80% e especificidade de 75%.</p> <p>CONCLUSÕES: Nossos resultados mostraram diferença estatística significante entre os grupos estudados. Além disso, resultou o valor de 139,3 mg/dL da PCR como o melhor corte para prever complicações, dado que vai ao encontro dos resultados de outros estudos na literatura mundial. A dosagem da PCR nas primeiras 72 horas do diagnóstico da diverticulite é fundamental e deve ser realizado rotineiramente. Níveis elevados da PCR, associado ao quadro clínico, laboratorial e de imagem tem grande valor para prever complicações e orientar o tratamento.</p>	<p>EXPERIENCIA COM RECONSTRUÇÃO DO TRANSITO INTESTINAL EM HOSPITAL UNIVERSITARIO DO NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2010 E 2016</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Paulo Roberto da Silva Júnio, Hianny Ribeiro Cabral</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: OBJETIVOS :Analisar as complicações derivadas do fechamento de estomas intestinais.</p> <p>MÉTODO: MÉTODOS: Estudo retrospectivo com análise de prontuário de pacientes submetidos a fechamento de ostomias no período de 6 anos no HUAC.</p> <p>RESULTADOS: RESULTADOS:Foram incluídos 51 pacientes, sendo 78,43% homens e 21,57% mulheres, com idade média de 38 anos. Dentre as indicações da ostomia, predominaram a lesão traumática(50,98%), seguida de patologia benigna(33,33%) e câncer(15,69%). A colostomia terminal foi a ostomia mais frequente, sendo presente em 21 pacientes(41,18%), seguida pela colostomia em alça(33,33%). Dentre as ileostomias, 8 eram em alça(15,69%) e 5 eram terminais(9,80%). O preparo intestinal foi feito em 20 pacientes(39,22%), com ingestão de manitol a 20% adicionada a suco de laranja em quantidades equivalentes, além de fleet enema via retal. A reintrodução precoce da dieta alimentar foi feita em 28 pacientes(54,90%) nas primeiras 24 horas do pós-operatório, destes 4 evoluíram com náusea e vômito. Dos demais, 14(27,45%) tiveram reintrodução da dieta com 48 horas de pós operatório e 9 pacientes(17,65%) após as 48 horas. O índice de morbidade global encontrado foi de 37,26%, sendo a fistula enterocutânea a complicação mais frequente(21,57%), seguida de infecção de ferida operatória(15,69%), deiscência de anastomose(9,80%) e abscesso(5,88%). Evoluíram para o óbito 5 casos, atestando uma mortalidade de 9,80% no estudo. Ante o exposto, observou-se que dos 20 pacientes nos quais foi realizado o preparo intestinal pré-operatório, 7(35%) evoluíram com complicação. Já dentre os 31 pacientes que não realizaram preparo, 12(38%) evoluíram com complicação. Contudo, não há correlação entre preparo intestinal e número de complicações (p>0,05). Todos os pacientes do estudo foram submetidos a avaliação pré-operatória, seguido da internação na enfermaria cirúrgica. O preparo intestinal mecânico foi realizado no dia anterior ao da cirurgia, quando indicado pelo médico assistente. A tricotomia, realizada em todos os casos, foi feita na sala de cirurgia. A técnica de anastomose intestinal foi a sutura manual, em todos os casos.</p> <p>CONCLUSÕES: CONCLUSÃO: As taxas de morbidade associadas ao estoma são altas e outros fatores devem ser avaliados para redução dessas taxas, desde a indicação da ostomia até a técnica de reconstrução.</p>

TL 043	TL 044
<p>ANALISE DESCRITIVA DAS COLECTOMIAS ASSISTIDAS POR LAPAROSCOPIA PARA CANCER COLORRETAL REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES NO PERIODO DE 2015 A 2018.</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, JESSICA DA SILVA SOUZA VILA NOVA, ALBERTO BUGE STEIN, JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITÓRIA - Espirito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: REALIZAR ANÁLISE DESCRITIVA DAS COLECTOMIAS ONCOLÓGICAS ASSISTIDAS POR LAPAROSCOPIA REALIZADAS NO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAIS (HUCAM).</p> <p>MÉTODO: TRATA-SE DE UM ESTUDO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO E DESCRITIVO, REALIZADO ATRAVÉS DA REVISÃO DE PRONTUÁRIO QUE TEM POR OBJETIVO FAZER O LEVANTAMENTO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A COLECTOMIAS ONCOLÓGICAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS NO PERÍODO DE 1º DE JANEIRO DE 2015 A 31 DE DEZEMBRO DE 2018 NO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HUCAM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO</p> <p>RESULTADOS: DOS 33 PACIENTES AVALIADOS, HOUVE PREDOMÍNIO DO SEXO FEMININO DE ETNIA BRANCA. A MÉDIA DAS IDADES FOI 59,45 ANOS ± 11,99 (33-92), COM MEDIANA DE 59 ANOS. COM RELAÇÃO À PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES, 97% DOS INDIVÍDUOS RESIDIAM NO ESTADO DO ESPIRITO SANTO E 3% RESIDIAM NO ESTADO DA BAHIA. CONFORME DISTRIBUIÇÃO POR MUNICÍPIOS HOUVE PREDOMÍNIO DOS PROCEDENTES DA CIDADE DE VITÓRIA. COM RELAÇÃO A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES, HOUVE PREDOMÍNIO DE TUMORES LOCALIZADOS EM CÔLON SIGMOIDE. DURANTE O ESTADIAMENTO CLÍNICO, FORAM IDENTIFICADOS QUE 12,1% DOS PACIENTES POSSUÍAM METÁSTASE A DISTÂNCIA. DENTRO DESSE GRUPO, HOUVE PREDOMÍNIO DO M1A. DOS 33 PACIENTES AVALIADOS, HOUVE UMA MÉDIA DE DURAÇÃO DE INTERNAÇÃO (EM DIAS) DE 9 ± 5,05 (4 - 22), COM MEDIANA DE 7 DIAS. COM RELAÇÃO AO TEMPO CIRÚRGICO, A MÉDIA PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PROPOSTOS, EM MINUTOS, FOI DE 350,4 ± 72,6 (210 - 570), COM MEDIANA DE 245 MINUTOS. DOS 33 PACIENTES OPERADOS, HOUVE PREDOMINÂNCIA NA RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA MECÂNICA COM O USO DE GRAMPEADORES. DOS PACIENTES QUE FORAM RECONSTRUÍDOS PELA TÉCNICA MANUAL, DOIS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS A ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO. EM 18,2% DOS CASOS, HOUVE A CONVERSÃO DA CIRURGIA PARA LAPAROTÔMICA. O MOTIVO QUE PREDOMINOU PARA CONVERSÕES EM LAPAROTOMIA FOI RELACIONADO AO TAMANHO DO TUMOR. 12,1% APRESENTARAM COMPLICAÇÃO PRECOZE. DENTRO DESSE GRUPO, A CAUSA MAIS COMUM FOI FIBRILAÇÃO ATRIAL. NÃO FOI IDENTIFICADO NENHUM ÓBITO RELACIONADO AO PROCEDIMENTO ATÉ A DATA DESTA ESTUDO. COM RELAÇÃO AOS ASPECTOS PATOLÓGICOS, O TIPO HISTOLÓGICO PREDOMINANTE FOI O ADENOCARCINOMA E HOUVE PREDOMÍNIO DE MARGENS RESSECADAS LIVRES. DOS 25 PACIENTES AVALIADOS COM TIPO HISTOLÓGICO ADENOCARCINOMA, HOUVE UMA MÉDIA DE LINFONODOS RESSECADOS DE 17,85 ± 8,56 (4 - 39), COM MEDIANA DE 16,5 LINFONODOS. COM RELAÇÃO AO ESTADIAMENTO PATOLÓGICO TNM DO CÂNCER COLORRETAL, SEGUNDO A OITAVA EDIÇÃO DO AJCC6, HOUVE PREDOMÍNIO DOS ESTÁGIOS IIA E IIIB.</p> <p>CONCLUSÕES: EVIDENCIA-SE EM NOSSO ESTUDO QUE AS COLECTOMIAS ONCOLÓGICAS ASSISTIDAS POR LAPAROSCOPIA REALIZADAS NO SERVIÇO ATINGEM AS EXPECTATIVAS ONCOLÓGICAS ESPERADAS CONFORME ORIENTAM OS PRINCIPAIS GUIDELINES INTERNACIONAIS. ENTRETANTO, COM RELAÇÃO AO TEMPO CIRÚRGICO, ESTAMOS AQUÉM DO ESPERADO. ESPERA-SE QUE AO LONGO DA CURVA DE APRENDIZADO ESTE TEMPO DIMINUA, PORÉM, FAZ-SE NECESSÁRIA A AQUISIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS COMPATÍVEIS COM OS PROCEDIMENTOS PROPOSTOS.</p>	<p>CANCER COLORRETAL EM PACIENTES COM IDADE INFERIOR A 50 ANOS. EXPERIENCIA EM 5 ANOS EM UM HOSPITAL PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Amanda Luiza Aguiar Taquary Alvarenga, Anna Beatriz Salles Ramos, Fernando M Marinho Silva</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes portadores de câncer colorretal com idade inferior a 50 anos atendidos em um hospital público de Brasília ao longo de 5 anos.</p> <p>MÉTODO: O estudo realizado foi do tipo observacional, longitudinal e retrospectivo, a partir da análise de prontuários de pacientes portadores de neoplasia colorretal submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 2013 e janeiro de 2018 atendidos no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). As variáveis analisadas foram: idade, gênero, sintomatologia, tempo entre início dos sintomas e diagnóstico, antecedentes familiares e pessoais. O projeto do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF, que deu parecer favorável à sua realização. A análise estatística foi feita pelo software GraphPadPrism 6 e o software IBM SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 21. Os gráficos foram gerados no GraphPadPrism e a análise descritiva no SPSS.</p> <p>RESULTADOS: Em relação ao gênero, foi verificado que 43,6% dos pacientes com idade inferior de 50 anos eram do sexo masculino e 56,4% do sexo feminino. Resultados semelhantes foram observados nos pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 52,4% dos pacientes eram do sexo masculino e 47,6% do sexo feminino. Em relação as comorbidades apresentadas pela população estudada, verificou-se que entre os pacientes com CCR do grupo com idade inferior a 50 anos houve maior associação com a obesidade, com significado estatístico (p=0,042). Nos pacientes com idade superior a 50 anos houve maior associação com HAS e DM. Todos os pacientes do grupo com idade inferior a 50 anos eram sintomáticos. Os sintomas estudados que apresentaram maior relevância foram: náuseas e vômitos (p=0,024), febre (p=0,014) e massa abdominal papável (p=0,013). No grupo dos pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, apenas um paciente era assintomático e obteve o diagnóstico por Colonoscopia. Foi observado o tempo médio de 4,2 meses entre o início dos sintomas e o diagnóstico no grupo dos pacientes com menos de 50 anos, com desvio-padrão de 4,6 meses. No grupo dos pacientes mais idosos o tempo médio até o diagnóstico foi de 4,6 meses com desvio-padrão de 8,4 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo evidenciou a baixa efetividade dos métodos de rastreamento populacional para CCR atualmente empregados, visto a elevada incidência da doença e ao diagnóstico tardio em ambos os grupos. Os resultados sugerem que a implementação de programas populacionais de rastreamento para CCR a partir dos 45 anos traria benefícios.</p>

TL 046	TL 047
<p>RESULTADOS CIRURGICOS DO TRATAMENTO DO CANCER GASTRICO: AVALIAÇÃO DE 10 ANOS DE EXPERIENCIA DE UM CENTRO DE REFERENCIA</p> <p>Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos, Osmar Kenji Yagi, Andre Roncon Dias, Marina Alessandra Pereira, Evelise Pelegrinelli Zaidan, Bruno Zilberstein, Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello</p> <p><i>Hospital das Clínicas FMUSP - são paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico (CG) é atualmente o quinto tipo de câncer mais frequente no Brasil. A cirurgia continua sendo a principal modalidade de tratamento curativo. Entretanto, muitos pacientes são diagnosticados com a doença em estágios avançados, não sendo mais candidatos ao tratamento curativo. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar os resultados do tratamento cirúrgico do CG em um hospital universitário de alto volume, independente do estadiamento inicial e intenção do tratamento empregado.</p> <p>MÉTODO: Foram revisados consecutivamente todos os pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico para tratamento do CG entre 2008 e 2018, a partir de um banco de dados médico coletado prospectivamente. Características clínicas, patológicas, resultados cirúrgicos e sobrevida foram avaliados, com ênfase nos pacientes tratados com intenção curativa.</p> <p>RESULTADOS: No período avaliado, 934 pacientes com tumores gástricos foram submetidos a procedimentos cirúrgicos em nosso centro. O adenocarcinoma gástrico foi o tipo mais frequente, representando 93,6% dos casos. Dos 875 pacientes com adenocarcinoma gástrico, 63,5% realizaram ressecção com intenção curativa e 22,4% tratamento paliativo. A mortalidade cirúrgica pós-operatória entre os casos ressecados foi de 5,3%, sendo esta relacionada à linfadenectomia D1 e a presença de comorbidades. A análise dos pacientes tratados com intenção curativa mostrou que a extensão da ressecção, categoria pT, categoria pN e estágio pTNM foram fatores independentes associados à sobrevida livre de doença (SLD) e sobrevida global (SG). Não houve diferenças significativas na SLD entre pacientes submetidos a linfadenectomia D1 e aqueles que realizaram linfadenectomia D2. Entretanto, a linfadenectomia D2 apresentou melhor SG comparado a D1. Além disso, fatores clínicos e a presença de comorbidades influenciaram a SG.</p> <p>CONCLUSÕES: O estágio TNM e o tipo de linfadenectomia foram fatores independentes relacionados à sobrevida. O diagnóstico precoce deve ser procurado para oferecer a abordagem cirúrgica ideal em pacientes com doença menos avançada.</p>	<p>CLASSIFICAÇÃO DOS SUBTIPOIS MOLECULARES DO CANCER GASTRICO POR MEIO DE TECNICAS DE EXPRESSAO GENICA E PROTEICA</p> <p>Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos, Marina Alessandra Pereira, Sheila Friedrich Faraj, Bruno Zilberstein, Evandro Sobroza Mello, Venancio Avancini Ferreira Alves, Ulysses Ribeiro-Júnior, Ivan Ceconello</p> <p><i>Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Recentemente, a classificação molecular do câncer gástrico (CG) proposta pela TCGA emergiu como opção promissora para definir subtipos prognósticos, distinguir o comportamento biológico, além de permitir a identificação de potenciais alvos terapêuticos para drogas específicas. Através de técnicas moleculares o CG foi dividido em 4 subtipos: instabilidade de microssatélites (MSI), vírus Epstein-Barr (EBV)-positivo, genômica estável (GS) e instabilidade cromossômica (CIN). Posteriormente, variações da classificação molecular (Asiática e Cluster) foram descritas numa tentativa de aumentar sua acurácia. Entretanto, os custos associados à complexidade técnica das metodologias moleculares são ainda um obstáculo para sua adoção na prática de rotina. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi determinar os subtipos moleculares de CG empregando técnicas de imunohistoquímica (Ih) e hibridização in situ (ISH) e propor um novo fluxo de classificação que melhor determine o prognóstico em pacientes com CG.</p> <p>MÉTODO: Avaliaram-se retrospectivamente 287 pacientes com CG submetidos à gastrectomia-D2 curativa através da construção de blocos de tissue microarray (TMA) com 3 amostras de tumor por caso, totalizando 861 spots tumorais. A expressão das proteínas de reparo do DNA, E-caderina e p53 foram avaliadas por Ih. A infecção pelo EBV foi detectada por ISH.</p> <p>RESULTADOS: Após avaliação microscópica, foi encontrada a seguinte frequência para os perfis avaliados: MSI (20,9%), p53 (36,6%), E-caderina (9,1%) e EBV (10,5%). Os demais casos foram classificados como expressão não alterada (NA) (31%). Uma vez que alguns pacientes apresentam mais de um perfil, determinou-se um fluxograma de classificação utilizando o método de regressão de Cox para sobrevida livre de doença (SLD). A partir do modelo, a hierarquia da classificação estabelecida foi: E-caderina, MSI, p53 e, por último, EBV. Sendo esta classificação denominada como "Classificação de Risco". Os grupos apresentaram associação com características distintas, semelhante aos subtipos moleculares, tais como: gênero masculino (EBV; p=0,043); idade avançada (MSI; p=0,004), presença de comorbidades (MSI; p=0,006), gastrectomia total (EBV; p=0,001), localização distal (MSI; p=0,004), tipo difuso de Laurén (E-caderina; p<0,001) e estágio avançado (E-caderina; p=0,029). A SLD (p=0,002) e sobrevida global (SG) (p=0,038) foram distintas entre os subtipos. Os CGs MSI e EBV tiveram melhor SLD que os demais subtipos. Na análise multivariada, o tipo de gastrectomia, pT, pN e subtipos de acordo com a Classificação de Risco foram fatores independentes associados à SLD. A Classificação de Risco mostrou acurácia semelhante às demais classificações (TCGA, Asiática, Cluster) na determinação da SLD e SG.</p> <p>CONCLUSÕES: O emprego das técnicas de Ih/ISH foi capaz de determinar os subtipos de CG, semelhantes à classificação molecular. Este método de classificação simples representa uma opção viável para uso na prática clínica.</p>
<p>TL 048</p> <p>AS CLASSIFICAÇÕES TNM DO NOVO MILENIO (AJCC, 2002, 2010 E 2016) NO SEGUIMENTO DE 10 ANOS DE PORTADORES DO CANCER GASTRICO - MUDANÇAS NECESSARIAS?</p> <p>Max Benicio da Fonseca de Brito, Rubens Kesley, Leticia Fonseca, Odilon Souza Filho, André Maciel, Flávio Sabino, José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares Riello de Mello</p> <p><i>INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A forma universal de estadiamento do câncer gástrico é o sistema TNM. Em 2016 o American Joint Committee On Cancer (AJCC) lançou a 8ª Edição, na qual ocorreram modificações estruturais e conceituais neste sistema. O objetivo do trabalho foi comparar os potenciais benefícios da nova edição da classificação TNM 2016 com o TNM 2010 e 2002, de forma a determinar se há melhor acurácia com a nova classificação.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente 1171 casos de adenocarcinomas gástricos operados eletivamente e consecutivamente no Hospital do Câncer I, INCA, Ministério da Saúde, no período de Janeiro de 1997 a dezembro de 2006. O estadiamento conforme as Edições 6a (2002) e 7a (2010) foram comparados com a 8ª Edição (2016). Foram geradas curvas de sobrevida em cada um dos estágios do TNM 2002, 2010 e 2016 e testados para avaliar se houve diferença significativa entre os grupamentos.</p> <p>RESULTADOS: Os 1171 doentes foram seguidos por 10 anos ou até o óbito. A média de idade foi de 60 ±12, com predomínio do sexo masculino com 802 (68,5%) casos. No TNM 2002 foram encontrados no Estágio IA 139 (11,9%), IB 72 (6,1%), II 126 (10,8%), IIIA 185 (15,8%), IIIB 108 (9,2%) e IV 541 (46,2%) pacientes. No TNM 2010 foram encontrados no Estágio IA 139 (11,9%), IB 60 (5,1%), IIA 24 (2%), IIB 111 (9,5%), IIIA 78 (6,7%), IIIB 115 (9,8%), IIIC 150 (12,8) e IV 494 (42,2%) pacientes. No TNM 2016 foram encontrados no Estágio IA 139 (11,9%), IB 60 (5,1%), IIA 24 (2%), IIB 122 (10,4%), IIIA 184 (15,7%), IIIB 9 (0,8%) e IIIC 150 (12,8) e IV 494 (42,2%) pacientes. A taxa de ressecabilidade total foi de 68,5%. A estimativa global de sobrevida em 5 anos foi de 38% e em 10 anos de 31%. A taxa de recidiva foi de 55,8%. Houve perda de seguimento em 10 anos de apenas 11% dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Em todas as classificações TNM houve migração de estágio conforme o TNM anterior, produzindo melhor correlação do estadiamento com a sobrevida. A 8ª Edição, em relação a 7ª e 6ª Edição do TNM, permitiu melhor acurácia no estadiamento patológico dos doentes com adenocarcinomas gástricos e melhor definição quanto aos tumores proximais. Trouxe, porém, maior complexidade na avaliação clínica.</p>	<p>TL 049</p> <p>HELICOBACTER PYLORI NO ESPECIME CIRURGICO DE ADENOCARCINOMAS GASTRICOS SUBMETIDOS A GASTRECTOMIA PARCIAL - ANALISE DE 10 ANOS DE SOBREVIVENCIA</p> <p>Thuany Oliveira Reis, Rubens Kesley, Mirian Barbosa, André Maciel, Flávio Sabino, Sergio Bertolacce, José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares Riello Mello</p> <p><i>INCA - RJ - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o Helicobacter pylori (HP) como um carcinogênico gástrico do Tipo I, ou seja, com potencial risco de desenvolvimento de câncer semelhante ao alcoolismo e tabagismo. Todo doente gastrectomizado parcialmente deve ser tratado contra o HP; todavia, a recolonização é frequente. O objetivo foi estudar os efeitos do HP nos seguimento de 10 anos nos doentes submetidos à gastrectomia parcial para adenocarcinomas gástricos.</p> <p>MÉTODO: Foi pesquisado a presença do HP em 301 espécimes cirúrgicos de pacientes portadores de adenocarcinomas gástricos, submetidos a gastrectomia parcial (subtotal). Foi utilizado o método histopatológico para pesquisa. Todos os casos foram operados no Hospital do Câncer I, INCA, no período de Janeiro de 1997 a dezembro de 2006 e foram divididos em 2 Grupos: Presença (+) e Ausência (-) do HP. Foram comparados nestes grupos o perfil demográfico, clínico, anatomopatológico e risco de recidiva ou segundo tumor primário gástrico.</p> <p>RESULTADOS: A presença do Helicobacter pylori foi pesquisada em 301 espécimes cirúrgicos de adenocarcinomas gástricos e a bactéria foi identificada em 189 (62,8%) casos. A mediana de idade na amostra foi de 60±12 anos, variando de 26 a 88 anos, com predomínio do sexo masculino com 162 (53,8%) casos. Não houve diferença entre os grupos quanto a idade (p=0,12) e sexo (p=0,51). A média de linfonodos no espécime HP+ foi de 29,9±14, e HP- de 27,6±13 (p=0,15). A média de linfonodos metastáticos (LM) foi de 4 LM no espécime cirúrgico, semelhante entre os grupos (p=0,94). Conforme o TNM 2016, foram identificados 66 (21,9%) casos no estágio IA, 33 (11%) casos no IB, 8 (2,7%) casos no IIA, 52 (17,3%) casos no IIB, 60 (19,9%) casos no IIIA, 1 (0,3%) casos no IIIB, 43 (14,3%) casos no IIIC e 38 (12,6%) casos no IV; e não houve diferença entre os grupos quanto o estadiamento e sobrevida. No seguimento de 10 anos foram encontrados 79 (26,2%) casos de recidiva da doença, sendo 37 (12,3%) no estômago.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento do HP após as gastrectomias parciais deve ser feito de rotina. O controle endoscópico se faz obrigatório pelos riscos de reinfecção e recidiva no estômago serem altos nesse grupo (>10%). Sugerimos que o doente deve permanecer em acompanhamento clínico por mais 5 anos após a cirurgia.</p>

TL 050	TL 052
<p>A AVALIAÇÃO DO RESÍDUO TUMORAL APÓS 10 ANOS DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CONFORME TNM 2016</p> <p>Leticia Fonseca Gaspar Fernandes, Rubens Kesley, Renata Ramos, Leonaldson Castro, Antonio Accetta, Flávio Sabino, José Humberto Simões Correa, Eduardo Riello de Mello</p> <p><i>INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A avaliação do resíduo tumoral é subjetiva ao Cirurgião, que por vezes não consegue biopsiar uma região conforme o risco ou localização. É reconhecido no TNM como tempo fundamental na descrição cirúrgica para o correto estadiamento dos doentes oncológicos e propicia segurança para a equipe quanto ao estadiamento patológico adequado. Analisamos as descrições cirúrgicas dos doentes operados no Hospital do Câncer I, conforme sua descrição de resíduo tumoral e analisamos sua correlação com o TNM (AJCC 2016).</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente os pacientes com adenocarcinoma gástrico avançado, estágio patológico >II (AJCC, 2016), pT>2 e submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital do Câncer I, INCA. Analisamos o resíduo tumoral (R0, R1, R2, R3) pós-operatório, conforme descrito pelo cirurgião e o estadiamento anatomo-patológico, foram formados 4 Grupos: tumores irresssecáveis (R3); tumores com resíduo macroscópico (R2); gastrectomia com persistência de resíduo microscópicos (R1); gastrectomias com linfadenectomia (D2/D1) e ausência de resíduo tumoral (R0); com objetivo de definir a morbimortalidade e sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 930 pacientes, com média de 61 ±12 anos, sendo 571 (61,4%) homens. Os R3 foram constituído de 362 (38,9%), R2 de 53 (5,7%), R1 de 33 (3,5%) e R0 de 482 (51,8%). A taxa global de complicações foi de 28,4% e mortalidade de 7,5%. A taxa de morbidade foi maior no R0 (38%,), R1 (36%), R2 (43%) e R3 (11%), com diferença significativa entre os grupos (p=0,000). Não houve diferença significativa na mortalidade entre os grupos (p=0,3). A sobrevida estimada no doente submetido a cirurgia R0 foi de 46% em 5 anos e 34% em 10 anos, R1 em 5 anos foi de 22% e nenhum doente sobreviveu 10 anos, no R2 a sobrevida média foi de 30 meses e nenhum doente sobreviveu 5 anos. No R3 a sobrevida média foi de 9 meses apesar da quimioterapia.</p> <p>CONCLUSÕES: A avaliação de resíduo tumoral é um guia na avaliação oncológica pós operatória do doente com câncer gástrico. A ressecção paliativa apresenta morbidade maior, porém mortalidade semelhante à cirurgia curativa quando realizada em um centro de alta complexidade em câncer. Novos trabalhos são necessários definir as contra-indicações à ressecção paliativa e a cirurgia de resgate após quimioterapia.</p>	<p>CANCER GASTRICO EM PACIENTES JOVENS E ADULTOS JOVENS - SEGUIMENTO DE 10 ANOS</p> <p>RACHEL VERDAN DIB, Rubens Kesley, Raquel Ramos Woodtli, Sérgio Bertolacce, Antonio Acetta, Flávio Sabino, José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares Riello de Mello</p> <p><i>INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os resultados do tratamento cirúrgico de pacientes com idade igual ou inferior a 40 anos, portadores de adenocarcinoma gástrico, operados no Serviço de Cirurgia Abdômino-Pélvica do Hospital do Câncer I, INCA. Analisamos a mortalidade pós-operatória, estadiamento e sobrevida de 5 e 10 anos neste grupo.</p> <p>MÉTODO: Reavaliado o banco de dados do Grupo de Cirurgia Gástrica da Seção de Cirurgia Abdômino-Pélvica do Hospital do Câncer I, INCA, no período de 1997 a 2006, pacientes com idade igual ou inferior a 40 anos foram acompanhados por 10 anos após a cirurgia. Utilizou-se o TNM da AJCC/2016. Os procedimentos realizados foram divididos em curativos (cirurgia D2 e R0) e paliativos (R1 e R2). Considerou-se como morbidade qualquer complicação ocorrida no período de até 30 dias após o procedimento ou durante a internação hospitalar. A mortalidade operatória foi definida como morte ocorrida em até 30 dias após o ato cirúrgico ou durante a internação hospitalar. A sobrevida foi avaliada em 5 e 10 anos.</p> <p>RESULTADOS: Foram operados 88 pacientes com adenocarcinoma gástrico com idade igual ou inferior a 40 anos. A mediana de idade foi de 36 anos (variando de 20 a 40 anos) e o predomínio foi do sexo masculino (51,1%). A taxa de ressecabilidade foi de 72,7% e a de radicalidade de 51,1%. A taxa de complicação pós-operatória foi de 28,4% e a mortalidade de 6,8%. O estadiamento patológico (AJCC/2016) mostrou que IA 3 (3,4%) dos casos, IB 3 (3,4%), IIA 4 (4,5%), IIIA 12 (13,6%), IIIB 1 (1,1%), IIIC 19 (21,6%) e IV 37 (42%). A estimativa de sobrevida nos doentes submetidos à ressecção foi de 107 ±15 meses e nos irresssecáveis de 12±3 meses (p=0,000). A sobrevida foi determinada pelo estadiamento, tanto menor o estágio maior a sobrevida (p=0,000).</p> <p>CONCLUSÕES: O diagnóstico de câncer gástrico em jovens é feito em estágios avançados, determinando um pior prognóstico da doença. Por se tratar de pacientes hígidos, as ressecções alargadas devem ser tentadas, pois a cirurgia é a única forma de cura.</p>

TL 053	TL 054
<p>GASTRECTOMIA SUBTOTAL E TOTAL COM LINFADENECTOMIA D2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO E CLÍNICO.</p> <p>Andrea Romancini Laet, Vinicius Reimer Hillesheim, Gabriel Rodrigo, Lucas Duda Schmitz, Juarez Antonio Dal Vesco, Ivana Loraine Lindemann, Jorge Roberto Marcante Carlotto</p> <p><i>Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico (CG) é o quinto mais comum e a terceira causa de morte por neoplasia maligna, em ambos os sexos, no mundo. Sendo assim, o estudo desta patologia e, principalmente, de seus portadores faz-se necessário a fim de possibilitar avanços em seu tratamento. Diante de sua relevância e considerando que o perfil populacional dos pacientes varia conforme as diferentes regiões do Brasil, optou-se por estudar o CG no planalto médio do Rio Grande do Sul. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi analisar pacientes submetidos à cirurgia de gastrectomia total ou subtotal e descrever o perfil clínico e epidemiológico acerca dos dados demográficos, clínicos, endoscópicos, patológicos e cirúrgicos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, do tipo transversal. Realizou-se análise retrospectiva de 31 prontuários de pacientes submetidos à gastrectomia total ou subtotal, com anastomose em Y-de-Roux e linfadenectomia D2, no período de 2015 a 2018, em um hospital de referência no norte do Rio Grande do Sul. Foram coletados dados sócio-demográficos, clínicos e cirúrgicos, pré e pós-operatórios; posteriormente, analisados em programa estatístico e compilados em forma de artigo científico.</p> <p>RESULTADOS: Dos 31 pacientes incluídos no estudo, a média geral de idade foi de 64,3 anos (±11,3), 64,5% eram do sexo masculino, 41,9% agricultores, 25,9% estilistas e 32,2% tabagistas. Somente 9,7% possuíam <i>Helicobacter pylori</i> positivo. Quanto à localização, 61,3% das lesões localizavam-se em terço distal. A maioria era do tipo difuso (67,7%) e do subtipo carcinoma em células em "anel de sinete" (58%). A média de linfonodos ressecados foi de 31,5 (± 14,4). Comparando-se gastrectomia total vs subtotal, a total apresentou maior número de linfonodos ressecados (61,5%), enquanto o início da dieta enteral e a alta hospitalar foram mais precoces na subtotal. A amostra inteira possuía câncer gástrico avançado, porém 48,4% foram totalmente assintomáticos.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo se assemelha a outras pesquisas quanto a maioria dos resultados. Difere-se e destaca-se, entretanto, em relação a características endêmicas do CG, principalmente pelo predomínio do subtipo difuso, localização distal do tumor e <i>H. pylori</i> negativo. Por conseguinte, o perfil populacional da região do planalto médio é representado por agricultores, sem presença de <i>H. pylori</i> e com tumor agressivo. Tais divergências em relação a estudos estrangeiros e brasileiros evidenciam o caráter agressivo do tumor e as condições de doença avançada em que chegam os pacientes no serviço.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CANCER GASTRICO ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO DO DF</p> <p>Lorenzo Leite Dino, Renato Correia da Silva Júnior, Ana Virginia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico é o quarto câncer mais comum no mundo, e a terceira principal causa de morte por câncer. Por apresentar sintomas muitas vezes inespecíficos o diagnóstico é tardio e a doença é diagnosticada já em estádios avançados. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer gástrico atendidos no Hospital Universitário de Brasília no período de 2005 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, feito com base na coleta de dados de prontuários de pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia geral do HUB com diagnóstico de câncer gástrico, no período de 2005 a 2018. Foram avaliados idade, gênero, sintomas, tempo de sintomatologia, e exposição a fatores de risco como tabagismo e etilismo.</p> <p>RESULTADOS: Foram coletadas informações dos prontuários de 105 pacientes. A maioria dos pacientes eram homens (60,95%), e a média de idade foi de 57,5 anos (±11,77). O tempo médio de sintomas foi de 11,97 meses (±13,88), sendo a dor, presente em 88,0% e perda ponderal, apresentada por 82,29%, os sintomas mais frequentemente relatados na primeira consulta. Além destes sintomas, foram relatados também plenitude pós-prandial precoce em 38%, vômitos em 45%, disfagia em 21% e algum tipo de sangramento gastrointestinal em 25%. A perda ponderal média relatada foi de 10,55 Kg (±6,02, n=70). Histórico de tabagismo foi relatado por 55,5% dos pacientes, e etilismo atual ou passado por 44,79%.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil do paciente atendido com câncer gástrico no HUB no período de 2005 a 2018 consiste num paciente do sexo masculino, de 57 anos, com quadro clínico composto por dor abdominal e perda de peso de cerca de 10 Kg, com tempo de sintomatologia média de 1 ano e histórico de tabagismo. O perfil epidemiológico obtido mostrou correspondência com os dados da literatura, que mostra maior incidência da doença em homens, entre a sexta e a sétima década de vida, tendo o tabagismo como fator de risco, com sintomatologia inespecífica e diagnóstico tardio.</p>

TL 055	TL 057
<p>PERFIL DA EXPRESSÃO DE MARCADORES PARA TERAPIA ALVO NO CANCER GÁSTRICO: PD-L1, HER2 E MSI</p> <p>Marina Alessandra Pereira, Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos, Sheila Friedrich Faraj, Tiago Biachi Castria, Bruno Zilberstein, Ulysses Ribeiro-Júnior, Evandro Sobroza Mello, Ivan Cecconello</p> <p><i>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A terapia alvo no tratamento do câncer gástrico (CG) vem ganhando grande destaque nos últimos anos. O estudo ToGA mostrou resultados promissores em pacientes com alta expressão de HER2. Recentemente, a imunoterapia com anti-PD1/PD-L1 passou a ser indicada nos tumores com instabilidade de microssatélite (MSI) ou expressão de PD-L1. No entanto, a frequência desses perfis e seu impacto prognóstico no CG ainda são pouco estabelecidos. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar as características clinicopatológicas e prognóstico da MSI, expressão de PD-L1 e HER2 em pacientes com CG.</p> <p>MÉTODO: Avaliaram-se retrospectivamente pacientes com CG submetidos à gastrectomia potencialmente curativa com linfadenectomia D2. A presença de MSI, expressão de PD-L1 e HER2 foram avaliadas por imuno-histoquímica. Scores 2+/3+ determinaram o grupo HER2+. CG com MSI e/ou PD-L1+ constituíram o grupo imunoterapia (IT).</p> <p>RESULTADOS: Entre 282 pacientes incluídos, 50 (17,7%) apresentaram HER2+ e 79 (28%) MSI/PD-L1+. Quinze CG tinham HER2+ e MSI/PD-L1+. Os restantes 168 (59,6%) CG foram classificados como grupo sem terapia alvo (STA). O CG HER2+ foi predominante em homens (p=0,019), tumores bem/moderadamente diferenciados (p=0,002) e Lauren intestinal (p=0,001). Idade avançada (p=0,016), pN0 (p=0,009) e estágio menos avançado (p=0,016) associaram-se ao grupo IT. Melhor sobrevida livre de doença (SLD) foi observada no grupo IT, seguido pelo HER2+/IT, HER2+ e STA. Similar, pacientes com HER2+/IT apresentaram melhor sobrevida global (SG), seguido dos grupos IT, HER2+ e STA. A SLD e SG no grupo IT foi significativamente melhor comparado ao STA (p=0,019 e p=0,031, respectivamente). Não houve diferença na SLD e SG entre os grupos HER2+ e STA (p=0,255 e p=0,322, respectivamente), e HER2+ e IT (p=0,527 e p=0,456, respectivamente). Entre os 178 pacientes pT1N0/II/III tratados com quimioterapia adjuvante (QTA) à base de 5-fluorouracil/cisplatina, a análise de sobrevida mostrou que o tratamento impactou positivamente na SLD nos tumores microssatélites estáveis/PDL1- e HER2+ (p=0,005 e p=0,003, respectivamente). Os CG MSI/PDL1+ e HER2- não obtiveram benefício na SLD com a QTA (p=0,156 e p=0,134, respectivamente).</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes que podem se beneficiar de terapia direcionada conhecida representam 35,1% dos GC. O grupo IT associou-se a um melhor prognóstico, enquanto o HER2+ não teve impacto significativo na sobrevida. Nenhum benefício com a QTA parece ser alcançado em pacientes MSI/PDL1+.</p>	<p>ESTUDO TENSIO MÉTRICO DA CICATRIZAÇÃO EM RATOS OBESOS</p> <p>Roberta Helena Sena, Milena Sayuri Hinokuma, Sérgio Luiz Rocha</p> <p><i>PUCPR - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Induzir obesidade em ratos Wistar utilizados como modelo para estudo da obesidade, comparar a tensiometria da sutura de parede abdominal dos grupos controle e experimental e verificar o efeito do reforço da sutura da parede abdominal na tensão da cicatriz.</p> <p>MÉTODO: Ensaio clínico controlado randomizado, composto por 49 ratos machos, alocados em grupo controle (n=25) e experimental (n=24): o primeiro foi tratado com dieta padrão livre e sofreu laparotomia simulada (sham) após oito semanas, enquanto o segundo foi tratado com dieta hipercalórica hiperglicídica e sofreu gastrectomia vertical, também no mesmo período. Duas semanas após os procedimentos, todos sofreram eutanásia e tiveram parte da sua parede abdominal retirada para análise tensiométrica da sutura, utilizando o tensiômetro EMIC DL500.</p> <p>RESULTADOS: Comparando a tensão da sutura sem reforço do grupo controle (n=5) com o grupo experimental (n=6), a força máxima aplicada foi em média de 16,8 Newtons no controle e 9,2 Newtons no experimental, evidenciando menor tensão na cicatriz dos ratos obesos (p = 0,011). Comparando a força máxima de tensão das suturas com reforço, com fio e sem fio, dentro do grupo controle, verificou-se não haver diferença significativa entre as tensões (p = 0,450), ou seja, a presença do fio de reforço na peça não alterou significativamente a tensão de ruptura da amostra em relação à peça que não apresentava o fio, mas que também fazia parte da sutura com reforço.</p> <p>CONCLUSÕES: Conforme os resultados obtidos neste estudo tensiométrico, a cicatriz do grupo experimental se mostrou mais fraca que a do controle, endossando a conclusão de outros estudos de cicatrização de que a obesidade, por questões multifatoriais, prejudica o processo cicatricial. Conclui-se também que em suturas com reforço a cicatriz permanece tensionada mesmo nas áreas que não apresentam o fio do reforço.</p>
<p>TL 058</p> <p>ANÁLISE HISTOLÓGICA DA CICATRIZAÇÃO EM RATOS OBESOS</p> <p>Milena Sayuri Hinokuma, Sérgio Luiz Rocha, Roberta Helena Sena</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivos: Comparar o processo de cicatrização em ratos Wistar obesos e não obesos, com diferentes métodos de suturas.</p> <p>MÉTODO: Método: Trata-se de um ensaio clínico randomizado, composto por 32 ratos separados em dois grupos: controle (n= 16) e experimento (n= 16). Os ratos do grupo experimento receberam uma dieta hipercalórica e o grupo controle recebeu apenas uma dieta padrão. Após oito semanas de engorda, os ratos do grupo experimento foram submetidos a uma gastrectomia vertical, enquanto os ratos do grupo controle foram submetidos a laparotomia. A síntese da parede abdominal foi feita de maneira contínua, e metade dos ratos operados tiveram o fechamento da aponeurose com reforço, para análise comparativa de suturas com e sem reforço. Após serem submetidos à eutanásia, foram retirados, desses animais, fragmentos da aponeurose, contendo a cicatriz, e foram utilizados para a análise histopatológica. Para isso, esses fragmentos foram corados com Pricusirus Red, o que permitiu a comparação da área de colágeno tipo I entre ambos os grupos, assim como a área de colágeno tipo III. Já para avaliar o processo inflamatório das cicatrizes de cada grupo, os fragmentos da ferida foram corados com Hematoxilina e Eosina. Com essa coloração, foi possível comparar 6 variáveis entre o grupo controle e o experimento, sendo elas: inflamação aguda, inflamação crônica, granulomas e corpos estranhos, tecido de granulação e deposição de colágeno.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Não houve diferenças significativas da deposição de colágeno tipo I e tipo III nas cicatrizes entre os grupos controle e experimento (p=0,115). Por outro lado, houve diferença significativa no processo inflamatório das cicatrizes entre ambos os grupos, já que o grupo experimento apresentou mais inflamação aguda e edema, quando comparado ao grupo controle (p=0,023 e p=0,028, respectivamente). Ao analisar a deposição de colágeno tipo I e tipo III em ratos suturados com e sem reforço, foi possível concluir que a cicatrização do grupo experimento que havia sido suturado com reforço era mais semelhante a cicatrização dos ratos do grupo controle de modo geral. No entanto, não foi possível realizar a análise estatística comparando a sutura com e sem reforço de ambos os grupos, pois houve muitos óbitos no grupo experimento, devido a agressividade do procedimento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusões: Foi possível concluir que a obesidade, por diversos fatores, pode influenciar negativamente no processo de cicatrização. Isso porque os ratos obesos apresentaram processo inflamatório maior e uma maior deposição de colágeno imaturo, quando comparado aos ratos do grupo controle.</p>	<p>TL 059</p> <p>SIMULADOR DE ACESSO VENOSO SUBCLAVIO DE BAIXO CUSTO</p> <p>André Adler Batista Paulino, Lucas Reis Angst, David Martins Smangoszevick, João Marcos Santos Silva, Felipe Silva Santos, Roxane Castro Alexandre, Hercules Magalhães Olivense Carmo, Addressa Milena Santos Rocha</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Confeccionar um simulador de baixo custo para acesso venoso central por via subclávia.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados materiais de fácil acesso e manipulação. Um manequim foi utilizado como base para fixação e adaptação dos equipamentos que simulariam a circulação venosa. Uma bomba de baixa voltagem garante a circulação do fluido corado e artificialmente hipertonicado, aumentando assim sua viscosidade e garantindo uma maior verossimilhança com a situação real. Foram utilizados condutos de PVC e látex. Este último por suas características adequadas ao procedimento como flexibilidade e consistência adequadas a punção e manutenção do fluxo sanguíneo artificial. Elementos de tapeçaria simulam a pele e o tecido subcutâneo. Tanto a construção quanto a manipulação do sistema foram feitas por aberturas na região dorsal e torácica do manequim.</p> <p>RESULTADOS: O custo máximo foi de aproximadamente R\$ 50,00. Conseguiu-se em aulas monitoradas a execução adequada e aceitável, dentro dos limites impostos pelos materiais, da Técnica de Seldinger. Aumentando a segurança do procedimento e revisão dos conceitos envolvidos na prática segura e eficiente da técnica.</p> <p>CONCLUSÕES: O campo de treinamento construído pelos ligantes se mostrou satisfatório e prático para o treinamento de acadêmicos e residentes. O aprimoramento da técnica utilizando o campo de prática confeccionando contribuirá para a melhora do procedimento, garantindo maior confiabilidade e qualidade da manobra de acesso venoso central por via subclávia.</p>

TL 060	TL 061
<p>ADERÊNCIAS EM TELAS DE POLIPROPILENO VERSUS TELAS SEPRAMESH®</p> <p>Maria de Lourdes Pessole Biondo-Simões, Victor Cezar de Azevedo Pessini, Pedro Henrique Caldeira Porto, Rogério Ribeiro Robes</p> <p><i>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Hérnias ventrais ou incisionais são condições debilitantes frequentes, sendo sua correção um dos procedimentos mais comuns dentro da cirurgia geral, com mais de 20 milhões de telas implantadas por ano no mundo todo. Aderências são bandas fibrosas que conectam órgãos ou tecidos intra-abdominais tipicamente formadas após cirurgias abdominais, com prevalência estimada entre 63% e 97%. A tela de polipropileno é a tela cirúrgica mais comumente utilizada para correção de hérnias. A tela Sepramesh® é uma tela de polipropileno com face visceral coberta por barreira absorvível de hialuronato de sódio e carboximetilcelulose amplamente indicada para correções intra-abdominais por prevenir eficazmente a formação de aderências. Sendo assim, o experimento tem como objetivo comparar a formação de aderências intra-peritoneais, induzidas em ratos, quando utilizadas as telas de polipropileno e Sepramesh®.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 20 ratos Wistar machos, agrupados randomicamente em dois grupos de dez animais cada. Duas telas de dimensão 10x20 mm foram dispostas intra-peritonealmente em cada animal, uma de polipropileno (PP) e a outra Sepramesh®. No grupo 1 a tela de polipropileno foi posicionada à direita e a tela Sepramesh® à esquerda. No grupo 2, a disposição das telas foi invertida. Após 14 dias do procedimento, os animais foram eutanasiados e a incorporação e a porcentagem de aderências, em cada tela, analisadas macroscopicamente. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística com nível de significância adotado de $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Todas as telas apresentaram aderências. Nas telas Sepramesh®, a porcentagem de superfície coberta por aderências variou entre 2% e 86%, com média de $18,6 \pm 18,6\%$, enquanto que, nas telas de polipropileno, variou entre 6% e 86%, com média de $57,4 \pm 34,9\%$ ($p < 0,05$). Os sítios preferenciais de formação de aderências, em ambas as telas, foram as bordas.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora nenhuma tela tenha sido capaz de inibir completamente o desenvolvimento de aderências, a tela Sepramesh® apresentou menos aderências em relação à tela de polipropileno. A preferência da formação de aderências nas bordas das próteses evidencia a importância da fixação adequada das telas.</p>	<p>IMPLEMENTAÇÃO DE UMA REFERÊNCIA TEÓRICO-PRÁTICA NA DISCIPLINA DE TÉCNICA OPERATÓRIA</p> <p>RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, LUIZ ALVES SILVA NETO, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, RODRIGO ZON SOARES, ANDRÉ LIMA JORDÃO</p> <p><i>HOSPITAL MATERINIDADE SAO JOSE - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fornecer aos alunos fundamentos teóricos e práticos dos princípios de técnica operatória e cirurgia experimental básica</p> <p>MÉTODO: Para elaboração dessa referência direcionada, foram selecionados alunos do quinto e nono período de medicina para elaboração dos capítulos estudados, como base os temas abordados na disciplina, sendo posteriormente avaliados pelos professores, cirurgiões, responsáveis pelos respectivos assuntos. O livro-texto é composto de 24 capítulos Cada capítulo é composto de ilustrações manuais feitas para cada conteúdo em questão, demonstrando tanto a técnica quanto a anatomia, tendo como roteiro as aulas ministradas pelos docentes referenciados e após avaliação minuciosa por esses, cada capítulo foi registrado no ISBN, editado impresso e disponibilizado para os alunos, sendo utilizado como Referência Bibliográfica direta para a disciplina em questão.</p> <p>RESULTADOS: O ensino da técnica cirúrgica ao ser iniciado no início do quinto semestre do curso de medicina, aliados ao interesse do aluno em desenvolver suas habilidades através de atividades práticas, embasados em estudos referenciais direcionados, concorre para o pressuposto de que o acadêmico já terá noções básicas do que é desenvolvido em uma sala de cirurgia, o que não ocorre na maioria das vezes. A literatura nacional em periódicos científicos acerca da situação atual do ensino da cirurgia no Brasil e dos métodos alternativos aplicados ao ensino em nossas Instituições é escassa, constatados nesta pesquisa. São poucos os professores que se dispõem a apresentar a metodologia de ensino de sua Instituição. Sendo que, muito ainda se tem a evoluir no ensino da cirurgia no Brasil, principalmente no que concerne à ênfase prática, pois o ensinamento da cirurgia não deve envolver apenas o ensino das inúmeras técnicas cirúrgicas, mas sim, expor ao acadêmico de maneira leve e clara as diversas especialidades cirúrgicas, através de uma referência teórico-prática direcionada, facilitando o aprendizado e assim inspirando o nascimento de novos cirurgiões.</p> <p>CONCLUSÕES: O trabalho demonstrou que o ensino formal dos alunos em laboratórios de treinamento especificamente com o escopo de desenvolverem as pressupostas habilidades específicas para atuarem posteriormente não são suficientes, pois a utilização não só do laboratório de técnica como também a presença de uma referência teórico-prática oferece uma maior segurança e melhora da performance destes acadêmicos no centro cirúrgico quando comparados a grupos não treinados, sendo esse o pilar de conclusão do trabalho, haja vista a falta de uniformidade no assunto. temos muito por fazer, mudanças, padronizações e definições de critérios e conteúdos, entretanto a certeza de que a melhoria das condições de ensino e aprendizado de tão nobre disciplina ira de sobremaneira estimular não só os discentes como os docentes a se aprimorarem cada vez mais.</p>
<p>TL 062</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A HERNIORRAFIA EM HOSPITAL ESCOLA DE REFERENCIA REGIONAL EM HOSPITAL ESCOLA DE REFERENCIA NO ESPIRITO SANTO</p> <p>RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, LUIZ ALVES SILVA NETO, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, ANDRÉ LIMA JORDÃO, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, ALESSANDRO CÁSSIO GALVÃO M, ACEDO, HISRAELA RIBEIRO DOS ANJOS, LEANDRO JOSÉ KRAUSE BINDA</p> <p><i>HOSPITAL MATERINIDADE SÃO JOSÉ - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: ANALISAR O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A HERNIORRAFIA EM HOSPITAL ESCOLA DE REFERENCIA REGIONAL NO ESPIRITO SANTO</p> <p>MÉTODO: A partir de uma análise de 122 prontuários pertencentes ao banco de dados do Hospital em questão, foram obtidas análises referentes às cirurgias de hérnia (herniorrafias) ocorridas no período de março de 2018 à dezembro do mesmo ano em valores absolutos. Foram coletados dados como sexo e a idade e atividade laboral do paciente submetido ao procedimento. Os dados obtidos foram agrupados e submetidos à análise estatística: o teste Qui-Quadrado de Pearson e teste de Fisher (variáveis categóricas). O teste de Kruskal-Wallis e Man-Whitney foram usados para as variáveis independentes. Valor de $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: O total de procedimentos catalogados foi de 122, e a sua distribuição quanto ao sexo foi de 78 do sexo masculino e 44 do sexo feminino. Conforme relatado pela literatura utilizada, a proporção quanto ao gênero é de 3 homens para cada mulher, o que corrobora os resultados encontrados pela análise em questão. Devido ao fato da população masculina ser mais acometida pelas hérnias abdominais e esse mesmo grupo ser o maior atuante na proporção de trabalhadores economicamente ativos, as consequências econômicas relativas às práticas do trabalho são inevitáveis. Foi realizada também uma análise dos procedimentos em relação a faixa etária e viu-se que: 14 a 30 anos (13%), de 31 a 45 anos (18%), 46 a 60 anos (29%), 61 a 75 anos (26%), 76 a 90 anos (14%) Por meio desta análise percebe-se que, epidemiologicamente as hérnias ocorreram em sua maior parte dos 46 aos 60 anos, sendo que ambos esses intervalos corroboram com o que foi citado pela bibliografia apresentada, de que a prevalência de hérnias aumenta com a idade. Por meio deste estudo, podemos perceber que o maior número de cirurgias ocorreu em indivíduos dos 44 anos 58 anos, intervalo este que está inserido no conceito de população economicamente ativa refletindo uma consequência de cunho econômico marcante.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, nos amparando nas referências cirúrgicas do tema, as hérnias abdominais refletem diretamente nas atividades econômicas já que, de alguma maneira, incapacitam o doente para o trabalho, fato este evidenciado pela análise dos dados supracitados, e com isso, a importância de atuarmos com medidas profiláticas e educativas que conscientizem a população ao combate dos fatores de risco para tal moléstia, que se valem da fragilidade da parede abdominal e o aumento da pressão abdominal tem sido considerados como os mecanismos etiopatogênicos principais e, naturalmente, têm impulsionado o conceito de que a tosse em pacientes tabagistas ou com doença pulmonar obstrutiva crônica a história familiar, atividades físicas extenuantes e a constipação intestinal são os principais fatores relacionados. Portanto, a adoção de medidas que reduzam a incidência dessas alterações pode contribuir para a diminuição de gastos ao SUS e melhorar a qualidade de vida da população.</p>	<p>TL 063</p> <p>RETORNO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO INTENCIONADO (RIOT) EM PACIENTES COM CANCER GÁSTRICO RESSECADO: UM NOVO PARAMETRO DE QUALIDADE CIRÚRGICA</p> <p>Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos, Marina Alessandra Pereira, Tiago Biachi Castría, Andre Roncon Dias, Fernanda Frozoni Antonacio, Bruno Zllberstein, Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello</p> <p><i>Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A quimioterapia (QT) ou quimiorradioterapia (QRT) pós-operatória (PO) é comumente recomendada para pacientes com câncer gástrico (CG) com estágio II e III a fim de melhorar a sobrevida. No entanto, alguns fatores que impedem os pacientes de realizar o Retorno ao Tratamento Oncológico Intencionado (RIOT) podem aumentar diminuir os benefícios de sobrevida alcançados com a ressecção curativa. Esse estudo tem como objetivo determinar a taxa de RIOT, fatores associados à incapacidade para o RIOT e seu impacto na sobrevida de pacientes com CG.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente os pacientes com adenocarcinoma gástrico estágio II/III submetidos à gastrectomia potencialmente curativa entre 2009 e 2018 a partir de banco de dados médico. Com base no PO, identificaram-se dois grupos: pacientes que puderam retornar ao tratamento oncológico pretendido e receberam pelo menos 50% do tratamento proposto (grupo RIOT) e aqueles que não retornaram (grupo não -RIOT). As razões para não- RIOT foram documentadas, incluindo complicações pós-operatórias (CPO) e eventos adversos.</p> <p>RESULTADOS: Entre 313 CG elegíveis com indicação de terapia adjuvante, 174 pacientes receberam QT/QRT, representando uma taxa de RIOT de 55,6%. O não-RIOT foi observado em 139 casos (44,4%). Atribuiu-se como principal motivo mau desempenho geral (30,2%), seguido por CPO (20,1%). Idade avançada, linfadenectomia D1, ASA mais avançada e relação neutrófilos/linfócitos (NLR) elevada foram associados ao não-RIOT. A QT neoadjuvante foi mais comum entre os pacientes com RIOT ($p=0,071$). A taxa de CPO maiores (Clavien>2) nos grupos não-RIOT e RIOT foram de 24,5% e 6,9%, respectivamente ($p<0,001$). Em análise multivariada, idade mais avançada, NLR elevado e maior POC foram fatores de risco significativos para o não-RIOT. A análise de sobrevida mostrou pior SLD de 5-anos nos pacientes não-RIOT comparado ao RIOT (61,8% vs 68,4%, $p=0,008$), com mediana de 32,2 meses para o grupo não-RIOT. Similar, o grupo não-RIOT teve pior SG de 5-anos do que pacientes com RIOT (69% vs 60,2%, $p=0,004$), com mediana de 38,3 meses. Ausência de terapia neoadjuvante, gastrectomia total, pT3/T4, pN+ e não-RIOT foram fatores independentes associados a pior SLD. Tipo de gastrectomia, extensão da linfadenectomia, pN, ressecção cirúrgica e o grupo RIOT foram significativamente associados a SG em análises multivariadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Idade avançada, NLR alto e CP foram fatores independentes associados ao não-RIOT. O RIOT é um fator independente associado à SLD e SG.</p>

TL 064	TL 065
<p>ANALISE DAS TAXAS DE MORTALIDADE DAS 5 LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS MAIS FREQUENTES DE CANCER NO BRASIL ENTRE 1979 ATE 2015 PARA AMBOS OS SEXOS.</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Vinícius Carvalhêdo Cunha, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar as taxas ajustadas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes de câncer e determinar as taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres no Brasil, entre 1979 até 2015.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico de série temporal entre 1979 até 2015 a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade disponibilizado pelo National Cancer Institute of Brazil (INCA) utilizando como fonte das informações de óbitos por câncer o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde do Brasil. As informações sobre o óbito foram organizadas por tipo de neoplasia, sexo, faixa etária, taxa bruta, taxa padrão mundial e taxa padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: Ao analisarmos a taxa de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes por tipo de câncer do ano de 1979 até 2015 para ambos os sexos, evidenciamos que no ano de 2015 os cânceres com as maiores taxas são: brônquios e pulmões, mama, estômago, próstata e localização primária desconhecida. Entre os anos de 1979 até 2015, um total de 527.980 óbitos por neoplasia de brônquios e pulmões foram registrados, 304.546 óbitos por neoplasia de mama foram registradas, 407.611 óbitos por neoplasia de estômago foram registradas, 268.061 óbitos por neoplasia de próstata foram registradas e 257.357 óbitos por neoplasia de localização primária desconhecida foram registradas. Ao analisarmos a taxa padrão mundial e a taxa padrão do Brasil para mortalidade, evidenciamos que o Brasil possui valores maiores para as 5 localizações primárias mais frequentes por tipo de câncer.</p> <p>CONCLUSÕES: Os cânceres são doenças não transmissíveis que vem apresentando aumento nas taxas de incidência e mortalidade mundial. O estudo epidemiológico destes valores visou determinar quais são os principais descritores e características para determinar medidas preventivas contra o aumento desta doença.</p>	<p>INTERFACES ENTRE HEMOTRANSFUSÃO E TESTEMUNHAS DE JEOVA</p> <p>Izabela Rodrigues Fonseca, Caroline Freitas de Araújo, Victória Medina Massadar Adão Moreira, João Vitor Gandra Soares Ferreira, Guilherme Abreu de Britto Comte de Alencar</p> <p><i>UNIFESO - Teresópolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hemotransfusão é uma terapêutica que tem por objetivo corrigir déficits da oxigenação e hemostasia. Apesar dos benefícios que traz, é importante salientar a existência de contraindicações, sendo a principal delas a recusa do paciente. Nesse âmbito, destaca-se o dilema ético e legal que envolve a hemotransfusão no Testemunha de Jeová, salvaguardar a vida (direito essencial de qualquer ser humano) ou a autonomia e liberdade religiosa do paciente? Por esse motivo o presente trabalho visa revisar as orientações sobre a abordagem médica frente à hemotransfusão no paciente Testemunha de Jeová.</p> <p>MÉTODO: Foram incluídos artigos publicados na base de dados PUBMED entre os anos de 2013 a 2018, encontrados 1.113 artigos e selecionados 6 artigos. Também utilizou-se a base LILACS, sendo encontrados 24 artigos e selecionados 10 artigos. Além disso, foram acrescentadas bibliografias colhidas da própria Comunidade Testemunha de Jeová e informações colhidas no site da instituição.</p> <p>RESULTADOS: Por se tratar de uma revisão de literatura, o presente trabalho não apresenta achados estatísticos.</p> <p>CONCLUSÕES: Há relevância pessoal e profissional no tema, pois todo médico pode se deparar com a situação. Não há somente a particularidade médica, assim como também a questão religiosa, o respeito e o entendimento de ambas as partes, medicina e religião. O médico deve equilibrar a necessidade à autonomia do paciente, por esse motivo, não é possível traçar um protocolo de conduta, tornando a abordagem individualizada em cada caso.</p>
<p>TL 066</p> <p>USO DE VANCOMICINA TOPICA NA PREVENÇÃO DE MEDIASTINITE</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Marcel Takeshi Shono, Isabella Godoy Gomes, Ângelo Santana Guerra, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Helmgton José Brito de Souza</p> <p><i>UNICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Mediastinite e deiscência de esterno são complicações graves em pacientes submetidos à esternotomia, o que aumenta significativamente a morbimortalidade dos procedimentos que requerem esse acesso. Acometem principalmente os pacientes submetidos à revascularização do miocárdio (50%), troca valvar (20%), doenças da aorta (20%) e outras cirurgias (10%). A taxa de mortalidade é alta, chegando a 47%. As bactérias Gram positivas são as mais comumente isoladas em pacientes com mediastinite. Diversos estudos tem demonstrado que o uso tópico de vancomicina, nas bordas do osso esterno, reduzem e até eliminam a incidência de infecção superficial e profunda do esterno em cirurgia cardíaca. Tem sido demonstrado que uso de vancomicina tópica, aplicada durante o fechamento do esterno, mostrou significativa redução das infecções de esterno. O objetivo consiste em avaliar o uso tópico de vancomicina como profilaxia à infecção bacteriana, superficial ou profunda, em pacientes submetidos à esternotomia mediana em cirurgias cardíacas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se estudo prospectivo com coleta de dados retrospectiva. Foram incluídos todos os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no período entre jan/2014 e out/2015, que foram submetidos à esternotomia mediana. Os pacientes selecionados foram divididos em dois grupos (Grupo A- não usaram vancomicina tópica / Grupo B – usaram vancomicina). Os pacientes diagnosticados com infecção foram prontamente tratados com desbridamento cirúrgico e curativo diário até a resolução do processo infeccioso.</p> <p>RESULTADOS: Nos pacientes do GRUPO B, não foi observado nenhum caso de infecção superficial ou profunda de cicatriz esternal, enquanto que sete pacientes do GRUPO A apresentaram infecção de cicatriz esternal (7%; p<0,03), com confirmação de seis casos de mediastinite (6%; p<0,06), sendo necessário reintervenção cirúrgica para desbridamento do osso esterno e resutura. Não ocorreram óbitos durante o seguimento dos pacientes. Dos pacientes acometidos por infecção de cicatriz esternal, apenas um era portador de diabetes mellitus e três se diziam tabagistas. Foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio cinco pacientes, com utilização de um enxerto de artéria torácica interna esquerda. O tempo de CEC foi superior a 120 minutos em um paciente. Entre os pacientes com diagnóstico de mediastinite quatro apresentavam idade superior a 60 anos e todos eram mulheres. Nos pacientes do GRUPO B não foram observados resistência bacteriana à vancomicina ou nefrotoxicidade atribuída ao uso deste antibiótico.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir que o uso tópico de vancomicina demonstrou poder bacteriostático e bactericida capaz de prevenir o surgimento de infecção superficial e profunda do esterno. Na série estudada, não se observou a ocorrência de nefrotoxicidade ou de resistência bacteriana à vancomicina nos pacientes que requereram uso prolongado de antibiótico por infecção de outros sítios.</p>	<p>TL 067</p> <p>ESTUDO DE CASOS DE SARCOMA DE PARTES MOLES TRATADOS EM UM HOSPITAL PUBLICO DE REFERENCIA</p> <p>Julia Nicoli, Jéssica Lemos Andrade Siqueira, Sandro Ribeiro Silva Junior, Carlos Eduardo Azevedo Ferretti, Flavio Luiz Lima Salgado</p> <p><i>UNITAU - TAUBATÉ - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudar o perfil dos pacientes com diagnóstico de Sarcomas de Partes Moles tratados no Hospital Regional do Vale do Paraíba (HRVP) no período de 2008 a 2016.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa visou realizar uma análise retrospectiva dos casos. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos, em todos os estádios e localizações da doença, totalizando 32 pacientes no estudo.</p> <p>RESULTADOS: A maioria dos pacientes era do sexo feminino e possuía ao diagnóstico idade média de 61,16 anos. 81,25% dos tumores era de extremidades, sendo, 59,38% de membros inferiores e 21,87% de membros superiores. Foram encontrados diversos tipos histológicos e tumores maiores de 10 cm em 45% dos casos. De 21 pacientes estadiados, 52% eram de alto grau histológico. Quanto ao tratamento a totalidade dos pacientes foi submetida ao procedimento cirúrgico, com cirurgias conservadoras em 90,62%. O tempo de seguimento variou de 2 a 106 meses, com média de 39,4 meses, e a sobrevida global em 5 anos foi de 49,9% com mediana de 48 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: A população estudada no HRVP apresentou dados semelhantes aos de outras instituições oncológicas nacionais e internacionais, exceção feita ao sexo dos pacientes e no numero maior de neoplasias em estádios mais avançados ao diagnóstico.</p>

TL 068	TL 069
<p>O STATUS LINFONODAL E O MELHOR PREDITOR PROGNOSTICO NO APOS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCER GASTRICO LOCALMENTE AVANÇADO</p> <p>Marina Alessandra Pereira, Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos, Leonardo Cardili, Amir Zeide Charruf, Bruno Zilberstein, Evandro Sobroza Mello, Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Cecconello</p> <p><i>Hospital das Clínicas da FMUSP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A quimioterapia neoadjuvante (nQT) seguida gastrectomia radical é uma opção de tratamento promissora para o câncer gástrico localmente avançado (CG), proporcionando benefício de sobrevida comparado à cirurgia isolada. No entanto, os pacientes que responderão ao tratamento e seus efeitos na sobrevida permanecem pouco esclarecidos. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar os fatores prognósticos e as características clinicopatológicas dos pacientes com GC submetidos à nQT.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente todos os pacientes com GC submetidos a nQT seguido de gastrectomia curativa entre 2009 e 2018. A presença de tumor residual (TR) foi quantificada de 0% a 100%, e o valor de cutoff de 50% usado para a análise, definindo os grupos com pior resposta (PR) (> 50% de TR) e melhor resposta (MR) (<50% de TR). A regressão do linfonodal (LN) foi também avaliada. Todos os pacientes foram tratados com quimioterapia à base de 5-fluorouracil/cisplatina ou paclitaxel.</p> <p>RESULTADOS: Entre os 62 pacientes avaliados, 20 (32,2%) apresentaram MR e 42 (67,7%) PR. A média de TR foi de 63,9% (mediana de 80%), e dois casos apresentaram resposta patológica completa. O grupo MR apresentou tumores menores (4,1 vs 6,2, p=0,007), predomínio do tipo histológico difuso (p=0,018), menor grau de invasão tumoral (ypT) (p=0,012) e estágio menos avançado (p=0,021) do que o grupo PR. pN0 foi alcançado em 50% e 69% do grupo MR e PR, respectivamente (p=0,147). Dos 55 GC reavaliados para resposta linfonodal, características de regressão em LN0 e LN+ foram observadas em 10,9% e 32,7% dos casos, respectivamente. Nenhuma diferença na proporção de TR no sítio primário foi observada entre pacientes com e sem resposta linfonodal (p=0,254). Em um seguimento mediano de 30,9 meses, não houve diferença na sobrevida livre de doença (SLD) entre os grupos MR e PR (72,2% vs 71,4%, respectivamente; p=0,956). No entanto, o GC ypN0 (incluindo N0 regredido) apresentou melhor DFS que ypN+ (100% vs 55,3%, respectivamente, p <0,001), quer fossem MR ou PR. O status dos LN foi o único fator independente associado ao SLD. Enquanto Charlson e ypN+ foram associados com pior sobrevida global na análise multivariada.</p> <p>CONCLUSÕES: O status dos LNs após a nQT foi um fator prognóstico relacionado à SLD, enquanto a regressão do tumor não se associou significativamente à sobrevida. Além disso, o prognóstico dos pacientes ypN0 com sinais regressão foi o mesmo que dos ypN0 sem sinais de regressão tumoral. A resposta patológica no sítio primário não alterou o prognóstico do CG ypN0. Esses achados demonstram a importância de se avaliar a regressão tumoral também nos LNs, não apenas no sítio primário.</p>	<p>ANALISE DOS FATORES QUE LEVAM MULHERES MEDICAS A NAO OPTAREM POR ESPECIALIDADES CIRURGICAS</p> <p>Daiane Paulo, Mariana da Silva Assis, Maria Regina Orofino Kreuger, Frederico Klann Victorino, Paula Vick Vieira</p> <p><i>Univali - Itajaí - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar as prováveis causas que levam as mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas</p> <p>MÉTODO: A amostra inicial foi de 100 médicas de modo que ao final foram avaliados 75 questionários respondidos por médicas não cirurgiãs atuantes na cidade de Itajaí/SC e que pertenciam a uma ou mais das seguintes especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Medicina de família, Medicina preventiva, Endocrinologia e Metabologia, Genética Médica, Hematologia, Homeopatia, Infectologia e Patologia ou que sejam médicas Generalistas. Foram excluídas do estudo médicas que deixaram alguma questão em branco e/ou que se negaram a responder o questionário. Os dados obtidos pelo questionário foram anotados e agrupados em uma planilha do Microsoft Office Excel, transformados em porcentagens com intervalo de confiança de 95% (o que caracteriza uma probabilidade de erro de 0,05). Os resultados obtidos foram apresentados na forma de tabelas e/ou gráficos. A amostra foi do tipo não probabilística, constituída por conveniência, isto é, por sujeitos de pesquisa que, de livre e espontânea vontade, aceitaram participar deste estudo. Não foram feitas quaisquer distinções quanto aos hábitos sociais e as respostas foram anônimas. O Comitê de Ética e pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí aprovou o estudo e todas as participantes preencheram formulários de consentimento livre e esclarecido. (CAAE: 78984817.9.0000.0120).</p> <p>RESULTADOS: Observou-se que 45,3% das médicas já cogitaram ser cirurgiãs, que o fator mais assinalado como limitante, por 40% das médicas (questão de múltipla escolha), à escolha da área cirúrgica foi o horário de plantões/sobrevivo. Além disso observou-se nesta pesquisa que 86,7% acreditam que é possível ser cirurgiã e constituir família. A característica de personalidade mais utilizada por 72% das médicas para definir uma mulher cirurgiã foi: "forte". E apenas 12% das participantes não acredita que haja machismo/preconceito por parte dos colegas ou pacientes em relação às cirurgiãs.</p> <p>CONCLUSÕES: Além de identificar os possíveis fatores que limitam as mulheres médicas a optarem por especialidades cirúrgicas, o estudo evidenciou uma crescente feminização da medicina com discrepância nas áreas de cirurgia, o que reforça a importância de estudos como este.</p>
<p>TL 070</p> <p>PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS EM UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, DANIEL DE SOUSA RODRIGUES, BEATRIZ DE JESUS FURTADO BATALHA, ALOISIO VIEIRA SILVA, DIOGO STINGUEL THOMAZINI, MYRIAM SANTOS ALMEIDA, JOSÉ ALBERTO DA MOTTA CORREIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Levantar o perfil microbiológico dos pacientes com infecção intra-abdominal submetidos a intervenção cirúrgica no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes na Unidade de Cirurgia Geral. Avaliar o perfil dos pacientes com infecção intra-abdominal submetidos a procedimentos cirúrgicos no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.</p> <p>MÉTODO: Todos os casos de infecções intra-abdominais microbiologicamente confirmadas, ocorridas no período de 01/01/2017 a 31/12/2018 no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, foram examinados, retrospectivamente, através da revisão de prontuários e dos resultados de culturas de espécimes intra-abdominais. Foram excluídas as peritonites primárias. Os casos foram agrupados em infecções adquiridas no hospital ou presentes na admissão hospitalar. Dados demográficos, clínicos e microbiológicos foram analisados e o perfil de resistência antimicrobiana foi registrado.</p> <p>RESULTADOS: 94 pacientes apresentaram IIA microbiologicamente confirmada. Os bacilos gram negativos (BGNs) representaram 70% dos isolados tanto nas infecções admissionais como nas hospitalares, com E. coli predominando nas primeiras e K. pneumoniae, seguida por P.aeruginosa nas últimas. Como esperado, os BGNs causando infecções hospitalares foram muito mais resistentes aos antibióticos, tornando os beta lactâmicos uma escolha inicial arriscada para as infecções mais graves. Todos foram submetidos a intervenção cirúrgica (punção ou drenagem guiada por imagens, laparoscopia ou laparotomia). A média de abordagem cirúrgica por paciente foi 2,26. A mortalidade foi 25,5% e diretamente proporcional ao número de abordagens cirúrgicas (p=0,02)</p> <p>CONCLUSÕES: A identificação dos principais agentes etiológicos das peritonites na unidade de cirurgia geral e o perfil de sensibilidade antimicrobiana são fundamentais na escolha da terapia empírica para as infecções presentes na admissão e para as adquiridas no hospital. Quando às presentes na admissão, é importante identificarmos as adquiridas nas comunidades IIAc e as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).</p>	<p>TL 071</p> <p>COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ABORDAGEM SUPRAPUBICA, CIRURGIA LAPAROSCÓPICA SEGURA E ESTETICAMENTE ACEITÁVEL, RELATO DE 30 CASOS.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, MONIKY BATISTA DA SILVA SOUZA, CAMILA BOCCHI SIQUEIRA, CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO E CUNHA, TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES, DOUGLAS SANTOS SOARES, ENY KARLA NASCIMENTO SANTOS, ANDRESSA MARIANE BORBA LIMA</p> <p><i>Gastrocare - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colecistectomia videolaparoscópica padrão ouro da abordagem das doenças de vesícula biliar. Os trocateres de 10, 5 ou 3 mm permitem abordagem segura e eficaz, mas com queixa comum, principalmente de mulheres do sexo feminino. Na busca de solução realizamos procedimentos via umbilical única, mas com queixa global de dor no pós operatório, que não é observado nos trocateres em separado. Técnica suprapúbica é segura, eficaz e esteticamente aceitável. Objetivo do trabalho demonstrar como uma abordagem não tradicional pode ser segura e eficaz por via minimamente invasiva.</p> <p>MÉTODO: São realizado três punções abdominais, os portais inferiores situam-se em áreas habitualmente não expostas, podendo também ser posicionados sobre cicatrizes de operações ginecológicas/obstétricas prévias. O tempo necessário para realização dos procedimentos não é muito diferente do necessário para realização de colecistectomia laparoscópica tradicional. A taxa de complicações foi nula nesta série bem como na literatura disponível. Além disso, ao preservar minimamente a triangulação entre os portais, a técnica com posicionamento alternativo torna mais fácil a adaptação do cirurgião e sua equipe. A questão econômica também deve ser levada em conta, pois todo o procedimento pode ser realizado com o material cirúrgico permanente utilizado em laparoscopia tradicional.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados 30 procedimentos entre 2016-2018, os tempos dos procedimentos cirúrgicos, variam na amostra, entre 40 a 70 minutos. Todos pacientes foram selecionadas do sexo feminino. Tempo médio de internação de 12 horas. Nenhuma complicação cirúrgica. Tempo de retorno ao trabalho em média de 7 – 15 dias. Avaliação estética e de dor pós operatório com satisfação 90%. Com 2 casos de pacientes que não souberam opinar por não ter comparativo pessoal de cicatrizes e outras cirurgias.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva com abordagem de trocateres suprapúbicos para colecistectomias é segura, eficaz e esteticamente aceitável. Mantem a triangulação de pinças e o uso de material convencional e permanente, sem aumento de</p>

TL 072	TL 073
<p>NEOPLASIAS HEPÁTICAS BENIGNAS TRATADAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RESULTADOS PRECOZES E TARDIOS</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Sergio Renato Pais Costa, Olímpia Alves Teixeira Lima, Sérgio Luiz Melo Araújo</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar uma série de trinta e sete hepatectomias laparoscópicas (HL) para lesão hepática benigna realizada por uma única equipe cirúrgica em Brasília, Distrito Federal, Brasil. O objetivo foi descrever os desfechos de curto e longo prazo, além da qualidade de vida após a HL.</p> <p>MÉTODO: Trinta pacientes foram submetidos a HL para doença benigna entre junho de 2007 e janeiro de 2019. Suas idades variaram de 21 a 71 anos (mediana de 39 anos). Havia vinte e oito mulheres e nove homens. As etiologias das lesões foram: adenoma (n = 19), hiperplasia nodular focal (n = 4), hemangioma cavernoso (n = 4), abscesso hepático (n = 3), cistadenoma (n = 6) e hepatolitíase (n = 1), sendo que trinta e três casos eram lesão única e quatro casos com múltiplas lesões. O diâmetro médio dos tumores foi de 6,3 cm (variação de 2-13 cm).</p> <p>RESULTADOS: As ressecções hepáticas foram submetidas à seguinte distribuição: hepatectomia direita (n = 4), hepatectomia esquerda (n = 7), seccionectomia posterior direita (n = 7), seccionectomia lateral esquerda (n = 7), mesohepatectomia (n = 1), segmentectomias V (n = 2), II (n = 3), III (n = 4) e VI (n = 2). A mortalidade pós-operatória foi nula, enquanto a taxa de morbidade foi de 5,4%. Houve 5,4% de taxa de conversão para cirurgia aberta. A mediana de permanência hospitalar foi de quatro dias (intervalo 1-10 dias). A mediana do tempo de retorno às atividades do dia-a-dia foi de 14 dias (7 a 32 dias). A mediana do período de acompanhamento foi de 52 meses (variação 1-124 meses). Houve duas recorrências. A qualidade de vida geral após a HL foi considerada boa.</p> <p>CONCLUSÕES: A HL deve ser considerada uma das principais opções terapêuticas para o tratamento de lesões hepáticas benignas, tendo apresentado diversas vantagens como pouco sangramento intra-operatório, realimentação precoce, curta estadia hospitalar e reabilitação em curto prazo para o trabalho, além do benefício estético. Quando realizada por mãos experientes, o procedimento é considerado seguro e eficaz, com mortalidade nula e baixa morbidade nesta amostra. Além disso, até a presente data deste estudo foi observada uma baixa taxa de recorrência e boa qualidade de vida dentre os pacientes.</p>	<p>RESSECÇÕES HEPÁTICAS MENORES SEMI AMBULATORIAIS POR LAPAROSCOPIA: MITO OU REALIDADE?</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Sérgio Renato Pais Costa</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a efetividade e segurança das hepatectomias menores (monosegmentectomias e subsegmentectomias) laparoscópicas no tratamento de tumores hepáticos com o tempo máximo de 24 horas de internação e descrever os resultados pós-operatórios precoces e tardios em uma série de 12 pacientes.</p> <p>MÉTODO: Doze pacientes foram operados entre 2007 a 2019. A distribuição por gênero foi respectivamente: M=2 e F= 10. A média etária foi 35,98 (20 a 65 anos). Onze pacientes eram ASA I e um ASA II (HAS). O IMC médio foi 23,56 kg/m² (18,5 a 32,8). A etiologia das lesões foram: Adenoma n=7, Metástases Colorretais n=2, metástase de Mama=1, cistadenoma=1 e hiperplasia nodular focal n=1. o tamanho médio foi 4,625cm (variação de 3 a 8 cm). A distribuição das ressecções foi: segmentectomia do III (n=3), segmentectomia do V (n=3), segmentectomia do VI (n=2), segmentectomia do S8 (n=1), subsegmentectomia do III (n=2) e subsegmentectomia do II-III(n=1).</p> <p>RESULTADOS: O tempo cirúrgico médio foi 62,31 (variação 38 a 135 min), o sangramento intra-operatório médio foi 63,7 ml (variação de 23 a 275 ml). Não foi necessário clampamento hilar em nenhum caso. Não houve conversões. Nenhum paciente foi transfundido. Não houve mortalidade, nem complicação precoce. Uma paciente obesa submetida a ressecção anatômica do SIII desenvolveu uma hérnia incisional tardia (PO 60 dias) que foi corrigida por via laparoscópica. Realimentação oral se iniciou em 6 horas após o término do ato operatório e todas as pacientes receberam alta no dia seguinte. A média de retorno ao trabalho foi 13,5 dias (variação 10 a 16 dias). As margens cirúrgicas foram livres em todas lesões. O tempo médio de follow-up foi 36 meses (variação de 1 m a 138 meses). Houve uma recidiva hepática e peritoneal de um paciente com metástase colorretal aos 33 meses, este paciente foi a óbito com 39 meses da cirurgia do fígado.</p> <p>CONCLUSÕES: A hepatectomia laparoscópica tem se popularizado devido suas diversas vantagens em relação a técnica aberta. Ressecções menores tem sido descritas na literatura como procedimentos "semi ambulatoriais", conferindo além das vantagens habituais também as econômicas e laborativas. A hepatectomia laparoscópica "semi ambulatorial" se mostrou um procedimento rápido, efetivo e seguro com bons resultados em casos ultra-selecionados (lesões pequenas, nos setores anterolaterais do fígado, pacientes com biótipos favoráveis). O bom resultado cosmético foi associado a um retorno precoce as atividades cotidianas no presente estudo.</p>
<p>TL 074</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2018</p> <p>Carolina Cairo Oliveira</p> <p><i>Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico das hepatites virais no Brasil no período de 2008 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo, cujos dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, e apresentados em forma de gráficos no programa Microsoft ExcelR 2013.</p> <p>RESULTADOS: Tendo em vista as informações coletadas, o perfil epidemiológico das hepatites virais no Brasil no período de 2008 a 2018 é composto majoritariamente pelo sexo masculino, representado por 56%, com aumento progressivo na diferença entre os sexos. No quesito faixa etária, predominou-se as idades de 40 a 59 anos (40%), seguido de 20 a 39 anos (31%). E na variável escolaridade, a maioria dos casos se apresentou em indivíduos com ensino médio completo (15%). Quanto ao mecanismo/fonte de infecção, teve uma prevalência da transmissão transfusional (21,5%), seguido pela transmissão sexual com 11% e uso de drogas injetáveis. Em relação a classificação etiológica, o maior número de casos relaciona-se ao vírus C (46%) seguido pelo vírus B (35%), com aumento progressivo do número de casos. Analisando a forma clínica, houve uma prevalência significativa na crônica com 72%.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos resultados obtidos, é possível concluir que o perfil epidemiológico das hepatites virais no Brasil é composto pelo sexo masculino, de 40 a 59 anos, com ensino médio completo. Além disto, tem como fonte de infecção transfusões sanguíneas, agente etiológico principal, é o vírus C e diagnosticada principalmente na forma crônica. Tendo em vista a variável sexo, prevalece homem por estar mais comumente relacionado a relações sexuais desprotegidas, sem parceiro fixo e uso de drogas injetáveis. Quanto a faixa etária, justifica-se pelo fato das hepatites virais apresentarem sintomas discretos ou serem assintomáticas, tendo seu diagnóstico muitas vezes anos após contaminação, o que explica também o porquê da forma crônica prevalecer. Sob a ótica do nível de escolaridade, contraditoriamente, o maior número de casos enquadra-se no nível médio completo, o que remete que o conhecimento básico não é eficaz para sua prevenção. Outro ponto analisado refere-se a fonte/mecanismo de infecção, onde prevalece a transmissão por transfusão sanguínea, já que alguns anos atrás não haviam métodos de testagem sanguínea para prevenção da transmissão de doenças, deste modo, as contaminações antigas são diagnosticadas agora. E por último, a predominância de infecções por vírus C, o que se justifica pelo fato de não haver vacina para este vírus e por sua relativa facilidade para transmissão.</p>	<p>TL 075</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSPLANTES HEPÁTICOS NO BRASIL ENTRE 2008 E 2018</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Vanessa Mahamed Rassi, Paula Andreza Loures, Camila Taveira de Castro, Hortência Freire Barcelos</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a evolução e predominância dos transplantes hepáticos no Brasil entre 2008 e 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico realizado com dados provenientes do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Nesse estudo foram analisadas a quantidade de transplantes hepáticos realizados no recorte temporal de 2008-2018, o número anual conforme tipo de doador, o número por estado e o número por milhão de população por estado no ano de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Entre os anos 2008 e 2018, 17.930 transplantes hepáticos foram realizados. Observa-se que o ano com a menor quantidade de procedimentos foi 2008, totalizando cerca de 1.177 (6,5% do valor total). Em 9 anos, houve um aumento de 80% deste valor. Consequentemente, 2017 foi ano com o maior valor absoluto de cirurgias: 2.122. No ano de 2018, houve um decréscimo de 24% em relação ao ano anterior, totalizando 1.610 procedimentos. No ano de 2018, estes predominaram no estado de São Paulo, representando cerca de 32% dos procedimentos; seguida do estado do Paraná, 14%. No mesmo ano, 2.207 pacientes ingressaram na lista de espera. Em relação ao número anual conforme o tipo de doador, no ano de 2018, 92% dos doadores eram falecidos. Dos 125 doadores vivos, 91% corresponderam a familiares. O número de doadores por milhão de população do Brasil deste ano foi de 10,3. Destes, a unidade federativa com o maior número foi o Distrito Federal: 29,4. Seguida do Paraná com 26,8.</p> <p>CONCLUSÕES: O transplante hepático é um procedimento relativamente novo. Somente na década de 80, ele começou a ser indicado rotineiramente para doenças hepáticas. Entretanto, é um procedimento de relevância por ser a única terapêutica efetiva para várias doenças hepáticas crônicas e agudas irreversíveis, progressivas e terminais. As principais indicações para o transplante são: carcinoma hepatocelular, cirrose hepática secundária ao vírus da hepatite B e C e cirrose alcoólica. Nos últimos 10 anos, houve um aumento expressivo da demanda e do número de transplantes no Brasil, com predomínio nas Regiões Sul e Sudeste. Todavia, esta demanda cresce desproporcionalmente ao número de doadores disponíveis. Este fato contribui para o aumento da gravidade e da mortalidade dos pacientes em espera. Por esta razão, existem critérios obrigatórios para a realização da cirurgia. A Model for End-stage Liver Disease (MELD), avalia a urgência da necessidade do procedimento. São utilizados critérios clínicos e laboratoriais (valores de bilirrubina, creatinina e Relação Normalizada Internacional). Em somatória, o paciente não pode ter qualquer contraindicação absoluta como: presença de tumores malignos e infecções extra-hepáticas, doença pulmonar ou cardíaca avançada e o uso de álcool e drogas. A conscientização da população sobre transplantes de órgãos e tecidos e sobre os fatores de risco para doenças hepáticas, deve ser feita por meio de ações intersetoriais e governamentais com a finalidade de diminuir a desproporção entre potenciais doadores e pacientes com indicação para transplante hepático.</p>

TL 076	TL 077
<p>ABCESSO HEPÁTICO: ANÁLISE DE 10 CASOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA) ENTRE 2015 A 2017.</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, MATHEUS LEITE ROLIM, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, CLAUBIANO CIPRIANO MOURA, MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA, CAROLINE CARVALHO FERRO, IGOR DE LIMA RIBEIRO</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar a casuística de abscesso hepático em pacientes internados no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) entre 2015 a 2017, analisando-se, entre as principais características, perfil clínico dos pacientes, sintomatologia, tipos de abscessos, exames de imagem, terapêutica instituída, morbidade e mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Este trabalho corresponde a estudo prospectivo de abscessos hepáticos de pacientes internados no serviço de Cirurgia Geral do HUPAA, envolvendo análise de prontuários de 10 pacientes atendidos entre 2015 a 2017 que apresentaram abscesso hepático.</p> <p>RESULTADOS: Neste estudo, nove (90%) dos pacientes eram do sexo feminino, apresentavam faixa etária que variava de 27-90 anos e média de 29,2 dias de internação. Notou-se intensa relação entre colangite e abscesso hepático (70%). As manifestações clínicas mais observadas foram dor abdominal (90%) associada a náuseas (50%) e vômitos (40%). Os principais exames de imagens utilizados para auxiliar no diagnóstico foram: ultrassonografia (90%), ressonância (60%) e tomografia (50%). Em nove casos, o abscesso era do tipo piogênico e apenas em um do tipo amebiano. Noventa por cento dos pacientes foram submetidos a procedimento cirúrgico, a citar coledocotomia, exploração, drenagem, sendo que apenas um paciente (10%) recebeu tratamento clínico durante o período de acompanhamento. Cem por cento dos pacientes fizeram uso de antibioticoterapia (7- 60 dias de uso). Seis pacientes evoluíram no pós-operatório com complicações, sendo elas: pneumotórax (10%), sepse (10%), derrame pleural (20%) e óbito (20%).</p> <p>CONCLUSÕES: Abscessos hepáticos são mais comuns, piogênicos ou amebianos. Abscessos piogênicos podem ser causados principalmente por causa biliar (cálculos biliares, colangite e malignidades) ou sepse (diverticulite, doença inflamatória intestinal, inflamação e malignidades intra-abdominais) e em menor grau por superinfecção de cistos ou tecido necrótico, trauma ou disseminação hematogênica. No nosso estudo, 90% foi do tipo piogênico. O patógenos mais comuns são as espécies de Streptococcus (29,5%), E. coli (18,1%), espécies de Staphylococcus (10,5%) e Klebsiella (9,2%). Tivemos dificuldade em nosso hospital de caracterizar a microbiota dos abscessos. O tratamento consiste em combinação regime de antibióticos e intervenção cirúrgica (aspiração, drenagem ou ressecção). Sabendo que a drenagem percutânea constitui um método com bons resultados terapêuticos. Em nosso serviço, não possuímos serviço de radiologia intervencionista para realização de drenagem guiada, porém abordamos a maioria dos casos relatados com laparoscopia que se demonstrou efetiva.</p>	<p>HEPATECTOMIA DIREITA ESTENDIDA PELA TÉCNICA DE ALPPS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO</p> <p>Erico Pereira Cadore, Antonio Nocchi Kalil, Angélica Maria Lucchese, Tiago Auatt Paes Remonti, Luigi Anselmo Leonardi</p> <p><i>Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A técnica de ALPPS é uma estratégia cirúrgica recentemente descrita que permite realizar hepatectomia maior em casos de doença hepática avançada associados a um futuro remanescente hepático pequeno. O método é considerado uma alternativa interessante às técnicas de hepatectomia convencionais devido à hipertrofia significativa em intervalo de tempo reduzido. Os benefícios da técnica são considerados controversos por alguns grupos, provavelmente devido à elevadas taxas de morbimortalidade inicialmente descritas e evidências de benefício oncológico a longo prazo ainda inconsistentes. Esse trabalho tem o objetivo descrever os casos submetidos à hepatectomia com emprego da técnica de ALPPS em um único centro, bem como relatar os desfechos perioperatórios, e correlacionar com dados da literatura atual.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado estudo retrospectivo dos casos submetidos a hepatectomia maior, conforme os princípios da técnica de ALPPS, em um centro com volume superior a 30 hepatectomias/ano, no período de Março de 2016 a Dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Três casos foram operados com a aplicação do método. Em um média de 11,7 dias obteve-se uma hipertrofia média de 41% (variação de 20% a 66%); e de 119% (de 64% a 156%) no pós-operatório tardio. Foi possível realizar o segundo tempo cirúrgico em todos os casos. De todas as complicações cirúrgicas apresentadas nos dois estágios 85% foram consideradas complicações menores (classificação de Clavien-Dindo I e II). Ao final de 90 dias três complicações cirúrgicas maiores (Clavien-Dindo IIIa) foram identificadas, todas após o segundo estágio cirúrgico. Não houve mortalidade perioperatória. Recorrência ocorreu em menos de 6 meses em todos os casos. A sobrevida após 1 ano foi de 100%, e após 2 anos de 33%.</p> <p>CONCLUSÕES: A seleção adequada do paciente que pode ser beneficiado por esta abordagem é fundamental. O baixo número de pacientes submetidos a essa técnica em nosso centro se deve principalmente a critérios rígidos na seleção. Apesar de não termos nenhum caso com desfecho desfavorável no pós-operatório, observamos uma recidiva nos primeiros 6 meses em 100% dos casos. Embora a aplicação do ALPPS seja factível e resulte em hipertrofia hepática significativa, o conhecimento acerca da técnica continua em evolução e o benefício oncológico do método precisa ser melhor esclarecido.</p>
<p>TL 078</p> <p>AValiação CRÍTICA DOS RESULTADOS EM LONGO PRAZO DE TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS TRATADOS POR HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA CURATIVA</p> <p>sergio renato Pais-Costa, sergio luiz melo araujo, Olimpia Alves Teixeira Lima, Sandro José Martins</p> <p><i>UNB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o impacto delas realizadas por uma única equipe em relação à sobrevida global e tempo livre de doença dos pacientes operados com diferentes tumores malignos hepáticos.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas 41 hepatectomias laparoscópicas em 40 pacientes com neoplasia maligna entre junho 2006 e janeiro 2019. Os doentes foram distribuídos em: grupo 1 – metástases colorretais (n=19); grupo 2 – carcinoma hepatocelular (n=9) e grupo 3 – metástases não-colorretais e colangiocarcinoma intra-hepático (n=13) entre junho 2006 e janeiro 2019. As curvas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas. Foram avaliadas também a taxa de conversão, morbidade, mortalidade e recorrência tumoral.</p> <p>RESULTADOS: A taxa de conversão foi de 5%; a morbidade de 17,5%; a mortalidade pós-operatória de 2,5%; houve recorrência tumoral em 11 casos. As medianas de sobrevida global e de sobrevida livre de doença foram respectivamente de 60 e 46 m, contudo não houve diferença estatisticamente significante dessas variáveis entre os grupos estudados (p>0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: Os resultados em longo prazo da hepatectomia laparoscópica para o tratamento de tumores malignos hepáticos são satisfatórios. Não houve diferença estatisticamente significante quanto às sobrevidas global e livre de doença nos diferentes grupos de neoplasia tratada.</p>	<p>TL 079</p> <p>Sobrevida pós-ressecção hepática por metástases: análise multivariável de 86 casos operados.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Giovanni Zenedin Targa, Silvio Ivo Testa, Maria Julia Macedo Bonatto, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Regina Maria Goolkate, Danilo Saavedra Bussyguin</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever e comparar variáveis clínicas e cirúrgicas dos pacientes submetidos a hepatectomias por câncer metastático.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes submetidos a hepatectomia no período de outubro-1999 a julho-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Incluímos 86 hepatectomias. O sexo feminino foi o mais representado com 48 (55,8%) pacientes, a idade mediana foi 56,06 anos. O grupo de pacientes apresentava um bom estado geral, corroborado pelos índices de Performance Status e ASA. Histórico familiar de doença hepática neoplásica esteve presente em 13 (20,3%) pacientes. As margens cirúrgicas, foram livres de neoplasias 77 (89,5%) dos pacientes, margens coincidentes em 7 (8,14%) casos. Necessidade de hemo-transfusão em 30 (34,9%) pacientes, a média de concentrado de hemácias utilizada foi de 3 unidades. Complicações graves ocorreram em 10 (11,6%) pacientes, e em 3 (3,5%) vezes houve necessidade de re- operação. Tempo de internação geral e na UTI foi de 4 e 2 dias respectivamente. O tamanho médio da lesão hepática foi de 3,50 cm (IQR 2,70 – 5,0 cm). Em 56 pacientes a cirurgia foi para tratamento de metástases de origem colorretal, sendo o tumor sincrônico em 18 (32,1%) ocasiões. O envolvimento vascular aconteceu em 23 (26,7%) dos casos. Na maioria dos casos foi praticada hepatectomia maior, 68 (79,1%) vezes. As re-hepatectomias aconteceram em 18 (20,9%) dos casos. E a ressecção anatômica foi a estratégia mais comumente adotada, 61 (71%) das vezes. A sobrevida global em 5 anos foi de 27,9%. Na análise multivariável, fatores que influenciaram negativamente esta sobrevida a presença de icterícia, aumento da transaminases hepáticas e tumores maiores do que 3 cm.</p> <p>CONCLUSÕES: Tamanho da lesão, icterícia e insuficiência hepática pré-operatória influenciam significativamente a sobrevida pós-operatória em ressecções hepáticas por metástases.</p>

TL 080	TL 081
<p>INFLUENCIA DA ORIGEM DA METASTASES NOS RESULTADOS CIRURGICOS DAS HEPATECTOMIAS POR METASTASES COLORRETAIS VS NAO COLORRETAIS.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Eduardo Da Cás, Regina Maria Goolkate, Thamyle Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever e comparar variáveis clínicas e cirúrgicas dos pacientes submetidos a hepatectomias, separados em grupos, de acordo com a origem das metástases.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes submetidos a hepatectomias no período de outubro-1999 a julho-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo com a origem do tumor primário: colorretal vs não colorretal. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Realizadas 86 hepatectomias, 56 por metástases colorretais e 30 por metástases de outras neoplasias. No grupo de pacientes com metástase colorretal, 41 (73,20%) eram ASA 2, o tempo médio do procedimento foi de 240 minutos (IQR 150-300). Complicações pós-operatórias aconteceram em 6 (10,7%) casos. A mediana do tempo de internação foi 5 (IQR 3-7), permanecendo 2 (IQR 1,25-3) dias em UTI. O tamanho médio da lesão foi de 3 (2,27-5,72) e número de lesões ressecadas foi 1 (IQR 1-3). A ressecção foi anatômica em 36 (64,3%) dos pacientes. No grupo de pacientes com metástases não colorretais 20 (74,1%) eram ASA 2, tendo tempo médio de cirurgia 145 minutos (IQR 120-240). Em 4 (13,3%) pacientes houve complicação pós-operatória. A mediana do tempo de internação foi 3 (IQR 3-6), permanecendo 2 (IQR 0-3) dias em UTI. O tamanho médio da lesão foi de 4 (IQR 3,75-5) e número de lesões ressecadas foi de 1 (IQR 1-1). A ressecção anatômica ocorreu em 25 (83,30%) pacientes. Quando comparado os grupos, tempo cirúrgico (p 0,005), número de lesões (p <0,001) e ressecção anatômica (p=0,06) foram estatisticamente significantes. Não houve diferença de sobrevida global entre os grupos.</p> <p>CONCLUSÕES: Para permitir preservação de parênquima saudável, ressecção hepáticas por metástases colorretais são associadas a maior tempo cirúrgico e a mais ressecções não-anatômicas, sem aumento no índice de complicações cirúrgicas.</p>	<p>Impacto do tamanho da ressecção hepática nos resultados cirúrgicos: análise de 86 casos operados em uma única instituição.</p> <p>Philippe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Maria Julia Macedo Bonatto, Thamyle Moda Santana Rezende, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a morbidade e mortalidade de pacientes submetidos a ressecção hepática e comparar os resultados entre os grupos de hepatectomia maior e menor.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes submetidos a hepatectomia no período de outubro-1999 a julho-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com hepatectomia maior (cirurgia com ressecção de pelo menos 3 segmentos hepáticos ou ressecção envolvendo o segmento IV) e hepatectomia menor. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas 86 hepatectomias, sendo 68 hepatectomias maiores e 18 hepatectomias menores. No grupo das hepatectomias maiores, 48 (72,70%) casos eram ASA 2, o tempo médio da cirurgia foi de 205 minutos. Complicações pós-operatórias aconteceram em 9 (13,2%) pacientes, dos quais 2 (2,9%) necessitaram de reoperação. Neste grupo a ressecção anatômica aconteceu em 56 (82,40%) pacientes. No grupo das hepatectomias menores, 13 (76,5%) casos eram ASA 2, sendo o tempo médio de cirurgia de 180 minutos. Em 1 paciente (5,6%) houve complicação pós-operatória, e necessitou ser reoperado. A mediana do tempo de internação foi 3 (IQR 3-6), permanecendo 2 (IQR 0-2,25) dias em UTI. O tamanho médio da lesão foi de 4 (IQR 3-5) centímetros e número de lesões ressecadas foi de 1 (IQR 1-1,25). Neste grupo, 16 (88,9%) foram submetidos a primeira hepatectomia e a ressecção foi anatômica em 5 (27,8%) dos pacientes. Quando comparado os grupos, apenas a variável ressecção anatômica, mostrou-se significativamente maior (p=0,001), no grupo das hepatectomias maiores foi estatisticamente significante.</p> <p>CONCLUSÕES: Não houve diferença significativa entre os grupos quando avaliamos as variáveis em tempo cirúrgico, tempo de internamento e UTI, taxa de complicação pós-operatória e reoperação. Já nas hepatectomias maiores por uma questão de preservação da função hepática e de técnica cirúrgica as ressecções anatômicas se impõem neste grupo.</p>

TL 082	TL 083
<p>Ressecção hepática no idoso: resultados cirúrgicos de 86 pacientes operados.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Thátiane Litenski, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Há receios quanto à indicação de ressecção hepática para pacientes idosos. Analisamos comparativamente os resultados de pacientes maiores e menores de 60 anos submetidos a hepatectomia.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes submetidos a hepatectomia no período de outubro-1999 a julho-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com a classificação em idosos segundo o Estatuto do Idoso do Ministério da Saúde (60 anos). Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas 86 hepatectomias, sendo 53 procedimentos em não idosos e 33 em idosos. No grupo de pacientes com idade inferior a 60 anos, 35 (70%) eram ASA 2, o tempo médio da cirurgia foi de 240 minutos (IQR 120-300). Complicações pós-operatórias aconteceram em 9 (17%) casos, desses, 3 pacientes (n=5,7%) necessitaram de reoperação. A mediana do tempo de internação foi 4 (IQR 3-6), permanecendo 2 (IQR 1-3) dias em UTI. O envolvimento vascular ocorreu em 10 (18,9%) dos pacientes. Neste grupo foram submetidos a ressecção anatômica 75,50% (n=40) dos pacientes. O grupo de pacientes com idade ≥ 60 anos, apresentou 26 (78,8%) pacientes que eram ASA 2, o tempo médio de cirurgia foi 180 minutos (IQR 120-240). Em 1 paciente (3%) houve complicação pós-operatória grave, e nenhum paciente necessitou de reoperação. A mediana do tempo de internação foi 5 (IQR 3-7), permanecendo 2 (IQR 1-3) dias em UTI. O envolvimento vascular ocorreu em 13 (39,4%). Neste grupo ressecção anatômica aconteceu em 17 (63,6%) dos pacientes. Quando comparado os grupos, para o grupo < 60 anos, as complicações pós-operatórias foram significativamente menores (p=0,003), e o envolvimento vascular foi significativamente maior. (p=0,03) Apesar disso este grupo teve uma sobrevida em 5 anos de 53%, que foi significativamente maior que a do grupo de pacientes mais jovens.</p> <p>CONCLUSÕES: Ressecção hepática em pacientes idosos apresentou resultados cirúrgicos satisfatórios, não devendo ser fator limitante isolado para sua indicação.</p>	<p>AVALIAÇÃO COMPARATIVA DAS SOBREVIDAS LIVRE DE DOENÇA E GLOBAL DE PACIENTES CIRRÓTICOS E NAO CIRRÓTICOS SUBMETIDOS A RESSECCAO CIRURGICA POR HEPATOCARCINOMA</p> <p>PAULO ROBERTO REICHERT, GLÓRIA SULCZINSKI LAZZARETTI, RUBENS RODRIGUEZ, DANIEL NAVARINI, CARLOS AUGUSTO MADALOSSO, DANIELA BERTOL GRAEFF</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - PASSO FUNDO - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar as sobrevidas livre de doença e global entre pacientes cirróticos e não cirróticos submetidos a hepatectomia por hepatocarcinoma.</p> <p>MÉTODO: Coorte histórica de 84 pacientes submetidos à cirurgia e acompanhados ambulatorialmente entre 1997 e 2018. A busca de dados deu-se por meio de prontuários do consultório de um só cirurgião, junto com prontuário hospitalar e contato telefônico. As estatísticas descritivas foram demonstradas como média e desvio padrão e como frequência relativa e percentual. Para as análises foram utilizados os testes Exato de Fisher para comparação de proporções e de Kaplan-Meier para as análises de sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: Entre os 84 pacientes seguidos, 65 (77,4%) eram do sexo masculino e 19 (22,6%) feminino. A idade média foi de 62,51 (±10,66) anos. Sobre toda a amostra, 55 (65,5%) participantes do estudo eram cirróticos e 29 (34,5%) não cirróticos. Com relação à etiologia do hepatocarcinoma, quando comparados cirróticos e não cirróticos, as diferenças foram estatisticamente significativas (p=0,003), sendo que o álcool foi visto em 75%(N=12) vs. 25%(N=4), o vírus B em 55,6%(N=10) vs. 44,4%(N=8) e o vírus C em 85,7%(N=6) vs. 14,3%(N=1), respectivamente. Ainda na mesma análise, nos casos de etiologia combinada, as maiores frequências permaneceram entre os cirróticos, na qual a associação mais frequente foi entre álcool e vírus B com 70%(N=14). Quanto ao grau de fibrose nos participantes não cirróticos, as proporções foram 30,8%(N=4) de expansão fibrosa portal (F1), 53,8%(N=7) de fibrose portal com raros septos (F2) e 15,4%(N=2) de fibrose portal com numerosos septos (F3). Após a hepatectomia, houve recidiva entre 66,7% (N=28) dos pacientes cirróticos e 33,3% (N=14) dos não cirróticos. De maneira global, entre os pacientes que recidivaram, 69,7%(N=23) não tinham comprometimento de margem cirúrgica (R0) e 30,3%(N=10) tinham comprometimento microscópico (R1) (p=0,802). Nas análises de sobrevida realizadas, para a sobrevida livre de doença pós-hepatectomia, os dados foram obtidos de 79 pacientes, encontrando-se a média de 57,67 (IC95% 38,40-76,93) meses entre os cirróticos e de 88,44 (IC95% 20,06-124,82) meses para os não cirróticos (p=0,183). Já para a sobrevida global foram obtidos dados completos de 80 pacientes com tempo médio de 62,75 (IC95% 44,73-80,78) meses entre os cirróticos e de 76,55 (IC95% 43,94-109,17) meses entre os não cirróticos (p=0,904).</p> <p>CONCLUSÕES: Nas análises observou-se a ocorrência de vírus B e álcool como etiologias prevalentes e concomitantes no desenvolvimento de hepatocarcinoma em cirróticos. Observou-se também que os pacientes não cirróticos tiveram os tempos de sobrevida global média, bem como de sobrevida livre de doença pós-hepatectomia maiores que os dos cirróticos. Sobre as recidivas, a ocorrência foi de 2/3 entre os cirróticos e 1/3 entre os não cirróticos. Com base em nosso estudo, conclui-se que os pacientes cirróticos possuem pior prognóstico tanto para sobrevida livre de recidiva quanto para sobrevida global média.</p>

TL 084	TL 084-A
<p>PREVENÇÃO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR</p> <p>Isabela Daher Anbar, Barbara Maciel, Leticia Lorenzo Silva Hirota, Maria Eduarda Podboy Costa Junqueira, Michele Queiroz Balech, Raphael Raphe</p> <p><i>FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Carcinoma hepatocelular (CHC) representa mais de 90% das neoplasias malignas primárias do fígado, é a sexta doença maligna mais diagnosticada no mundo e a segunda em mortalidade relacionada ao câncer. Descrever as estratégias de prevenção do CHC.</p> <p>MÉTODO: Revisão sistemática de literatura dos últimos 15 anos (2004-2019), nas plataformas SciELO e PubMed encontrando-se artigos de revisão publicados em língua portuguesa e inglesa sobre Prevenção do CHC. Foram estabelecidos como critérios de inclusão as palavras em português e inglês "carcinoma hepatocelular", "fatores de risco" e "prevenção", e como critérios de exclusão, artigos que não abordavam especificamente sobre a prevenção de CHC.</p> <p>RESULTADOS: De um total de 253 artigos selecionados, foram excluídos 237 e 16 artigos foram lidos e avaliados no estudo. As principais causas de CHC são cirrose hepática de qualquer etiologia, infecções virais (vírus da hepatite B – VHB e vírus da hepatite C – VHC) ou metabólicas. Outros fatores são a exposição a aflatoxina, esquistossomose, sobrecarga de ferro na dieta, o uso de contraceptivos orais, tabagismo, porfiria, uso de anabolizantes, e a esteato-hepatite não alcoólica (NASH). As formas de prevenção são divididas em primárias, secundárias e terciárias. A primária consiste em evitar que o agente etiológico inicie o processo carcinogênico. Contra a infecção pelo VHB destacam-se a vacinação e incentivo de práticas sexuais seguras, e contra a infecção pelo VHC, utilizam-se "screening" em doadores de sangue, cuidados com seringas contaminadas e uso de equipamentos de proteção individual. Outras medidas são aplicação de fungicidas nas plantações de amendoim, abstinência alcoólica, o uso de metformina em diabéticos e de estatinas nos dislipidêmicos. Atualmente há uma diminuição nos casos relacionados às infecções virais e um notável aumento dos casos relacionados à NASH. A secundária envolve o uso de substâncias que bloqueiem, retardem ou revertam o processo carcinogênico em indivíduos já expostos aos fatores de risco. Usam-se antirretrovirais nos portadores de VHB e VHC, a restauração dos níveis de retinóides e o uso de clorifilina na desintoxicação do organismo por aflatoxina. A terciária combate a necroinflamação induzida pelo vírus. Visa impedir a progressão da hepatite crônica e da cirrose para CHC ou reduzir a recorrência ou nova carcinogênese em fígados que permanecem cirróticos após tratamento radical de CHC. São utilizados os antirretrovirais Tenofovir e Entecavir. Recomenda-se o rastreamento de CHC por meio de ultrassonografia com ou sem alfa-fetoproteína em população com risco de CHC.</p> <p>CONCLUSÕES: A identificação de fatores de risco, detecção e a prevenção precoce do desenvolvimento do CHC são as estratégias de maior impacto para melhorar o prognóstico dos pacientes. Em resposta aos avanços da terapia anti-viral e tratamento primário das doenças hepáticas observamos um declínio das causas virais e ascensão das alcoólicas dependente e NASH.</p>	<p>RESSEÇÕES DE METASTASES HEPÁTICAS DE CANCER COLORRETAL (MHCCR): EXPERIÊNCIA INICIAL DA UNIDADE DE CIRURGIA ONCOLÓGICA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Bruno José de Queiroz Sarmento, Rodrigo Nascimento Pinheiro, Beatriz Carneiro Habbema de Maia, José Donato de Sousa Netto, Laura Viana de Lima, Renata Pereira Fontoura, Thalita Millene Moura</p> <p><i>Liga Acadêmica de Oncologia do Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever e analisar o perfil de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico das metástases hepáticas de origem colorretal operados em um serviço de atenção especializada.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva baseada em prontuário dos pacientes portadores de metástase hepática de origem colorretal submetidos a tratamento cirúrgico entre 2013 e 2017. As variáveis estudadas foram as características do tumor primário e das metástases, dados demográficos dos pacientes, dados de adjuvância e neoadjuvância quimioterápicos, dados inerentes à ressecção hepática, complicações classificadas de acordo com Clavien-Dindo, óbitos pós-operatórios e curvas de sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: Identificamos 26 pacientes submetidos à ressecção hepática por apresentarem lesões metastáticas, com idade mediana de 60,5 anos e 65,4% do sexo masculino. O sítio primário mais frequente foi o reto 38,5%, seguido por retossigmoide 23,1% e cólon esquerdo 19,2% com complicações locais em 76,9%. Os pacientes eram T3-T4 em 84,6% dos casos, N (+) em 42,3% e M1 em 61,6% dos pacientes. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma usual, correspondendo a 84,6% dos casos. Testes de mutações genéticas foram realizados em 29% deles. As metástases sincrônicas ocorreram em 50% dos casos e bilaterais em 38,5%. As comorbidades clínicas estavam presentes em 61% dos pacientes. A taxa de complicações foi de 42,3%, de reoperação de 19,2% e mortalidade em 30 dias de 7,7%. Fatores preditores de morbimortalidade não foram identificados. A sobrevida livre de progressão foi 15 meses e a sobrevida global de 32 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil de pacientes incluídos nesta casuística é compatível com doença primária em estágios avançados, com presença de metástase linfonodal e tumores sincrônicos originados predominante do reto. Os resultados iniciais podem ser considerados adequados neste cenário, porém há necessidade de identificação de fatores que selecionem melhor a ressecção de metástases hepáticas de origem colorretal na instituição.</p>
<p>TL 085</p> <p>PREDITORES DE SOBREVIDA GLOBAL EM PACIENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADOS COM SORAFENIBE</p> <p>Caroline Petersen da Costa Ferreira, Mauricio Alves Ribeiro, Luiz Arnaldo Szutan</p> <p><i>Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Tumores malignos do fígado são a terceira maior causa de morte por câncer, sendo que o carcinoma hepatocelular (CHC) corresponde a 85-90% destes casos. A maioria dos doentes apresenta-se, ao diagnóstico, sem possibilidade de tratamento curativo, restando apenas as opções paliativas (quimioembolização e sorafenibe). Há poucos estudos nacionais acerca do sorafenibe. O objetivo primário desse estudo foi avaliar fatores preditivos de sobrevida em pacientes com carcinoma hepatocelular tratados com sorafenibe na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O objetivo secundário foi avaliação da conformidade da indicação da medicação em relação às recomendações do Barcelona Clinical Liver Cancer (BCLC).</p> <p>MÉTODO: Foram analisados retrospectivamente os dados de 88 pacientes que tiveram indicação de tratamento com sorafenibe no período de 2010 a 2017 na ISCMSP. Análises univariadas e multivariadas foram realizadas na busca de preditores de sobrevida global nos pacientes que receberam a medicação.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos 88 pacientes, sendo 62 (70,5%) homens, com média de idade de 61,2 anos. A maioria foi classificada como Child Pugh (CP) A (69,3%) e BCLC C (94,3%). A cirrose esteve presente em 84,6% e a hipertensão portal em 55,7% desses. O vírus da hepatite C foi a etiologia mais comum (40,9%) do CHC. Sorafenibe foi a modalidade terapêutica inicial em 55,7%. Sessenta e nove (78,4%) pacientes receberam a medicação, sendo o tempo médio de duração do tratamento 9,7 meses e a sobrevida global média 16,8 meses. O tempo médio entre a indicação e recebimento da medicação – tempo de espera pela droga (TED) foi de 32 dias. Verificou-se, na análise univariada, diferenças de sobrevida por ECOG PS, CP, tempo de uso da medicação, efeitos adversos - Síndrome Mão e Pé e efeitos dermatológicos, suspensão da medicação e AFP. Permaneceram significantes na análise multivariada ECOG PS (p=0,024), CP (p=0,013), tempo de uso de medicação (p<0,001), suspensão por piora clínica (p=0,031) e trombose portal (p=0,010).</p> <p>CONCLUSÕES: Ausência de trombose portal, Child Pugh A, ECOG PS 0, tempo maior de uso de medicação e ausência de suspensão por piora clínica foram fatores preditores de melhor sobrevida global e a indicação da medicação esteve em conformidade com as orientações do BCLC em 94% dos pacientes.</p>	<p>TL 086</p> <p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA DE SEPTO RETO VAGINAL, CIRURGIA COMPLEXA E SEGURA. AVALIAÇÃO DE RESOLUÇÃO ALGICA, EM AMOSTRA DE 52 PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, LUIZ AUGUSTO GERMANO BORGES, ALEX BESSA, ANDRE GUIMARAES DE PAULA, ISABELA CARVALHO VILELA PEREIRA</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda endometriose profunda do septo retovaginal é uma das formas mais graves e avançadas desta doença. São lesões de formato esférico e localizadas profundamente na escavação reto-uterina. Podem ter relação de lesões do peritônio, retossigmoide, paramétrio, vagina e ureter. Avaliar a segurança da tática cirúrgica empregada, e associação entre ressecção completa das lesões e sintomatologia. Questionadas quanto aos episódios de dismenorria, dispáurenia, dor pélvica acíclica, enterorragia.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e dezembro de 2018. Com avaliações clínicas, toque vaginal, pré cirúrgico, intra-operatório e pós cirúrgico e exames de imagem. Avaliadas quanto a regressão da sintomatologia, em escala qualitativa numérica, entre 0 (pior dor) e 10 (alívio total dos sintomas) comparados a quadro pré operatório. População com idade entre 24 e 46 anos, menarca entre 11-14 anos, 01 paciente com menarca aos 9 anos de idade. Em 42 (80%) existiam lesões em septo reto vaginal e estruturas adjacentes.</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Com lesão no septo retovaginal, dismenorria foram encontradas em 42 (100%) da amostra, dispáurenia 39 (92%), dor crônica entre os ciclos menstruais 37 (88%), disúria associada ao ciclo menstrual 38 (90%), constipação intestinal em 40 (95%), enterorragia durante a menstruação em 11 (26%). Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% das ressecções. As lesões do septo retovaginal tiveram relação com 30 (71%) lesões vaginais, 37 (88%) com infiltração de fibras do reto, 39 (92%) aderidos a parede uretral esquerda, 5 (11%) ao ureter direito, sendo necessário o reimplante de 1 ureter e uso de cateter duplo J. Complicações maiores em 4 (9,52%) pacientes, com 01 (2,3%) hematoma pélvico drenado, 2 (4,7%) fístulas colorretais e 01 (2,3%) fistula vesico vaginal. Nenhuma mortalidade. Todas complicações com resoluções cirúrgicas e tratamento clínico posterior. A resposta algica, principalmente dismenorria, dores cíclicas, dispáurenia foram pontuadas em escala numérica, sendo 8 a 10 consideradas resolução do quadro, 5 a 7 resolução parcial do quadro e abaixo de 5 sem resolução. Pontuaram como resolução do quadro algico 39 (92%) das pacientes e 3 (7,1%), com resposta de moderada a sem resposta adequada.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia avançada laparoscópica para ressecção das lesões profundas de endometriose é segura, tecnicamente padronizada, com risco baixo de complicações, morbidade e mortalidade.</p>

TL 087	TL 088
<p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, CIRURGIA COMPLEXA E SEGURA, NOSSOS PRIMEIROS 60 CASOS, ENTRE 2014 A 2017 EM GOIÂNIA, GOIAS.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, RODRIGO BARCELOS FERREIRA DE CARVALHO, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, ANDRÉ GUIMARAES DE PAULA, LUIZ AUGUSTO GERMANO BORGES, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda doença que acomete cerca de 15% das mulheres em idade fértil e 5% em pós menopausa. Principais queixas são dor abdominal de forte intensidade durante o ciclo menstrual ou durante a atividade sexual. Uma das principais causas de infertilidade feminina, devendo ser investigada sempre que houver esses sintomas ou sinais. Objetivo do trabalho demonstrar como uma cirurgia complexa pode ser segura na totalidade por via minimamente invasiva com equipe multidisciplinar associada.</p> <p>MÉTODO: No presente estudo observacional, descrevemos nossos primeiros 60 (sessenta) casos cirúrgicos. População feminina, com idade entre 23 e 54 anos de idade. Dentre essas, 38 (63%), a queixa principal associa-se a dor abdominal pélvica intensa, 4 (6%) com queixa principal de infertilidade apenas, e queixa mista 18 (30%) com infertilidade e dor pélvica associada. Dor mais intensa a esquerda é observado em 56 (93%) das pacientes, podendo estar associado a dor a direita, mas dor a direita isolada menor número 4 (7%) pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Os tempos dos procedimentos cirúrgicos, variam na amostra, nas primeiras pacientes (2014-2016) com tempo médio entre 6-8 horas, já no último ano avaliado, 2017 tempo médio entre 4,5 horas a 6 horas. Os procedimentos, em totalidade consistiram na realização de peritonictomia pélvica ampla, principalmente compartimento posterior da pelve. Foram realizados 8 cistectomias parciais, 28 lesões de ureter, mais comuns a esquerda, todos com ressecção, sendo que 12 casos fizeram uso de duplo Retosigmoidectomias, ressecção com anastomose látero-lateral gramepada (02 casos), anastomose látero-lateral manual (02 casos), anastomose término terminal com gramepeador circular (32 casos). Shaving foi realizado em 12 pacientes, e ressecção segmentar com gramepeador circular em 03 casos. Múltiplas cirurgias combinadas. Entre as complicações, 03 fístulas de retosigmoide (5%). Realizado 01 colostomia (1,6%) devido trombose isquêmica do sigmóide, em processo para reconstrução, em paciente obesa com IMC> 37. Caso único (1,66%) de íleo adinâmico com 10 dias de evolução. Também 01 caso (1,66%) de múltiplas cirurgias devido obstrução intestinal por bridas. Hematoma pélvico drenado no 8 pós operatório, 01 caso (1,66%). Apenas 01 caso com 24 horas de UTI (1,66%). Nenhuma mortalidade.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda é o método de escolha, seguro, com resolução importante dos sintomas de dor e infertilidade feminina.</p>	<p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESOES INTESTINAIS, TATICAS E TECNICAS EM DIFERENTES SITUAÇÕES. AVALIAÇÃO DE 52 PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, MONIKY BATISTA DA SILVA SOUZA, EMERSON MOURA RODRIGUES, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO, GERALDO SANTANA XAVIER NUNES NETO</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda intestinal é uma das formas avançadas desta doença. São lesões que estão relacionadas a infertilidade, alteração do hábito intestinal, enterorragia, suboclusão intestinal até emergências cirúrgicas, principalmente durante o ciclo menstrual. Avaliar a segurança das táticas cirúrgicas empregadas, ressecções completas, shavings e ressecção discóide.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Com avaliações clínicas e exames de imagem. População com idade entre 24 e 46 anos, menarca entre 11-14 anos, 01 paciente com menarca aos 9 anos de idade. Realizado colonoscopia em 100% dos casos para avaliar outras doenças intestinais concomitantes.</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Foram encontradas 46 (88%) lesões de reto e sigmóide. Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% das ressecções. A tática técnica escolhida é uma decisão conjunta entre os dados dos exames de imagem (ressonância magnética ou USG transvaginal com preparo intestinal) e os achados cirúrgicos. Todas lesões foram ressecadas após ampla liberação do septo reto vaginal, e reto, com disseções muito baixas no nosso perfil da amostra. A técnica discóide com gramepeador circular 33 mm foi empregada em 2 casos – 2,5 – 3,0 cm (4,34% das ressecções). A técnica de shaving, seja gramepeamento mecânico em lesões no sigmóide ou manual em reto foram total de 9 (19%) dos casos, com média de 3 cm de diâmetro. As ressecções foram método de escolha em 35 (76%) casos, com média de extração de 7 a 10 cm de alça retossigmoidea. As anastomoses foram 2 (látero laterais (5,7%), 29 (82%) casos término terminais com gramepeador 33 mm, 4 (11%) casos com gramepeador 29 mm. Desses últimos, 6 casos houve a necessidade de sobressutura manual com fio absorvível. Todas anastomoses foram checadas com uso de teste de borracheiro e teste com azul de metileno. As maioria das anastomoses foram baixas com aproximadamente 5 cm da borda anal – 30 (85%). Nenhuma ostomia necessária. Complicações maiores em 4 (9,52%) pacientes, com 01 (2,3%) hematoma pélvico drenado, 2 (4,7%) fístulas colorretais e 01 (2,3%) fistula vesico vaginal. Nenhuma mortalidade. Todas complicações com resoluções cirúrgicas e tratamento clínico posterior. O uso de dissecação discóide e shaving ocorreu ganho de 24 horas de internação em média, com alta no 3 dia hospitalar.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia avançada laparoscópica para ressecção das lesões profundas intestinais de endometriose é segura, com risco baixo de complicações, sendo passível desenvolver técnicas</p>
<p>TL 089</p> <p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESOES CONCOMITANTES SIGMOIDE, CECO E APENDICE, A INFILTRAÇÃO RETAL. AVALIAÇÃO DE 52 PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, PHELIPPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL, ELIVANE ALVES DA CUNHA, ALEX BESSA, ENY KARLA NASCIMENTO SANTOS, DOUGLAS SANTOS SOARES, CAMILA BOCCHI SIQUEIRA</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda intestinal é uma das formas avançadas desta doença. São lesões que estão relacionadas a infertilidade, alteração do hábito intestinal, enterorragia, suboclusão intestinal até emergências cirúrgicas, principalmente durante o ciclo menstrual. Avaliar a segurança da tática cirúrgica empregada, e associação entre ressecção completa das lesões intestinais concomitantes.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Com avaliações clínicas e exames de imagem. População com idade entre 24 e 46 anos, menarca entre 11-14 anos, 01 paciente com menarca aos 9 anos de idade. Realizado colonoscopia em 100% dos casos para avaliar outras doenças intestinais concomitantes.</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Foram encontradas 43 (82%) lesões de reto, sendo que 6 (11%) com lesão associada independente no sigmóide, 3 (5,7%) casos de lesão de colón direito e 4 lesões infiltrativas de apêndice cecal (7,69%). Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% das ressecções. Entre as lesões de apêndice cecal, duas foram ressecadas com gramepeador endoscópico de 45 mm e duas ressecadas manualmente com confecção de bolsa de tabaqueiro com fio absorvível gastrointestinal (Vicryl 3,0 R), com acréscimo médio de 20 minutos no tempo cirúrgico total, nas ressecções manuais e menos de 5 minutos nas ressecções mecânicas. As lesões colón direito foram tratadas com colectomia parcial direita laparoscópica, com acréscimo de 5 cargas de 45 mm endoscópicas. Tempo cirúrgico médio elevado em 1 hora e 20 minutos. Todas anastomoses (100%) intracavitárias. O tempo médio de internação subiu de 4 para 10 dias em 3 casos e 30 dias em 01 caso. Essas quatro necessitaram do uso de dieta parenteral associada devido ao íleo adinâmico de tempo prolongado. Duas mulheres necessitaram de uso de sonda nasogástrica entre o 3 e o 7 dias. Nenhuma mortalidade ou complicação além do íleo adinâmico. As lesões concomitantes de sigmóide em 6 (11%) casos foram tratadas de formas diferentes. Duas (33%) lesões foram ressecadas com shaving mecânico com uso de duas cargas de 45 mm, 01 (16%) com ressecção manual e enterorragia primária com fio absorvível (Vicryl 3,0). Outras 3 (50%) foram ressecadas conjuntamente com a lesão retal, incrementando em média mais de 15 cm de liberação do sigmóide, incluindo liberação do ângulo esplênico. 01 das lesões estava associada a lesão conjunta de ceco e foram ressecadas totalmente independentes.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia avançada laparoscópica para ressecção das lesões profundas intestinais de endometriose é segura, com risco baixo de complicações, mas aumenta a morbidade com íleo adinâmico prolongado e necessidade de suporte de dieta parenteral.</p>	<p>TL 090</p> <p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESOES INTESTINAIS OBSTRUTIVAS. AVALIAÇÃO DE PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, PHELIPPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL, ELIVANE ALVES DA CUNHA, GERALDO SANTANA XAVIER NUNES NETO, DIEGO HENRIQUE BARROS DA SILVA, TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda intestinal é uma das formas avançadas desta doença. São lesões que estão relacionadas a infertilidade, alteração do hábito intestinal, enterorragia, suboclusão intestinal até emergências cirúrgicas, principalmente durante o ciclo menstrual. Avaliar a segurança da tática cirúrgica empregada, e associação entre ressecção completa das lesões intestinais concomitantes e retorno ao hábito intestinal normal.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Com avaliações clínicas e exames de imagem. População com idade entre 24 e 46 anos. Realizado colonoscopia em 100% dos casos para avaliar outras doenças concomitantes. Em 12 casos (27%) de reto e sigmóide, as pacientes realizavam extração com fleet enema ou manual de fezes, com constipação crônica associada, e piora acentuada do quadro nos ciclos menstruais. Em 4 (9,3%) a colonoscopia foi incompleta pela não progressão do aparelho e com dificuldade de progressão em 5 (11%) dos casos com lesão intestinal.</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Foram encontradas 43 (82%) lesões intestinais. Em 12 casos (27%) de reto e sigmóide, as pacientes realizavam extração com fleet enema ou manual de fezes, com constipação crônica associada, e piora acentuada do quadro nos ciclos menstruais. Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% das ressecções. As cirurgias desses 12 casos, em média tiveram tempo cirúrgico elevado em mais de 2 horas (4,5 horas para 6,5 horas). A dificuldade técnica de liberar as porções distorcidas e as aderência pélvicas foram maiores labores cirúrgicos. Dessas metade já haviam sido operadas por mais de um médico. As ressecções intestinais saltaram de uma média de 7 cm para 10-15 cm. Sendo 01 caso com liberação até colón transversso, 01 caso com lesões simultâneas de delgado e ceco. Complicações maiores 01 caso apresentou hematoma pélvico volumoso drenado laparoscopicamente no 9 dia com reinternação; 02 fístulas colón retais com resolução cirúrgica, ambas no 7 dia de pós operatório. As reinternações aumentaram em média de 10 dias, 02 casos de fístulas colón retais para 15 dias e outro de 30 dias, estas 03 últimas fizeram uso de dieta parenteral e antibioticoterapia. Todas 12 pacientes apresentaram melhora importante do hábito intestinal, ausência de dor ao evacuar, distensão abdominal, tenesmo ou necessidade de extração de fezes.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia laparoscópica para ressecção das lesões profundas intestinais de endometriose é segura, com risco baixo de complicações, sendo a única forma de solução no tratamento de endometriose com a perda da arquitetura habitual intestinal e de sua função.</p>

TL 091	TL 092
<p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESÕES DIAFRAGMÁTICAS ASSOCIADAS E CASO DE INFILTRAÇÃO PERICARDICA. AVALIAÇÃO DE 52 PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, MONIKY BATISTA DA SILVA SOUZA, ISABELA CARVALHO VILELA PEREIRA, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO E CUNHA, ITALLO DE ALMEIDA PINHEIRO</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda diafragmática é uma das formas avançadas desta doença, rara com relatos de casos e resolução difícil. São lesões que estão relacionadas a dor irradiante para membros superiores, dorso e epigástrica durante o ciclo menstrual. Comumente achado cirúrgico. Avaliar a segurança das táticas cirúrgicas empregadas, ressecção extensas e conservadoras do diafragma.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Com avaliações clínicas e exames de imagem. População com idade entre 24 e 46 anos, menarca entre 11-14 anos, 01 paciente com menarca aos 9 anos de idade. Nenhum achado de lesão diafragmática pré operatório, em todos casos o diagnóstico foi suspeitado por história clínica e visualizado via laparoscópica. A resolução da dor foi avaliada por escala qualitativa de 0 (pior dor) a 10 (ausência total de dor).</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% das ressecções. Encontramos 4 (7,6%) casos de lesões diafragmáticas, sendo que 3 casos (75%) foram lesões em diafragma direito. A lesão mais complexa encontrava-se no tendão diafragmático e infiltrava o pericárdio, sendo ressecada via laparoscópica, com manutenção da janela pericárdica aberta para evitar derrame pericárdico. A intercorrência anestésica foi programada pré abertura do pericárdio com infusão de atropina venosa, pois a abertura permitiu infusão de pneumoperitônio no mediastino, levando a uma bradicardia sinusal. A resolução de uma dor epigástrica até então sem diagnóstico e com múltiplos exames de imagem e endoscopias prévias As ressecções das lesões diafragmáticas a direita, foram selecionadas de acordo com aspecto de infiltração, tamanho das lesões e história de dor em andar superior do abdome ou membros superiores. Em uma única paciente, foram ressecadas 10 lesões ipsilaterais. Em todos casos foi posicionado dreno tubular n 18, com aspiração a vácuo contínuo, síntese de diafragma com fio 3,0, e retirado tubo via abdominal após síntese cavidade ao término das cirurgias, e expansão pulmonar plena, com estabilidade respiratória para proceder a extubação da paciente. Raio X de controle posterior sem necessidade de nenhuma reintervenção. Resultados para dor prévia foram 100 % resolutivos nas 4 mulheres.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia avançada laparoscópica para ressecção das lesões profundas de endometriose é segura e eficaz na resolução de lesões raras de endometriose, em equipes treinadas e preparadas.</p>	<p>ENDOMETRIOSE PROFUNDA, LESÕES CONCOMITANTES LIGAMENTOS UTERO SACROS, LOMBALGIA E DISPAURENIA PROFUNDA. AVALIAÇÃO DE 52 PACIENTES OPERADAS EM GOIÂNIA, GO.</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, ARY WANDERLEY DE CARVALHO JUNIOR, RODRIGO BARCELOS FERREIRA DE CARVALHO, FABIO MAHAMED RASSI, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, ITALLO DE ALMEIDA PINHEIRO, DIEGO HENRIQUE BARROS DA SILVA</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A endometriose profunda em ligamentos útero sacros é uma das formas avançadas desta doença. São lesões que estão relacionadas a dor em região lombar, dispaurenia profunda e outras lesões concomitantes, principalmente retração ureteral, principalmente durante o ciclo menstrual. Avaliar a segurança da tática cirúrgica empregada, e associação entre ressecção completa das lesões dos ligamentos útero sacros e resolução da lombalgia e dispaurenia profunda.</p> <p>MÉTODO: Foram realizadas análises de 52 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico avançado para tratamento de múltiplas lesões entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Com avaliações clínicas e exames de imagem. População com idade entre 24 e 46 anos, menarca entre 11-14 anos, 01 paciente com menarca aos 9 anos de idade. O diagnóstico realizado pela história clínica, USG com preparo intestinal e ressonância magnética. A resolução da dor foi indicada por questionário pré e pós operatório, em escala numérica de 0 (pior dor possível) a 10 (ausência plena de dor), sendo notas de 8-10 como resolução satisfatória do quadro, 6-7 resolução intermediária e dor leve mantida com necessidade de analgesia, de 0 a 5 sem resolução da dor.</p> <p>RESULTADOS: Tempo entre início dos sintomas e do diagnóstico variou entre 1 e 20 anos, média de 15 anos, 65% com mais de 10 anos. Foram encontradas 49 (94%) lesões de ligamentos útero sacros, mais espessos em todos exames histopatológicos a esquerda (100%), sendo apenas 01 caso (1,9%) com lesão isolada a esquerda. Todas lesões ressecadas foram submetidas a estudo histopatológico com confirmação de endometriose em 100% dos ligamentos. Pelo menos 15 (28%) mulheres já haviam passado por avaliação ortopédica prévia, com 04 (7,6%) diagnósticos de endometriose pela ressonância de coluna lombar. A relação entre a lombalgia e dispaurenia profunda 47 (95%) das 49 mulheres, foi extremamente relacionada na investigação clínica, seguida de resolução da lombalgia e dispaurenia durante o ciclo menstrual ou atividade sexual com penetração peniana. Sendo que 43 (82%) de resolução do quadro algíco sem necessidade de analgésicos a totalmente livre de dor. Com necessidade de uso de analgesia intermitente, mas com melhora parcial da dor 4 (7,6%) das mulheres e sem resolução, principalmente da lombalgia 2 (3,84%) pacientes. Complicações maiores 01 caso apresentou hematoma pélvico volumoso drenado laparoscopicamente no 9 dia com reinternação; 02 fístulas colón retais com resolução cirúrgica, ambas no 7 dia de pós operatório. As reinternações aumentaram em média de 10 dias, 02 casos de fístulas colón retais para 15 dias e outro de 30 dias, estas 03 últimas fizeram uso de dieta parenteral e antibioticoterapia.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia avançada laparoscópica para ressecção das lesões profundas de ligamentos útero sacros é segura, necessária e tem correlação direta entre resolução do quadro algíco de lombalgia e dispaurenia durante o ciclo menstrual em mulheres com endometriose profunda.</p>

TL 093	TL 094
<p>MASTECTOMIAS E MAMOGRAFIAS – IMPACTOS NA MORTALIDADE E SAUDE PUBLICA NO BRASIL, NO NORDESTE E NO ESTADO DA BAHIA</p> <p>Joao Henrique Fonseca do Nascimento, Rebeca Ferreira Souza, Adriano Tito Souza Vieira, Willian Miguel, Pedro Igor de Moura Souza, Danilo Dias de França Silva, Andre Gusmao Cunha, Andre Bouzas de Andrade</p> <p><i>COLEGIO BRASILEIRO DE CIRURGIOES - CAPITULO BAHIA (CBC-BA) - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A mastectomia é importante aliado do cirurgião no tratamento do câncer (CA) de mama, o qual, por sua vez, ainda se mantém com um dos maiores índices de mortalidade dentro da saúde da mulher. Cada vez mais, políticas públicas em prevenção e rastreamento têm sido ampliadas, a exemplo da popularização da mamografia, a qual é o método de escolha para triagem e controle da morbimortalidade. A literatura demonstra que rotinas de mamografia podem chegar a reduzir a mortalidade por câncer de mama em até 30%, contudo debates tem sido levantado a respeito da validade do rastreamento da neoplasia mamária. Assim, o presente trabalho se propõe a executar inquérito epidemiológico crítico voltado às mamografias e seus impactos em mortalidade e nas mastectomias em oncologia realizadas, dentro da saúde pública brasileira</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico executado por meio de inquérito no DATASUS (SIH, SIA, SISMADE e SIM), no qual as informações consultadas se referiam aos dados do estado da Bahia, Nordeste e Brasil, de 2008 a 2018. A estatística foi analisada por meio do software OpenEpi 3.01 (MIT/USA), cujo p<0,01 foi considerado significativo</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, as mastectomias de caráter oncológico, associadas com linfadenectomia axilar, computaram 81.864 procedimentos realizados no Brasil. Apesar de 24,2% deste percentual corresponder ao Nordeste, evidenciou-se diminuição na frequência deste procedimento, tanto na região, com média de queda de 1,81% (±0,085) ao ano, como no estado da Bahia, média de queda de 5,72% (±0,217) ao ano. Ademais, as mamografias de rastreamento tiveram aumentos consideráveis. O crescimento anual do procedimento foi observado tanto no Brasil (23,1%±0,56), quanto no Nordeste (25,5%±0,55) e na Bahia (22,8%±0,52), computando 36.820.939 procedimentos realizados neste período. Todavia, esse crescimento da execução do exame não interferiu de forma positiva na mortalidade por neoplasia mamária. Neste mesmo período, a taxa de mortalidade aumentou nos três eixos analisados, crescendo, anualmente, no Brasil (3,9%±0,014), no Nordeste (5,39%±0,03) e na Bahia (5,42%±0,05), sendo que não foi observado reduções nos índices de mortalidade no país (p=0,38), no Nordeste (p=0,27) ou no estado da Bahia (p=0,36)</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo demonstra que as políticas públicas de estímulo a mamografia tem aumentado a execução da mesma, dentro da saúde pública. Contudo, ainda não foi possível observar, dentro da nossa casuística, um impacto positivo entre a oferta deste exame e uma redução considerável da mortalidade, pelo contrário, a mortalidade anual por CA de mama aumenta significativamente. Outrossim, a heterogeneidade dos códigos do SUS associados às mastectomias de caráter oncológico pode ter interferido nas nossas análises, sendo, isto, um dificultador do estudo. Discutir esses achados é de importância ímpar à saúde, uma vez que permitirá a fundamentação de políticas públicas eficazes a este respeito, visto que esta seja a causa de mortalidade de uma das mais severas neoplasias</p>	<p>EPIDEMIOLOGIA DO ATENDIMENTO A VITIMA DE LESAO POR ARMA DE FOGO EM UM HOSPITAL PUBLICO DO RJ</p> <p>Gabriel Araújo Ferrari Figueiredo, Rita Anieli de Paula Rocha, Priscila Garcia de Andrade, Mariana Vieira Garcia Carvalho, Fausto Luiz Orsi, Erick César Mercês, Javert do Carmo Azevedo Filho</p> <p><i>Hospital Geral de Nova Iguaçu - NOVA IGUAÇU - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Diversos estudos apontam para crescimento da violência no Brasil, em particular das mortes por homicídios, desde final da década de 1970. As crescentes taxas de violência no Brasil colocam a população exposta a constantes riscos, tornando-se um problema prioritário de saúde pública. O uso de armas de fogo têm sido considerado como uma das causas externas mais importante que contribui para os altos níveis de violência, sendo a Perfuracão por Arma de Fogo (PAF) apontada como responsável pelo aumento nas mortes por homicídios no Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico sobre o atendimento realizado a pacientes com lesões provocadas por PAF em serviço de emergência da baixada fluminense durante o segundo semestre do ano de 2017.</p> <p>MÉTODO: A coleta dos dados foi realizada a partir do Sistema integrado de gestão a saúde, de acordo com CID-10X93 e 10X94 que relaciona a agressão por arma de fogo de mão e o CID10X95 à agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados 324 atendimentos, sendo 294 do sexo masculino e 30 do sexo feminino. Observou-se 2 vítimas na faixa etária de 1 a 14 anos, 194 de 15 a 29 anos, 95 entre 30 a 49 anos e 29 eram maiores de 50 anos. Em 4 atendimentos, a idade não foi informada. Quanto ao número de perfurações, 192 vítimas tiveram 1 perfuração, 85 de 2 a 4 perfurações, 41 mais que 4 e em 6 casos o número de perfurações não foi informado. Os locais mais acometidos foram membros com 156 perfurações, seguido de tórax com 54, abdome com 39, dorso com 28, crânio, glúteo e toracoabdominal com 18 perfurações cada. Outros locais registram 23 casos. Em 5 atendimentos, os locais das perfurações não foram informados. De 324 vítimas, 166 usaram meios próprios para entrar no serviço, seguido de 82 que usaram a polícia, 47 usaram o corpo de bombeiros e 29 usaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Novembro foi o mês que mais se destacou, com 58 entradas, seguido de dezembro com 57, agosto com 56, outubro com 54, setembro com 52 e julho com 47 vítimas. Infer-se no aumento dos casos por PAF durante o final de semana, os quais somaram 182 entradas. Durante a semana (segunda a quinta-feira) os registros mostram 141 vítimas. No período noturno (18:00 às 23:59) apresentaram 148 vítimas, seguido da madrugada (0:00 às 05:59) com 80 vítimas, vespertino (12:00 às 17:59) com 61 vítimas e o matutino (6:00 às 11:59) com 35 vítimas. Evolução dos pacientes: 147 tiveram alta depois de passarem no primeiro atendimento, 107 foram internados e encaminhados para a especialidade necessária, 66 foram a óbito, 16 tiveram altas a revelia e 4 foram transferidos.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo apresentou informações para caracterização dos meios que a vítima usou para chegar ao atendimento, o número de perfurações, os principais locais atingidos e a evolução do quadro dos pacientes. Constatou-se que homens jovens são as principais vítimas de agressão por arma de fogo e acontece com maior prevalência no período noturno e finais de semanas.</p>

TL 095	TL 096
<p>NUMERO DE LAPAROTOMIAS NAO TERAPEUTICAS POR TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE EM UM HOSPITAL DE TRAUMA DE BRASILIA</p> <p>Renata Gabriela De Moraes Vargas, Iuri Fernando Coutinho e Silva, Eduardo Lenza Silva, Tristão Maurício De Aquino Filho, Dalton Domingues Cordeiro</p> <p><i>IHB-DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os pacientes vítimas de trauma abdominal penetrante encaminhados ao centro cirúrgico e que tiveram laparotomias não terapêuticas (LNT) durante o período de um ano.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem de pacientes vítimas de trauma abdominal penetrante em um centro referência em trauma de Brasília. Foram coletados dados de pacientes vítimas de trauma abdominal penetrante (tanto por arma de fogo quanto por arma branca) e que foram submetidos à laparotomia ou laparoscopia exploradora no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018. A pesquisa foi feita primeiramente da coleta de dados presente em bancos de dados do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal e posteriormente analisou-se o prontuário destes pacientes. Excluiu-se os pacientes que não tiveram violação da cavidade abdominal bem como aqueles que apresentaram lesões penetrantes em outras regiões como tórax e glúteos mesmo tendo o trajeto da arma branca ou de fogo atingido os órgãos da cavidade abdominal.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 35 prontuários referentes à pacientes com traumas abdominais perfurantes submetidos à laparotomia ou laparoscopia exploradora. Desses, 5 (14,2%) eram do sexo feminino e 30 (85,8%) do sexo masculino. Sendo as idades de 17 a 61 anos. Ao todo o estudo obteve-se 22 (62,8%) casos de perfuração por arma branca (PAB) e 13 (37,2%) casos de perfuração por arma de fogo (PAF). Destes, 9 (25,7%) resultaram em cirurgias não terapêutica, sendo 7 LE por PAB e 1 LE por PAF e 1 caso de laparoscopia não terapêutica causada a PAB em transição toracoabdominal. Obteve-se 26 (74,3%) pacientes que foram submetidos à cirurgia terapêutica. Desses 25 foram por LE e 1 caso que foi submetido a laparoscopia terapêutica. Em relação à topografia das lesões tiveram 23 (65,7%) pacientes que apresentaram lesões em abdome anterior, 6 em flanco e 6 em dorso. Dos que apresentaram lesões em abdome anterior 18 (78,2%) tiveram laparotomia terapêutica e 5 (21,8%) foram LNT. Dos pacientes com traumas penetrantes em abdome que foram submetidos a laparotomia exploradora 11 (31,5%) fizeram TC de abdome. No total 24 (68,5%) pacientes, no entanto, foram encaminhados direto ao centro cirúrgico sem realização exames de imagem. Dos 35 pacientes, 2 foram a óbito durante a cirurgia. Já os outros 33 foram à enfermaria para continuação do tratamento. Dos 33 pacientes submetidos à LE terapêutica os órgãos mais acometidos foram o delgado e diafragma em relação ao PAB e ao PAF foram o fígado e delgado.</p> <p>CONCLUSÕES: O número de LE não terapêutica foi inferior aos pacientes submetidos à laparotomia terapêutica mesmo apresentando pouca utilização da laparoscopia diagnóstica. Teve um bom desfecho no serviço, já que apenas 2 pacientes vítimas de trauma abdominal penetrante e que foram para o centro cirúrgico evoluiu para óbito.</p>	<p>CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO MANEJO DO TRAUMA ABDOMINAL: EXPERIÊNCIA DE DUAS DÉCADAS DO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE</p> <p>Carlos Eduardo Bastian da Cunha, Mariana Kumaira Fonseca, Miguel Prestes Nácun</p> <p><i>Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A evolução das técnicas minimamente invasivas vem possibilitando sua progressiva aplicação como ferramenta diagnóstica e terapêutica no cenário do trauma. O presente trabalho descreve a experiência de um centro de trauma brasileiro com procedimentos laparoscópicos no manejo do trauma abdominal contuso e penetrante.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva e revisão de prontuários de todos os pacientes submetidos a videolaparoscopia para manejo de trauma abdominal no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, durante o período de outubro de 1997 a janeiro de 2019. Foram avaliados dados demográficos, mecanismo do trauma, indicações cirúrgicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, achados transoperatorios, taxa de conversão para cirurgia aberta, complicações pós-operatórias e mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: Durante um período de 21 anos, 225 pacientes vítimas de trauma abdominal foram submetidos a laparoscopia, sendo 197 (87,6%) por mecanismo penetrante, primariamente ferimentos por arma branca (77%, n=153), e 28 (12,4%) por trauma contuso. A média de idade foi de 30,2 ± 12,9 anos (variação 7-81) com predomínio do sexo masculino (84%; n=189). Laparoscopias negativas e não-terapêuticas foram registradas em 71 (31,5%) e 34 (15%) dos casos, respectivamente. Após um achado positivo na avaliação laparoscópica inicial, 55 (24,4%) pacientes foram submetidos ao reparo minimamente invasivo exclusivo e outros 65 casos (28,8%) requereram conversão para cirurgia aberta. A taxa de conversão para laparotomia foi de 26,9%, permitindo evitar um total de 163 cirurgias abertas. A taxa de complicações foi significativamente maior entre os pacientes submetidos à conversão para laparotomia. A morbidade geral foi de 8,4%, com apenas 1,7% das complicações sendo classificadas como severas, incluindo dois óbitos.</p> <p>CONCLUSÕES: A adoção de técnicas minimamente invasivas em pacientes vítimas de trauma sofreu transformações e avanços ao longo do período estudado, acompanhando mudanças na prática clínico-cirúrgica. Os resultados aqui apresentados descrevem taxas de sucesso, conversão, intervenções terapêuticas e complicações equiparáveis ou preferíveis a séries de outros centros de trauma no mundo. A laparoscopia é uma alternativa segura e factível para diagnóstico e tratamento de lesões traumáticas abdominais, oferecendo potenciais vantagens sobre a cirurgia aberta desde que respeitadas as indicações adequadas e devido rigor técnico.</p>
<p>TL 097</p> <p>AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS VÍTIMAS FATAIS POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO ESTADO DE SERGIPE NO ANO DE 2017</p> <p>Yasmin Secundo Melo, Marcus Felipe Gonçalves Feitosa, Lorena Mota de Jesus, Sílvia Roberto Silveira Assunção Júnior, Yan Thieris Santos Mesquita, Mariana Mendonça Franco Monteiro, Renata Lima Batalha de Andrade, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil demográfico e a análise espacial das vítimas fatais por acidentes de trânsito no estado de Sergipe, no período de 1 ano.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico, transversal, com coleta retrospectiva de dados do período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. Os dados foram obtidos a partir dos registros de óbito, das análises dos laudos cadavéricos e dos boletins de ocorrência encaminhados pelas delegacias do estado ao Instituto Médico Legal de Sergipe. Para a análise espacial o estado foi dividido em 3 mesorregiões de acordo com a divisão do IBGE.</p> <p>RESULTADOS: Neste período ocorreram 2298 óbitos por causas externas, dos quais 392 (17%) por acidentes de trânsito. Em média 33 pessoas perderam suas vidas mensalmente em Sergipe vítimas da violência no trânsito. O grupo dito vulnerável (pedestres, ciclistas e motociclistas) sofreu a maioria dos acidentes fatais (315; 80,3%), com destaque para os condutores de motocicletas e ciclomotores com 238 óbitos (60,7%). Atropelamentos (66; 16,8%) e mortes entre ocupantes de automóveis (60; 15,3%) foram próximos e os acidentes com ciclistas (14) representaram 3,5% dos óbitos totais. O dia da semana com maior prevalência dos eventos foi o domingo (29%) e o período do dia com mais ocorrências foi o noturno (42%). Os óbitos em via pública (216) corresponderam a 55% dos casos e aqueles em unidades de saúde (168) à 43%. A maior parte dos eventos ocorreu dentro da mesorregião em que as vítimas residiam (86,3%) e o Leste Sergipano apresentou a maior prevalência em números absolutos (56%). A principal causa mortis foi o traumatismo crânioencefálico (47,9%). O gênero masculino (90%), a cor parda (86%), a faixa etária entre 20 e 29 anos (27%), os solteiros (68%), os que possuíam o ensino Fundamental I (34%) e a ocupação de lavrador (29%) predominaram entre os óbitos.</p> <p>CONCLUSÕES: O estado de Sergipe apresenta proporção semelhante à média nacional do número de mortes por acidentes fatais de trânsito, embora a prevalência entre motociclistas seja superior. Indivíduos do gênero masculino, jovens, pardos, solteiros e com baixo grau de instrução foram os mais vitimados.</p>	<p>TL 098</p> <p>PERFIL DAS ESPLENECTOMIAS DO CENTRO DE TRAUMA DO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL DE 2016 A 2019</p> <p>Renato Diniz Lins, Rodrigo Belem Caselli, Tristão Maurício De Aquino Filho, Iuri Fernando Coutinho e Silva, Renata Gabriela De Moraes Vargas</p> <p><i>IHB-DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analise dos pacientes vítimas de trauma abdominal com lesão esplênica e necessidade de esplenectomia em um centro de trauma da capital federal.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem de pacientes que realizaram esplenectomia em um centro de trauma de Brasília - DF. Como critério de inclusão tem-se: vítimas de trauma submetidas à esplenectomia. Analisou-se: traumas fechados e abertos, o mecanismo de trauma, grau da lesão, necessidade de terapia intensiva, choque na admissão hospitalar e lesões em demais órgãos, sexo e idade. A etiologia do trauma foi dividida em quatro grupos: Veículo auto-motor (VAM), atropelamento, queda de nível, agressão, penetrante e acidente de trabalho. Excluíram-se as esplenectomias que foram realizadas por etiologia diferente de trauma.</p> <p>RESULTADOS: A incidência em homens foi maior 92% e mulheres 8%. A faixa etária mais prevalente foi de 16 a 25 anos, 42%, de 26 a 35 anos, 25%, de 36 a 45 anos, 13% e adultos de mais de 55 anos 8%. As faixas etárias menores de 15 anos e o intervalo de 46 a 55 anos obtiveram incidência, ambos, de 6%. O trauma fechado obteve 83% de incidência e os traumas abertos 17%. Dentre os mecanismos, veículo auto-motor (VAM) foi mais incidente 54%, penetrantes 17%, atropelamento 13%, queda de nível 10%, acidentes de trabalho 4% e agressão 2%. Dos 48 pacientes, a lesão de Grau III foi mais incidente 40%, Grau IV 23%, Grau II 19%, Grau V 14% e Grau I 4%. Dentre os traumas por VAM, as lesões de Grau III representaram 46% dos casos, Grau IV 27%, Grau V 23 %, Grau II 4 %. Entre as vítimas de atropelamento, as lesões de Grau II obtiveram 67% de incidência e as de Grau II 33%. As vítimas de queda com lesão de Grau IV foram 60%, Grau II 20% e Grau III, ambas, 20%. Neste estudo, houve 1 casuística de agressão, sendo esta lesão de Grau II. Já nas vítimas de traumas penetrantes, o Grau III obteve 37% de incidência, Grau II 25%, Grau IV e Grau V, ambos, 13% e, Grau I 12%. E dentre os 2 prontuários resultantes de acidente de trabalho, 1 obteve lesão de Grau I e 1 lesão de Grau III. Metade dos pacientes necessitaram de terapia intensiva, sendo que 4% (2) deles evoluíram à óbito no intraoperatório. Em relação ao tempo de internação, 52% permaneceram internados por menos de 30 dias, 29% entre 30 e 60 dias, 15% mais que 60 dias, sendo que 4% foram ao óbito. Sobre as lesões associadas, 83% tiveram demais lesões. Entre os órgãos acometidos, 25% foram no fígado. Arcos costais e demais ossos representaram, ambos, 21%, pulmões 16%, rins 12% e intestino com 5%. 6 pacientes evoluíram com choque hemorrágico antes do procedimento ser realizado, sendo 2 evoluindo à óbito, 2 à terapia intensiva e 2 permaneceram sem complicações.</p> <p>CONCLUSÕES: A prevalência de traumas esplênicos foi maior em jovens homens bem como o VAM foi o mecanismo de trauma mais incidente. Conhecer as etiologias e, sobretudo, as complicações são essenciais para a indicação cirúrgica e o tratamento correto dessas lesões.</p>

TL 099	TL 100
<p>MUDANÇA NO CONHECIMENTO DOS RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL APOS CURSO "FOCADO" DE 2 HORAS DE E-FAST NA SALA DE TRAUMA</p> <p>GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI, JOYCE FRANCISCO, JOSE GUSTAVO PARREIRA, JOSE CRUVINEL NETO, JOSE CÉSAR ASSEF</p> <p>SANTA CASA SÃO PAULO - SAO PAULO - Sao Paulo – Brasil</p> <p>OBJETIVO: Nossa hipótese é que é possível transmitir informações essenciais que permitam ao residente de cirurgia realizar o eFAST em vítimas de trauma através de um curso de duas horas de eFAST "point of care".</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo individualizado, intervencionista e longitudinal prospectivo realizado em setembro de 2017 no Serviço de Emergência da ISCMSP, com a aprovação do comitê de ética em pesquisa. Foram oferecidas inscrições gratuitas para o curso de eFAST "point of care" para 20 residentes (R1 e R2) de cirurgia geral da instituição que concordaram em participar do estudo assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). O curso de duas horas foi montado com 60 minutos de atividades teóricas e 60 minutos de atividades práticas, QUE foram realizadas em voluntários saudáveis que assinaram o TCLE. O conteúdo inclui informações que capacitem o aluno a realização prática do procedimento, baseado nas indicações de uso clínico, além de uma miniapostila. O instrutor do curso prático é um cirurgião geral com experiência em atendimento ao traumatizado, certificado pela Sociedade Panamericana de Trauma como instrutor do curso USET(ultra-som em emergência e trauma) e a parte teórica coube à residente responsável pelo projeto que realizou curso prévio de USG na sala de trauma e se responsabilizou em montar a apresentação do curso. A avaliação foi estruturada em provas de habilidades clínicas e práticas em medicina (OSCE) aplicadas nos residentes de cirurgia geral antes e após o curso proposto. Os inscritos realizaram dois pré-testes antes do início curso e três pós-teste após o mesmo, sendo o teórico composto por 10 questões de múltiplas escolha, o de imagem por 10 vídeos e o prático compreendendo 10 pontos a serem avaliados na realização do eFAST. A análise estatística foi realizada pelo estatístico da FCMSCSP.</p> <p>RESULTADOS: Vinte residentes aceitaram participar do projeto, destes, um não realizou o teste pré curso eFAST "point of care" teórico por chegar após a realização do mesmo. Todos os demais testes foram realizados pelos 20 residentes. As notas foram dadas de 0 a 10 de acordo com o acerto das questões, sendo para cada questão atribuído 1 ponto, tanto nas teóricas, quanto no vídeo e na prática. Foram realizadas médias, mediana, desvio padrão da média e diferença entre as notas. Com isso, foi possível visualizar a diferença das notas antes e após o curso eFAST "point of care" podendo mostrar que houve mudança através dos Boxplot; e, através do teste de Wilcoxon, verificou-se que essa mudança foi positiva e significante para um p<0,05.</p> <p>CONCLUSÕES: O curso eFAST "point of care" de 2 horas para a avaliação inicial ao traumatizado desenvolvido pelo estudo teve impacto positivo nas avaliações teórica, de imagem e prática nos residentes de cirurgia geral.</p>	<p>INFECÇÃO POR BACTERIAS MULTIRESISTENTES EM PACIENTES QUEIMADOS NO BRASIL – UM ESTUDO ASSOCIATIVO</p> <p>Joao Henrique Fonseca do Nascimento, Rebeca Ferreira de Souza, Selton Cavalcante Tomaz, Marcos Baruch Portela Filho, Adriano Tito Souza Vieira, Alan Rodrigues de Azevedo, André Bouzas de Andrade, André Gusmão Cunha</p> <p>Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Capítulo Bahia (CBC/Ba) - SALVADOR - Bahia – Brasil</p> <p>OBJETIVO: A sepse é conhecida como uma disfunção orgânica de importante ameaça à vida, especialmente pela desregulação da resposta antimicrobiana do hospedeiro. Isso ainda se agrava, quando se associa a inevitável imunossupressão e a perda da barreira cutânea que tornam os grandes queimados, atendidos nos centros de emergência especializados, extremamente suscetíveis às infecções por bactérias multiresistentes. A multiresistência, por sua vez, gera impacto significativo, tanto clínico quanto epidemiológico, o que faz desse paciente um desafio ao cirurgião que o atende. Identificar as nuances que influenciam o prognóstico deste paciente é fundamental para se elaborar estratégias eficazes de manejo clínico-cirúrgico. Assim, o presente trabalho propõe avaliar possíveis fatores de risco associados a colonização de bactérias multiresistentes em pacientes das unidades de queimados no Brasil</p> <p>MÉTODO: Baseada no protocolo PRISMA, a presente revisão buscou avaliar a correlação entre a colonização por bactérias multiresistentes em pacientes queimados e possíveis fatores de risco, vinculados aos serviços de emergências brasileiras, nos últimos 15 anos (2003–2018). Descritores específicos, como "queimaduras", "infecção", "Brasil", foram elencados nos principais bancos de dados, PubMed, SciELO e Cochrane, e, após seleção por critérios de inclusão/exclusão, os trabalhos mais relevantes foram criticamente analisados. Usou-se OpenEpi 2.3 (MIT) e R software v3.5.0 para análises estatísticas.</p> <p>RESULTADOS: Dos 414 estudos triados, 92 eram potencialmente elegíveis, resultando em 3 publicações que atenderam aos critérios finais de seleção e entraram para a metanálise. Notou-se que os estudos que correlacionaram fatores de risco e o desenvolvimento de colonizações por bactérias multiresistentes, tiveram como alvo <i>Staphylococcus aureus</i> e a metilicina, assim como, <i>Acinetobacter baumannii</i> e o imipenem, especificamente. Dentre os fatores de risco identificados através de metanálise, na realidade de saúde pública brasileira, evidencia-se a transferência entre hospitais (p<0.01; OR=2.36 [1.2-4.6]), uso de ventilação mecânica (p<0.05; OR=4 [1.1-14.5]), uso de cateter central (p<0.01; OR=5.2 [1.8-14.2]) e uso de cateter urinário (p<0.01; OR=5.91 [2.4-14.6])</p> <p>CONCLUSÕES: Nosso estudo evidenciou que as transferências entre serviços de emergência e tratamento, assim como o uso de ventilação mecânica e de cateteres, são fatores de risco relevantes para a colonização de bactérias multiresistentes em pacientes queimados. Dessa forma, o estudo elenca fatores que proporcionam identificação precoce de pacientes em risco e recomenda aplicação das medidas indicadas por órgãos nacionais de referência para prevenção e controle de bactérias multiresistentes. Outrossim, evidenciou uma escassa quantidade de trabalhos e pouca diversidade de tipos de estudos em bactérias multiresistentes, aplicadas a este tema no Brasil, o que possivelmente impactou nos achados. Por fim, reafirma-se ser fundamental maior estímulo de pesquisas na área</p>
<p>TL 101</p> <p>CORRELAÇÃO ENTRE TEMPO DE EVOLUÇÃO DA APENDICITE AGUDA COM ACHADOS INTRA-OPERATORIOS</p> <p>LUIS FELIPE SALLES CAVALCANTE, PAULA CAMPOS DE MENDONÇA, OLIMPIA ALVES TEIXEIRA LIMA, CAROLINA MARTINS VISSOCI, VITOR PAIVA PIRES, CAMILA DAMASCENO RIBEIRO, FELIPE FREITAS DE SOUSA, RODRIGO PEREIRA SOARES</p> <p>HRAN - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Correlacionar os dias transcorridos entre o início dos sintomas da dor abdominal e a cirurgia de apendicectomia, com os achados macroscópicos identificados no intra-operatório, identificando assim o grau de evolução da apendicite aguda. Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com apendicite aguda no serviço e o tipo de incisão escolhida para a cirurgia e sua correlação com o grau de evolução da apendicite aguda.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal, observacional e retrospectivo, com análise de prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia convencional na cirurgia geral do Hospital Regional da Asa Norte, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. Foram selecionados 104 prontuários para análise. Desses, 50 foram avaliados e incluídos no estudo e 54 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão (pacientes com prontuários incompletos, sem descrição da cirurgia ou do tempo de evolução da doença, pacientes que não tiveram a peça cirúrgica avaliada pelo anatomopatológico do hospital e pacientes submetidos à colectomia). Os achados macroscópicos do intra-operatório serão divididos de acordo com o grau de inflamação do apêndice, estratificados entre normal, apendicite não complicada e apendicite complicada. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF, sob o N° CAAE: 95490818.6.0000.5553 e seguiu todos os aspectos éticos descritos na Resolução CNS/MS 466/2012.</p> <p>RESULTADOS: A maioria dos pacientes avaliados era do sexo feminino (54%) e a grande parte apresentou apendicite não complicada (68%). Dezesesseis procuraram assistência médica após 1 a 2 dias do início dos sintomas, destes, mais de 60% apresentaram apendicite não complicada, e 12 procuraram após quatro dias ou mais. O tipo de incisão mais utilizado foi o Davis (60%), especialmente nos casos de apendicite não complicada, seguido da incisão mediana do tipo infra e/ou supra-umbilical, mais utilizada nas apendicites complicadas. Foram realizadas somente duas cirurgias com a incisão de McBurney. Pacientes com apendicite não complicada ficaram até 2 dias internados, já nos que tiveram apendicite complicada, o tempo de internação foi maior do que três vezes o citado.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo demonstrou que quanto maior o período entre o início dos sintomas e o desfecho cirúrgico da apendicite, maior o tempo de internação. Além disso, há mais complicações e risco do paciente desenvolver um quadro infeccioso hospitalar, tromboembolismo pulmonar e sepse. Quanto mais precoce a assistência médica, maiores são as possibilidades em relação à escolha da técnica cirúrgica, optando por abordagens que proporcionam menor tempo de recuperação e dor no pós-operatório.</p>	<p>TL 102</p> <p>ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS SOLUÇÕES DE MANITOL E PICOSSULFATO DE SÓDIO COM OXÍDO DE MAGNÉSIO, NO PREPARO DE COLON PARA COLONOSCOPIA</p> <p>CAROLINA MARTINS VISSOCI, PAULA CAMPOS DE MENDONÇA (AcCBC), ROBERTA PAIVA DUARTE, GUSTAVO TRAVAGLIA SANTOS, CRISTIANO GUIMARÃES DO AMARAL PINHEIRO, LUIS FELIPE SALLES CAVALCANTE, TALITA TRINDADE FRANÇA (AcCBC), VITOR PAIVA PIRES</p> <p>HRAN - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</p> <p>OBJETIVO: O estudo possui o objetivo de comparar protocolos diferentes utilizados para o preparo de cólon em pacientes que realizaram colonoscopia, baseados em 2 soluções diferentes: solução de Manitol e solução de Picossulfato de Sódio combinado com Óxido de Magnésio. Dessa forma, avaliou-se a qualidade do preparo em relação a limpeza do órgão durante o exame (escala de Boston), além da aceitabilidade e facilidade de uso, distúrbios eletrolíticos, náusea, vômitos e dor abdominal.</p> <p>MÉTODO: O estudo é prospectivo, randomizado e duplo-cego, composto por uma amostra de 90 pacientes do ambulatório de proctologia da Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) no período de março de 2017 a julho de 2018. Os pacientes receberam o preparo, de forma randomizada e sem identificação da substância, uma semana antes de realizar o exame. Todos os pacientes foram orientados previamente quanto ao preparo e receberam cópia impressa das instruções de uso no momento em que foram retirar o material de preparo, ou seja, na semana anterior ao exame. Nessa oportunidade, foram esclarecidas dúvidas em relação ao exame e os pacientes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo. A presente pesquisa obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil.</p> <p>RESULTADOS: Para realizar a pesquisa, foi necessário separar os 90 pacientes em dois grupos, em que 55,6% pertencem ao Grupo M e 44,4% ao Grupo P. Os dois protocolos apresentaram resultados semelhantes acerca da eficiência do preparo de cólon. Em relação à aceitabilidade do preparo, houve equivalência na facilidade de seguir os passos recomendados na pesquisa, no sabor e na facilidade de deglutição das amostras. Os pacientes que utilizaram a solução de Manitol apresentaram mais efeitos colaterais, como náusea, dor abdominal, distensão abdominal, irritação anal, vômito e distúrbio do sono. O preparo com Picossulfato de Sódio combinado com Óxido de Magnésio foi mais bem avaliado em relação à facilidade de ingestão percebida pelos pacientes. Não houve ocorrência significativa de distúrbios eletrolíticos.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste estudo, ambos os preparos apresentaram boa eficiência e foram equivalentes. Em adição, não representaram risco à saúde dos pacientes. Entretanto, o Grupo P forneceu melhor conforto ao paciente em comparação ao Grupo M. Mesmo com a paridade observada entre as soluções analisadas, permanece válida a continuação da investigação de diferentes formas de preparo, a fim de fomentar o substrato teórico sobre o assunto, principalmente tendo em vista a importância crescente do rastreamento e da possível identificação precoce do câncer colorretal.</p>

TL 103	TL 104
<p>ESCORE DE ALVARADO NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO</p> <p>Rafael Vargas Silva, Nalisson Marques Pereira, Gleiciane Alves de Miranda, Gustavo Rodrigues Cunha, Leonardo Pompeu Leão Velloso, Naara Perdigão Cota de Almeida</p> <p><i>UNIFAP - Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Integrar dados de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do Escore de Alvarado (EA) para o diagnóstico de Apendicite Aguda (AA) nos hospitais brasileiros, com o intuito de ratificar sua utilização nesse contexto.</p> <p>MÉTODO: Foi feita uma revisão integrativa da literatura por meio da biblioteca eletrônica SciELO utilizando-se as palavras-chave "Escore" e "Alvarado", "Alvarado" e "Score", "Alvarado" e "Scale" no período de Novembro de 2018 a Janeiro de 2019. Os critérios de inclusão foram a existência concomitante da explicitação dos valores de sensibilidade e especificidade ou de dados que tornassem possível o cálculo desses e o estudo ter sido feito no Brasil. Após esses filtros, excluiu-se o único trabalho que utilizava o Escore de Alvarado Modificado.</p> <p>RESULTADOS: Um total de três estudos cumpriram os critérios descritos, o que possibilitou o levantamento de dados de 244 pacientes, sendo 144 (59%) do sexo masculino e 100 (41%) do sexo feminino, os estudos englobaram todas as faixas etárias. Dentre as apresentações clínicas da escala, 2 estudos as estratificaram, totalizando um total de 168 pacientes avaliados com o seguinte padrão de distribuição: 48,8% dor migratória da fossa ilíaca direita; 80,4% anorexia; 77,4% náusea e vômito; 64,8% defesa de parede no quadrante inferior direito do abdome; 80,3% dor a descompressão; 57,1% elevação da temperatura; 84% leucocitose e 29,7% desvio à esquerda. Tomando como ponto de corte EA ≥ 5 foi encontrada nos três estudos uma sensibilidade de 90,4% e especificidade de 56,48%. Dois estudos apresentaram os dados de VPP e VPN, em um espaço amostral de 177 pacientes, sendo esses 90,79% e 45,63%, respectivamente. Esses mesmos dois estudos também avaliaram os dados para EA ≥ 6, sendo a sensibilidade de 76,08%; especificidade 81,15%; VPP e VPN de 94,01% e 38,51%, respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Por meio dos resultados obtidos pela coleta de dados do EA em diferentes hospitais brasileiros, é possível perceber a aplicabilidade da escala para a avaliação do paciente com AA, visto que com um EA ≥ 5 tem-se uma sensibilidade de mais de 90% e com um EA ≥ 6 uma especificidade de mais de 80%, validando-se e parametrizando para a realidade local a utilização desse escore no contexto hospitalar brasileiro. DO NASCIMENTO, Ricardo Reis et al. Associação entre o escore de Alvarado, achados cirúrgicos e aspecto histopatológico da apendicite aguda. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, e1901, 2018. SOUSA-RODRIGUES, Célio Fernando de et al. Correlation between the Alvarado Scale and the macroscopic aspect of the appendix in patients with appendicitis. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 336-339, Oct. 2014. BORGES, Paulo Sérgio Gomes Nogueira et al. Validação do escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em crianças e adolescentes no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMP. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 3, n. 4, p. 439-445, Dec. 2003.</p>	<p>ISQUEMIA MESENTÉRICA</p> <p>DÓRIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY, INÁCIO SWAROWSKY, ANA PAULA BOLZAN, LUIZ MIGUEL DONCATTO, JULIANE JUNGES, LUCAS BRUM DE AZAMBUJA, BRUNA TOLFO DE OLIVEIRA, GUSTAVO LAZAROTTO SWAROWSKY</p> <p><i>UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A isquemia mesentérica representa uma emergência cirúrgica apresentando alta mortalidade. Tem como os principais sintomas a tríade de dor abdominal de alta intensidade, perda de peso e inapetência. Constituem as principais causas de isquemia: embolia arterial cardiogênica, trombose arterial, trombose venosa mesentérica e isquemia mesentérica não-oclusiva. O sucesso terapêutico depende, majoritariamente, do diagnóstico precoce e intervenção terapêutica imediata. O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o quadro clínico de pacientes com isquemia mesentérica aguda dentro de um contexto de laparotomias de urgência realizada no mesmo período em um hospital de ensino.</p> <p>MÉTODO: Análise de prontuários de cinco pacientes com diagnóstico de isquemia mesentérica que foram internados em um hospital do interior do Rio Grande do Sul no período de 2016-2018 consistindo 1,4% das laparotomias de urgência realizadas neste período no serviço. Com base em dados coletados num hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul, foram diagnosticados 5 casos de isquemia mesentérica. Os pacientes apresentavam em média de 70 anos, tendo como fatores de risco tabagismo, diabetes, idade avançada, doença cardíaca associada.</p> <p>RESULTADOS: Todos os pacientes apresentaram quadro clínico clássico de intensa dor abdominal desproporcional ao exame físico. Dois pacientes foram encaminhados diretamente a laparotomia, outros dois pacientes realizaram tomografia computadorizada de abdome e um realizou ecografia de abdome. A realização dos exames de imagem não foi significativa para decisão de conduta bem como definição diagnóstica. Todos os paciente foram a óbito, em média, no terceiro dia pós-operatório. Dois pacientes iniciaram o quadro após o segundo e quarto dia pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica, ambos com comorbidades (diabete e tabagismo). Outros dois casos caracterizavam-se apenas por dor abdominal. Apenas uma paciente apresentava quadro clínico com fator de risco definido para isquemia mesentérica, pois tinha indicação de by-pass ilíaco-femoral.</p> <p>CONCLUSÕES: Em quadro sugestivo de isquemia mesentérica, tendo em vista sua letalidade, é imperativo que se faça um diagnóstico clínico correto no menor tempo possível a partir da chegada do paciente instável à unidade de atendimento. A história clínica e exame físico do paciente é importante para a triagem inicial, no entanto, como observado nos casos relatados, uma possível isquemia mesentérica não pode ser descartada. Exames de imagem e laboratoriais também contribuem para a confirmação da suspeita diagnóstica, porém exigem tempo de preparo e de realização que devem ser incorporados à decisão por utilizá-los. A isquemia mesentérica representa um desafio para o médico cirurgião, afinal trata-se de uma patologia letal que apesar de associada com fatores de risco específicos, atinge também pessoas com baixo nível de suspeita. Dessa forma, o rápido diagnóstico torna-se difícil bem como o manejo cirúrgico.</p>

TL 105	TL 106
<p>SENSIBILIDADE DA ESCALA DE ALVARADO NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS.TOCANTINS</p> <p>PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR, GABRYELLA RODRIGUES ADORNO, LUISA COELHO MILHOMEN</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a pontuação na Escala de Alvarado e, assim, determinar a utilidade e eficácia desta escala para o diagnóstico de apendicite aguda, utilizando provas clínicas e de laboratório.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo indutivo e transversal por meio de análise de 163 prontuários de pacientes, de qualquer idade e gênero, admitidos no Hospital Geral de Palmas (HGP). Foram atendidos e operados pelo serviço de Cirurgia Geral no período de março de 2015 a dezembro de 2018, com diagnóstico de apendicite aguda, confirmados por meio apendicectomia, em todos os pacientes. Analisou-se ainda, os sinais e sintomas, assim como laboratório, presentes nos prontuários e compatíveis nos critérios de Alvarado. Obteve-se a pontuação de acordo com as variáveis da Escala de Alvarado.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado incluindo análise de prontuário de 163 pacientes, com diagnóstico de apendicite, os quais foram operados em Hospital Geral de Palmas, entre o período de março de 2015 e dezembro de 2018. Se analisarmos o Critério de Alvarado de forma individual, chegamos à conclusão de que os parâmetros mais encontrados foram: defesa à palpação abdominal (82,5% dos pacientes), dor abdominal, com migração para fossa ilíaca direita (79,3% dos pacientes), Blumberg positivo (76,1% dos pacientes), leucocitose (68,2% dos pacientes), náuseas/vômitos (66,6% dos pacientes) e febre (63,4% dos pacientes). Os critérios menos encontrados entre os pacientes foram: anorexia (42,8% dos pacientes) e desvio à esquerda (27,3% dos pacientes). Quando analisada a escala de pontuações, realizada pelos pacientes submetidos à cirurgia, percebemos que 11% dos pacientes eram classificados como negativos para apendicite, pontuando de 0-4 na escala; 25% pacientes pontuaram de 5-6, possivelmente apendicite; 31,7% pacientes pontuaram de 7-8, provável apendicite e 33% pacientes pontuaram de 9-10. Sendo assim, foi demonstrado uma sensibilidade de 88%, nos pacientes analisados.</p> <p>CONCLUSÕES: Alvarado é considerado um método de fácil aplicação, econômico, baseado na história, exame clínico e testes laboratoriais facilmente acessíveis. Com a utilização desta escala, ainda podemos reduzir complicações relacionadas com o processo de infecção, e encaminhar o paciente ao procedimento mais adequado de forma mais rápida, e com menores custos, uma vez que se trata de um diagnóstico clínico. A escala de Alvarado é útil como ferramenta de diagnóstico de apendicite aguda, tem alta sensibilidade, boa especificidade e valor preditivo adequado. É simples, confiável, repetível e não invasivo, de baixo custo e pode ser usado em serviços de emergência ou internação.</p>	<p>ANALISE DOS PACIENTES COM ABSCESSO INTRACAVITARIO NO POS-OPERATORIO DE APENDICECTOMIA EM UM HOSPITAL REGIONAL DO DF</p> <p>Karoline Evangelista Souza, Daniella Silva Mena, Felipe Romério Marques Durães, Wilson Tomaz da Silva Júnior, Maria Gabriela Alves da Silva, Marcelle Rodrigues Carneiro de Souza Reis, Beatriz Montenegro Oliveira</p> <p><i>Hospital Regional do Gama - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes que evoluíram para abscesso no pós-operatório de apendicectomia, associando o tempo de evolução com maior incidência de complicação e seu manejo. Observando os principais sinais e sintomas no início do quadro de apendicite e relacionar dados do escore de Alvarado com a realização do exame de imagem</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de 504 prontuários eletrônicos no Sistema Trakcare do Hospital Regional do Gama. Trata-se de um estudo retrospectivo.</p> <p>RESULTADOS: Em relação à complicação avaliada nesse estudo, notamos que 23 pacientes (4,6%) apresentaram abscesso intracavitário no pós-operatório de apendicectomia, dos quais a maior parte do sexo masculino 14 (2,8%) e 9 (1,8%) do sexo feminino. A faixa etária mais prevalente foi entre 20-59 anos, 14 casos (2,8%), com a média de 30,4, seguido de adolescentes ≤ 19 anos com 8 dos casos (1,06%) e idosos ≥ 60 com apenas 1 caso (0,2%). Das fases da apendicite, dos 23 casos que evoluíram com abscesso, 20 (4,0%) era fase complicada e 3 (0,6%) era fase não complicada. Pode-se observar que a média de evolução da doença foi de 4,5 dias de dor antes da realização da apendicectomia. Do manejo dos 23 pacientes, 10 necessitaram ser reabordados, sendo que 9 pacientes por apresentar exame de imagem com coleção maior do que 100ml e 1 paciente por apresentar exame físico com irritação peritoneal. Já 13 pacientes não precisaram ser reabordados, dos quais 2 apresentaram melhora clínica significativa e 11 apresentaram exame de imagem com coleção menor do que 60ml, sendo feito tratamento com antibióticoterapia. Pode-se observar que, dentre os sinais e sintomas avaliados no início do quadro (migração da dor, anorexia, náusea/vômito, defesa abdominal, dor à descompressão, febre, leucocitose e desvio à esquerda), não se apresentaram variações significativas entre o grupo que evoluiu com abscesso do grupo que não evoluiu. Sendo assim, os achados mais comuns em ambos foram náuseas/vômitos, dor à descompressão e leucocitose. Nesse estudo não encontramos achados com significância estatística que representem fator de risco para o desenvolvimento de abscesso.</p> <p>CONCLUSÕES: Os principais sinais e sintomas observados no início do quadro de apendicite foram náuseas/vômitos, dor à descompressão e leucocitose. O perfil de maior incidência de pacientes que apresentaram abscesso intracavitário foi de homem, adulto jovem, fase complicada no achado cirúrgico, com tempo de evolução da dor prolongado e com escore de alvarado com média de 5,8. O tempo de evolução está diretamente relacionado com o risco de formação de abscesso. A maior parte dos pacientes avaliados nesse serviço apresentaram alvarado com chance de intermediária à alta para apendicite, sendo assim, deve-se dar importância para um escore bem realizado e padronizado em um serviço com dificuldade para realizar exames de imagem. Além disso, é importante otimizar o diagnóstico para diminuir o tempo de evolução e evitar complicações como abscesso.</p>

TL 107	TL 108
<p>IMPLICAÇÕES DA INTENÇÃO DO MANEJO ENDOSCÓPICO E CIRÚRGICO ASSOCIADO AO USO DE STENTS NOS CASOS DE OBSTRUÇÃO COLÔNICA EM ONCOCIRURGIA</p> <p>João Henrique Fonseca do Nascimento, Rebeca Ferreira de Souza, Selton Cavalcante Tomaz, Marcos Baruch Portela Filho, Adriano Tito Souza Vieira, Iago Miranda Oliveira Dórea, Andre Gusmao Cunha, Andre Bouzas de Andrade</p> <p><i>CBC-BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal é uma doença maligna de elevada incidência anual. Aproximadamente, 29% dos acometidos se apresentam em emergência cirúrgica com quadro de abdome agudo obstrutivo desta etiologia, além disso até 13% dos pacientes tem quadros de obstrução como a primeira manifestação sintomática, condição, essa, que demanda imediata intervenção. A ressecção de emergência do tumor, apesar de ser tratamento padrão, relaciona-se com maiores taxas de morbimortalidade. Assim, estudos recentes têm avaliado positivamente o uso de stents no tratamento operatório, aplicando-os ou como ponte para cirurgia (BTS) de ressecção tumoral, ou como tratamento paliativo (PAL), em casos de metástase. Nesse sentido, considerar e avaliar a finalidade da inserção do stent pode ampliar reflexões sobre a evolução dos quadros, frente a esta emergência oncocirúrgica</p> <p>MÉTODO: A presente revisão sistemática, baseada no protocolo PRISMA, foi realizada a partir de busca por seletos descritores, como "malignant colon obstruction", "colorectal obstruction" e "emergency", em bancos de dados indexados do PubMed, Scielo e Cochrane Library. A metanálise foi executada através do programa R software v3.5</p> <p>RESULTADOS: Dos 758 artigos triados, 5 atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, compondo a seleção final. Analisou-se, assim, um total de 854 pacientes acometidos por obstrução maligna do cólon. Quanto às complicações, não se observou diferenças nos desfechos entre os grupos de intervenção (p=0.88). Ademais, avaliaram-se os índices de sucesso técnico e clínico. O sucesso técnico apresentou média relativa de 92,3% em ambos os grupos, contudo, em comparação com o sucesso técnico, as taxas de sucesso clínico foram menores – em médias de 85,39% no PAL e 87,6% no BTS. Apesar disso, não se constatou associação entre a intenção dos procedimentos e os sucessos técnico (p=0.36) ou clínico (p=0.34). Outrossim, a mortalidade em 30 dias foi analisada, com 7,49% nos pacientes PAL e 1,92% no grupo BTS, todavia não foi observada, também, correlação entre o objetivo da intervenção e maior taxa de sobrevida (p=0.11)</p> <p>CONCLUSÕES: Ante o exposto, o presente estudo não identifica correlação entre a inserção do stent e sua finalidade, com a ocorrência ou não de complicações, maior sobrevida ou melhores prognósticos. Sendo assim, pode-se questionar que a habilidade do profissional possa ter contribuído para esses resultados, já que a colocação do stent requer certa destreza técnica. Por fim, mais estudos são cruciais para averiguar possíveis correlações entre o quadro cirúrgico oncológico, o propósito do procedimento e a evolução dos pacientes</p>	<p>O VALOR DIAGNOSTICO DA PROCALCITONINA EM PACIENTES COM APENDICITE AGUDA COMPLICADA</p> <p>VITOR BREVES DE PAIVA, SAVIO ARLINDO COELHO BARBOSA BARBOSA, LIVIA ZAIDEN CARVALHO MARTINS DE SA, VICTOR MATEUS XAVIER SANTANA, SERGIO LINCOLN DE MATOS ARRUDA, MARCELA CANAVARRO D'ARCE, CASSIO SILVA COELHO, LUIS FELIPE SALLES CAVALCANTE</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome cirúrgico na urgência médica. Devido ao atraso diagnóstico ou tratamento inadequado, um grande número de pacientes com apendicite aguda simples evolui para quadro complicado. A operação de um quadro complicado é mais complexa e exige grande técnica cirúrgica, com alto risco de desenvolver complicações no intraoperatório. Alguns testes laboratoriais ajudam a determinar a severidade de uma apendicite aguda. A Procalcitonina (PCT) é um marcador de gravidade em pacientes com infecção e sepse, e tem se mostrado efetiva para diversas infecções localizadas. Avaliar o valor diagnóstico da Procalcitonina em quadros de apendicite aguda complicada.</p> <p>MÉTODO: Um total de 28 pacientes internados para apendicectomia de urgência no hospital regional da asa norte (HRAN), no período de abril de 2018 a junho de 2018, sendo divididos em casos de apendicite aguda simples e apendicite aguda complicada, analisados quanto ao valor do Leucograma, Bastonetes e Procalcitonina.</p> <p>RESULTADOS: Os Leucócitos não possuem valor estatístico para diferenciar a apendicite aguda complicada dos casos de apendicite simples, sendo o seu valor normalmente distribuído em todas as análises. Os Bastonetes, por sua vez, têm maior valor estatístico, estando aumentado para os casos de apendicite aguda complicada. A média de Bastonetes para os casos complicados e não complicados não são as mesmas, sendo iguais a 4,22 e 1,66, respectivamente. Para uma porcentagem de Bastonetes a partir de 4%, a sensibilidade foi de 66,6% e a especificidade de 88,8% A Procalcitonina, por sua vez, é a que possui maior valor estatístico. A um nível de significância $\alpha = 0,05$, obteve-se um p-valor inferior a 0,01, e, portanto, a média de PCT para os casos complicados e não complicados não são as mesmas, sendo essas 1,58 e 0,17, respectivamente. Para um valor de PCT a partir de 0,5ng/mL, a sensibilidade foi de 77,7% e a especificidade de 89,5%.</p> <p>CONCLUSÕES: O resultado abre precedentes para o estudo da Procalcitonina como diferenciador da apendicite aguda complicada da não complicada, embora o número da amostragem seja pequeno. Por isso, até que um método de maior valor estatístico, mais sensível e específico para essa diferenciação seja descoberto, a Procalcitonina aparenta ser um método promissor para o definido fim.</p>
<p>TL 109</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EM HOSPITAL DE REFERENCIA EM CURITIBA - PR</p> <p>Carlos Roberto Nauel, Bruno Rodrigues da Silva, Kelre Wannlen Araujo, Adriana Pires Smaniotto, Renato Nishihara, Julia Goginski, Marina Braghini, Ingrid Beatriz Schetz Zawierucha</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA – CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Caracterizar o perfil epidemiológico do paciente atendido no Hospital Universitário Evangélico que apresente quadro de hemorragia digestiva no período de março a julho de 2018.</p> <p>MÉTODO: Realizado estudo retrospectivo com coleta de informações dos prontuários e do protocolo implantado, nos 180 pacientes do Serviço de Hemorragia Digestiva do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, no período de março a julho de 2018. Em setembro de 2017, este hospital se tornou referência única para casos agudos de Hemorragia Digestiva, referenciados pelo Complexo de Regulação de Urgência e Emergência da Segunda Regional (Metropolitana) de Saúde do Paraná. Realizada análise descritiva das prevalências segundo: idade, sexo, necessidade de transfusões, óbito, sintomatologia de entrada, tabagismo, etilismo, medicamentos, comorbidades, conduta clínico-cirúrgica, diagnóstico endoscópico, tratamento endoscópico.</p> <p>RESULTADOS: O gênero mais prevalente foi sexo masculino (112 pacientes) e a faixa etária mais acometida entre 61-70 anos (20,5%). Entre os homens a idade média foi de 57 anos, comparada com idade média de mulheres de 68 anos. Há significância estatística (p < 0,0001) na relação entre idade e sexo. O gênero masculino é mais acometido e em idade mais jovem que o feminino. Ocorreram 45 mortes de pacientes no decorrer do internamento (25%), sendo 25 homens (22,3%) e 20 mulheres (29,4%). No internamento, 90 pacientes necessitaram de transfusão de hemácias (50%), a maioria para o gênero masculino (47,3%) e quando necessário passagem de balão esofágico (13 pacientes), 11 foram para homens (9,8%) e 2 para mulheres. O sintoma de entrada mais presente foi hematêmese com 141 casos (78,3%) e a associação de sintomas mais comum foi hematêmese e melena com 76 casos (42,2%). Há significância estatística (p < 0,0001) na relação de etilismo e sexo nos pacientes dessa amostra. Dos 180 pacientes, 55 eram alcoólatras, e desses, 51, homens (45,5%). Das 62 cirroses, 42 têm como etiologia o etilismo (67,7%), demonstrando significância estatística nessa associação (p < 0,0001). Houve relato de tabagismo em 34 doentes, sendo 28 do sexo masculino (25%). A comorbidade mais frequente foi hipertensão arterial, em 68 pacientes admitidos (37,7%) e a medicação de uso contínuo mais associada com sangramento foi uso de anti-agregantes plaquetários, 33 casos (18,3%), seguido do uso de anti-inflamatório, 24 (13,3%). A etiologia diagnosticada mais prevalente foi varicosa, correspondendo 47 casos (26,1%), das quais 16 necessitaram de tratamento endoscópico por ligadura elástica.</p> <p>CONCLUSÕES: Os resultados observados no presente estudo apontam significância estatística de hemorragia digestiva acometendo mais homens que mulheres, sendo estes mais jovens que estas. A etiologia mais prevalente foi a de causa varicosa com apresentação em hematêmese. Etilismo e hipertensão arterial sistêmica foram mais prevalentes e o medicamento contínuo mais associado com o sangramento digestivo foi o anti-agregante plaquetário.</p>	<p>TL 110</p> <p>ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA DEVIDO A LESAO CISTICA ESPLENICA</p> <p>Jehovah Guimarães Tavares, Júlliah Fernandes Pereira, Victor Souza Ferreira, Douglas Tavares Guimarães, Letícia Morgade Tavares, Marina Tosi Torres, Paulo César Antunes, Gisela Almada Guimarães</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia - Guaçuí - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo ressaltar a relevância da esplenectomia por videolaparoscopia, evidenciando-a como uma abordagem cirúrgica mais segura e efetiva.</p> <p>MÉTODO: A.C.C.P., 37 anos, sexo feminino. Com história de lesão cística necrosante, apresentando dor em hipocôndrio esquerdo. Foi submetida à anestesia geral e intubação orotraqueal, posicionada em decúbito lateral direito completo, tendo seu membro superior ipsilateral fixado superiormente. A abordagem supracitada permite facilitação na abordagem do pedículo vascular, composto por artéria e veia esplênicas, proporcionando melhor acesso à região esplênica dorsal. A posição dos trocartes foi diferente da abordagem laparoscópica convencional, sendo utilizados três trocartes: dois de 10 mm e um de 5 mm. A câmera utilizada possuía 10 mm. Os demais materiais foram os mesmos da caixa básica de uma laparoscopia convencional. Foi introduzido um trocarte de 10 mm e visualização do sítio de punção e da cavidade abdominal. Houve dissecação do polo esplênico inferior com bisturi monopolar e bisturi bipolar, seguida de introdução dos trocarteres na linha média do epigástrico (10 mm) e a meio do caminho (5 mm) e hipocôndrio esquerdo (10 mm). Abertura do ligamento gastroesplênico com bisturi ultrassônico seguida de ligadura dos vasos gástricos curtos com o mesmo instrumental. Posteriormente, realizou-se a identificação e a ligadura dupla com cliques da artéria esplênica, sendo realizado o mesmo procedimento com a veia esplênica. Posterior dissecação da causa pancreática, possibilitando sua separação do hilo esplênico, além de liberação de todas as aderências junto ao baço.</p> <p>RESULTADOS: Por se tratar de um procedimento cirúrgico menos invasivo, o resultado obtido foi extremamente satisfatório, já que o paciente não apresentou nenhuma complicação pós-operatória e não necessitou de nenhum tipo de intervenção clínica após a abordagem cirúrgica. Manteve-se estável até a alta hospitalar.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, portanto, que a esplenectomia por videolaparoscopia é um procedimento cirúrgico eficaz e seguro, o qual permite redução da sensação álgica pós-operatória, reduz o tempo de hospitalização do paciente, além de gerar maior conforto durante a recuperação, a qual ocorre de maneira mais rápida. Portanto, sua efetividade e segurança a faz ser um método de escolha nas principais indicações de esplenectomia, podendo ser utilizada até mesmo de forma rotineira.</p>

TL 111	TL 112
<p>COLECISTITE AGUDA ENFISEMATOSA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM HOSPITAL ESCOLA DE ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA</p> <p>Geraldo Camilo Neto, Marjorie Orquiza Carlos, Raissa Malheiros Wolff, Francisco Pimenta Marques, Rebecca Marian Samaan, Jose Francisco de Mattos Farah</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colecistite enfisematosa (CE) é uma entidade rara e grave, de prognóstico pior comparado à colecistite aguda habitual. Classicamente, indivíduos do sexo masculino, idosos e com DM compõem grupo de risco para infecções por germes anaeróbios e consequente processo enfisematoso. O tratamento agressivo com remoção do foco infeccioso deve ser instituído precocemente. A literatura especializada registra o tratamento por via convencional e é composta predominantemente por relatos de casos. Objetivamos analisar uma série de casos de CE atendidos no HSPE/IAMSPE, avaliando perfil epidemiológico, conduta, evolução e fatores associados ao prognóstico.</p> <p>MÉTODO: Realizado um levantamento retrospectivo dos prontuários de pacientes admitidos com diagnóstico de CE no HSPE/IAMSPE entre os anos de 2013 a 2018. Foram identificados e analisados os dados epidemiológicos, evolução, além de gravidade na admissão, tempo de evolução, conduta aplicada e evolução clínica, bem como desfecho. Morbidade pós-operatória e procedimentos auxiliares também foram identificados e discriminados.</p> <p>RESULTADOS: 10 pacientes foram identificados após levantamento de prontuários no período discriminados – 2 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A idade média foi de 64,7 anos. Todos os pacientes apresentavam comorbidades sistêmicas crônicas, sendo o Diabetes Mellitus (DM) a mais prevalente (70% casos), seguido por Hipertensão Arterial Sistêmica (50%). Tomografia Computadorizada foi realizada na admissão de todos os pacientes e, destes, 3 apresentavam aerobilia na ocasião. Metade dos pacientes apresentavam classificação de gravidade Tokyo 3 na admissão, enquanto a outra metade Tokyo 2 – 80% dos pacientes Tokyo 3 eram diabéticos, e 75% dos pacientes com aerobilia eram Tokyo 3. O tempo médio de evolução clínica pré-admissão foi de 2,9 dias (2-5 dias). Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, 9 por videolaparoscopia e 1 por laparotomia, em virtude de hérnia incisional volumosa. No intraoperatório, 2 pacientes com abscesso hepático concomitante foram drenados no mesmo procedimento. Três pacientes apresentaram complicações pós operatórias Clavien-Dindo > 2: uma coledocolitíase residual, tratada por CPRE; uma trombose de veia porta, tratada clinicamente; uma disfunção respiratória e cardiovascular refratárias a medidas de suporte intensivo (único óbito desta amostra). O tempo de internação hospitalar variou de 4 a 13 dias, com média de 7,6 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: A técnica laparoscópica se mostrou segura e eficaz enquanto opção terapêutica. A mortalidade de 10% encontrada nessa casuística é condizente com a descrita na literatura (~15%), sendo significativamente maior que a encontrada nas colecistites em geral (<1%).</p>	<p>ABDOMEN AGUDO: DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA - PB</p> <p>HIAGO DANTAS MEDEIROS, LAÍS NÓBREGA VIEIRA, EDUARDO ALFEU PEIXOTO PAREDES, PEDRO PAULO ASSUNÇÃO SILVA, MARINNA KARLA CUNHA LIMA VIANA, ANA BEATRIZ BATISTA NEVES, LANDSTEINER ANJOS LEITE, ADRIANO DIAS TRAJANO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar dados clínicos e epidemiológicos acerca do abdome agudo, coletados em um serviço da região metropolitana de João Pessoa – PB referência nesse grupo nosológico. Tal análise, levou em consideração aspectos esclarecedores do diagnóstico como a faixa etária, tempo de evolução, sinais e sintomas e alteração laboratorial. Tendo em vista o fato de ser uma síndrome que possui diversas características confundidoras e inespecíficas. Tornando salutar o diagnóstico precoce da etiologia para que se tenha uma conduta terapêutica benéfica ao paciente, seja ela clínica ou cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional descritivo e transversal. Os dados foram obtidos através do preenchimento de um formulário eletrônico do Google Forms® durante o segundo semestre de 2018 no estágio da Liga Acadêmica de Cirurgia da Paraíba (LAC-PB). A elaboração ocorreu de acordo com fatores analisados em artigos, por meio de uma revisão integrativa realizada no PubMed com o descritor “acute abdomen”. Os quesitos da análise foram: sexo, idade por faixa etária, tempo de evolução, sinais e sintomas apresentados, exames laboratoriais alterados, exames de imagem realizados (podendo nestes três quesitos apresentar mais de uma resposta), subtipo de abdome agudo, diagnóstico específico e conduta terapêutica. A coleta ocorreu com os pacientes apresentando quadro sintomático típico dispostos a participar da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Durante esse período de coleta, foram analisadas informações de 13 pacientes atendidos no serviço supracitado. Quanto ao sexo, 76,9% (n=10) eram mulheres e 23,1% (n=3) eram homens. No que diz respeito a idade por faixa etária, 69,2% (n=9) tinha entre 30-39 anos; 23,1% (n=3) entre 20-29 anos e 7,7% (n=1) entre 10-19 anos. Em relação ao tempo de evolução, 53,8% (n=7) relatou duração entre 1-3 dias; 23,1% (n=3) entre 3-7 dias e 23,1% (n=3) mais de 7 dias. Ao se tratar dos sinais e sintomas apresentados, 12/13 relataram vômito, 9/13 náusea, 8/13 febre, 7/13 dor localizada, 6/13 dor difusa, 6/13 não sentiam fome, 5/13 distensão abdominal, 3/13 parada de eliminação de fezes e flatos. No quesito exames laboratoriais alterados, 8/13 tinham alteração do hemograma, 4/13 da bilirrubina total e frações, 3/13 das enzimas canaliculares e 1/13 da amilase, lipase, transaminases e urina tipo I. Dos exames de imagem, a ultrassonografia foi utilizada 12 vezes, a tomografia computadorizada, três, e cinco não necessitaram do auxílio. 100% dos casos eram do subtipo inflamatório com maior prevalência de apendicite, 46,2% (n=6), seguido pela colecistite, 38,5% (n=5) e demais casos únicos. Conseqüentemente, 100% das condutas foram cirúrgicas.</p> <p>CONCLUSÕES: Dado o exposto, percebe-se o quão significativo é a diferenciação dos múltiplos diagnósticos dessa síndrome, já que as alterações laboratoriais são inespecíficas e a imagiologia não é definidora por si só. Sendo assim, conhecer os aspectos clínico-epidemiológicos a fim é indispensável para a conduta adequada e em tempo hábil.</p>
<p>TL 113</p> <p>PREDITORES DE ISQUEMIA INTESTINAL EM PACIENTES COM OBSTRUÇÃO DO INTESTINO DELGADO: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELO DR M P O'LEARY</p> <p>Wilson Santana Silva Júnior, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José da Cunha, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Thais Oliveira Dupin</p> <p><i>Famimas-BH - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na Revista Am Surgical por O'LEARY MP e já com 7 citações dada a relevância do tema. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto. O diagnóstico pré-operatório de isquemia intestinal em pacientes com obstrução do intestino delgado (OID) é um desafio clínico. O objetivo deste estudo foi identificar as variáveis pré-operatórias associadas a isquemia intestinal encontradas na exploração operatória.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão retrospectiva de 5 anos de pacientes internados em um Hospital Universitário que foi submetido a laparoscopia exploratória ou laparotomia para OID.</p> <p>RESULTADOS: Os pacientes foram excluídos se tivessem uma malignidade pré-operatória conhecida ou hérnia no exame físico. A regressão logística multivariada foi utilizada para determinar os fatores independentemente associados à isquemia intestinal ou à perfuração isquêmica. Cento e dezesseis pacientes foram submetidos a cirurgia exploratória para OID. A média de idade foi de 52 ± 14 anos e a maioria era do sexo masculino [64 (55,2%)]. Aderências [92 (79,3%)] foram a etiologia mais comum da obstrução = 0,304) e acidose (P = 0,151) não foram significativamente associados com isquemia ou perfuração isquêmica. Além disso, história prévia de OID (P = 0,618), taquicardia (P = 0,111), febre (P = 0,859) e tempo de internação (P = 0,383) não foram preditivos de isquemia intestinal. No entanto, a hiponatremia (≤134 mmol / L) e os achados tomográficos de espessamento de parede ou suspeita de alça fechada foram independentemente associados à isquemia intestinal.</p> <p>CONCLUSÕES: A consciência desses fatores deve aumentar a preocupação com a isquemia intestinal em pacientes com OID</p>	<p>TL 114</p> <p>SEPSE, AINDA UM DESAFIO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA NO ESTADO DE SERGIPE</p> <p>Hektor Silva Oliveira, Rafael Silva Santos, Debora Silva Pereira, Caio Flavio de Barros, Israel Azevedo Siqueira de Carvalho, Sophia Loeser Faro, Beatriz Ramalho Santos, Matheus Todt Aragao</p> <p><i>Instituto de Tecnologia e Pesquisa - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os perfis clínico-epidemiológicos de pacientes clínicos e cirúrgicos com diagnóstico de sepse em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicas e privadas e comparar a sensibilidade do SEPSIS-2 versus SEPSIS-3.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal e observacional, tendo como fonte de dados os prontuários das UTI do Hospital São Lucas, do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) e da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), do município de Aracaju, Sergipe, coletados no período de setembro de 2017 a julho de 2018. O software adotado para análise estatística foi o IBM SPSS v21.0.</p> <p>RESULTADOS: Foram obtidos dados de 140 prontuários dos quais 45,7% correspondiam a pacientes do setor privado, 26,4% de uma unidade pública e 27,9% de uma unidade mista. A faixa etária variou entre 24 e 100 anos, com média de idade dos pacientes sendo de 68,42±16,80 anos. 131 (93,57%) preencheram critérios para diagnóstico de sepse segundo Sepsis-2, sendo que 123 (87,85%) preencheram critérios para sepse grave e 33 (23,57%) para choque séptico. Quando avaliados segundo o Sepsis-3, foi observado que dos 131 pacientes diagnosticados como sepse conforme o Sepsis-2 apenas 58 (44,27%) preencheram critérios suficientes quando utilizado o quick-SOFA (qSOFA) e 104 (79,38%) quando utilizado o SOFA e quando ao choque séptico, dos 33 pacientes diagnosticados segundo o Sepsis-2, 23 (69,7%) preencheram critérios de choque séptico conforme o Sepsis-3. Em cada prontuário analisado, dois motivos para admissão foram recuperados e as queixas, sinais ou sintomas foram divididos em clínicos ou cirúrgicos. As internações por razões clínicas responderam por 80,9% dos registros. A unidade mista foi o único local em que as causas de internação foram predominantemente cirúrgicas, sendo cirurgias eletivas (69,2%) as maiores causas de internação nesse serviço. Na unidade particular, a febre (30,3%) foi o principal sinal clínico que levou à admissão hospitalar. No serviço exclusivamente público, a principal causa foram quadros neurológicos (20,4%), como redução do nível de consciência. Além disso, observa-se que 45,7% dos casos tiveram como foco da infecção o trato respiratório, 30,7% o trato geniturinário, 16,4% pele e partes moles e 8,5% o trato gastrointestinal, sendo que em 5% não houve identificação do foco infeccioso inicial.</p> <p>CONCLUSÕES: Os perfis clínicos dos pacientes admitidos nos três serviços foram semelhantes. Aqueles internados nos hospitais público e misto apresentavam maior gravidade no momento do diagnóstico de sepse, sugerindo atraso do seu reconhecimento nestes locais em relação ao serviço privado. O diagnóstico de sepse utilizando o protocolo SEPSIS-2, mostrou-se mais sensível para diagnóstico que o protocolo SEPSIS-3. Portanto, reduzir a sensibilidade através dos novos critérios de disfunção orgânica poderia ser positivo para instituições em que haja diagnósticos em excesso, mas não para locais onde existe atraso no reconhecimento da sepse, o que só pioraria seu prognóstico.</p>

TL 115	TL 116
<p>IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TRANFUSÃO MACIÇA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO</p> <p>João Paulo Dutra, Manoel Marcelo de Castro, Matheus Botelho Santos, Henrique José Virgili, Karoline Resende Carvalho, João Marcos Ibrahim, Nelson Adami Andreollo</p> <p><i>Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Implementação de protocolo de transfusão maciça, em hospital terciário do interior de São Paulo.</p> <p>MÉTODO: Estudo metodológico de validação de face e do conteúdo, julgando clareza, relevância, pertinência e abrangência de um protocolo assistencial, elaborado a partir de revisão integrativa de literatura nacional e internacional. A validade de face representa o quanto uma medida parece estar relacionada ao conteúdo específico do instrumento avaliado, ou seja, se o conteúdo é compreendido por quem utiliza o instrumento. Não serão coletados dados de identificação pessoal dos pacientes, não haverá exposição de pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Primeiramente em nosso protocolo, os pacientes deverão ter garantidos pelo menos dois acessos calibrosos, de preferência com Abocath 18, sendo que o local de inserção recomendado são as fossas antecubitais. Na falha de tais acessos, deve-se preferir o acesso venoso central a despeito da dissecação venosa. Durante a punção dos acessos venosos, a equipe de enfermagem deve colher material para exames que serão exigidos a todos os pacientes politraumatizados, os quais poderão necessitar de transfusão, sendo eles Hemograma, Coagulograma, Tipagem Sanguínea, Gasometria Arterial com Análise de Lactato e Fibrinogênio. Nesse meio tempo cabe a equipe médica assistente do pronto socorro acionar ou não o protocolo de transfusão maciça ou alerta vermelho. Em nossa instituição adotaremos 2 critérios básicos para o acionamento de tal protocolo, que são: (1) ABC SCORE positivo na chegada do paciente a unidade 9 (Tabela 2); ou (2) paciente identificado com choque classe III ou IV, seguindo os critérios da tabela 1. Em ambas situações será preenchido pelo médico assistente, formulário padrão, de cor vermelha, onde deverá constar nome do paciente, registro hospitalar e necessidade ou não de bolsas com ou sem tipagem, sendo que para os casos de choque classe IV ou pacientes com ABC score positivo serão encaminhadas 2 concentrados de hemácia (CH) O- para mulheres em idade fértil, bem como 2 plasmas frescos congelados (PFC) AB-. Já mulheres fora da idade reprodutiva ou homens poderão receber 2CH O+ e 2PFCs AB+. Já pacientes com choque classe III, terão suas amostras sanguíneas tiradas e será enviado CH e PFC tipo específico. Juntamente, com o preenchimento de tal documento, o banco de sangue será comunicado via telefonema e terá até 15 minutos para entrega dos materiais solicitados, no caso de transfusão maciça e até 30 minutos no caso de sangue tipo específico.</p> <p>CONCLUSÕES: O protocolo apresentado servirá como guia inicial para o atendimento de vítimas de politrauma com hemorragia. Através desse, serão adotadas condutas padrão aos quais poderão gerar dados institucionais e generalistas servindo para o embasamento de trabalhos na área, bem como planejamento financeiro da instituição. Além disso, é objeto pedagógico para o ensino de residentes e aprimorandos nas diversas áreas do conhecimento que envolve emergência.</p>	<p>MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO NA REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA</p> <p>EMANUEL GOIS JR, NAJA NABUT, MARIA LUIZA BELTRAMI LOPES, HELIO LOPES NETO</p> <p><i>HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA - LONDRINA - Paraná - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico da mortalidade por acidente de trânsito em Londrina e região.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa. A população estudada correspondeu a vítimas de acidente de trânsito urbano e rodoviário que foram a óbito registrado no Instituto Médico Legal de Londrina e região no ano de 2017. As variáveis analisadas foram: via em que ocorreu o acidente, mecanismo do acidente (atropelamento, colisão), veículos envolvidos, sexo, raça, estado civil, idade, local da morte e causa da morte. A razão simples foi empregada para cada parâmetro avaliado.</p> <p>RESULTADOS: De 01 de Janeiro de 2017 a 31 de Dezembro de 2017, foram registrados 217 óbitos por acidente de trânsito em Londrina e região – correspondendo a 25,3% de todas as mortes por causas externas. Destes, 54,1% ocorreram em rodovias, enquanto 38,9% em meio urbano. Dos mecanismos do acidente, tem-se 26,6% de atropelamentos (44,8% por automóveis e 25,9% por motocicletas) e 55,5% de colisões (29,8% envolveram motocicleta e automóvel, 20,7% motocicleta-antepeço, 30,6% entre automóveis e 14,9% automóvel-antepeço). Sobre as vítimas, 17,4% eram mulheres e 82,6% homens, maioria da raça branca 68,8% e de estado civil solteiro 43,1%. Quanto à idade dos envolvidos, 50,0% encontrava-se entre 18-45 anos, seguido por 24,3% entre 46 e 64 anos, 18,3% de idosos com 65 anos ou mais e 7,3% menores de 18 anos. Do total de óbitos, 46,3% ocorreram em via pública, 4,6% dentro da ambulância e 49% em ambiente hospitalar. A principal causa de morte foi lesão encefálica e trauma crânio-encefálico com 39,4%, seguida por choque hemorrágico 26,6% e choque séptico 13,3%.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados expõem um problema local e nacional de saúde pública, ao apresentar uma causa de morte evitável que envolve principalmente população economicamente ativa de forma grave e fatal, visto a maioria das mortes se dar antes mesmo do acolhimento hospitalar do paciente. Portanto, maior conscientização deve ser realizada visando a prevenção deste problema.</p>
<p>TL 117</p> <p>EXPERIÊNCIA COM TRAUMA DE PÂNCREAS GRAU IV NO SERVIÇO DO HOSPITAL JOÃO XXIII NO ANO 2018</p> <p>JULIA OLIVEIRA FONSECA, VIVIANE WILLIG BRASIL, TARCISIO VERSIANE FILHO, SIZENANDO VIEIRA STARLING, LUIS CARLOS TEIXEIRA, DOMINGOS ANDRÉ FERNANDES DRUMOND, AUGUSTO COELHO FERREIRA JUNIOR, JORDÂNIA ALKIMIM JORDÃO</p> <p><i>HOSPITAL JOÃO XXIII - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O HOSPITAL JOÃO XXIII É UMA IMPORTANTE REFERÊNCIA PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO. ESTE TRABALHO TEM O OBJETIVO DE DISCORRER SOBRE A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NO TRATAMENTO DE LESÕES PANCREÁTICAS GRAU IV E SUAS COMPLICAÇÕES NO ANO 2018.</p> <p>MÉTODO: O TRATAMENTO DAS LESÕES COMPLEXAS DO BLOCO DUODENOPANCREÁTICO É CONTROVERSO E EXISTE ALGUMAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS, NÃO HAVENDO CONSENSO NA LITERATURA SOBRE O MELHOR TIPO DE TRATAMENTO. APRESENTAREMOS COMO CONDUZIMOS ESTE TIPO DE LESÃO NO NOSSO HOSPITAL, ASSIM COMO O NOSSO PROTOCOLO PARA AS LESÕES PANCREÁTICAS GRAU IV.</p> <p>RESULTADOS: NO ANO DE 2018 O SERVIÇO DE CIRURGIA DO HOSPITAL JOÃO XXIII CONDUZIU DOIS PACIENTES COM TRAUMA GRAU IV DE PÂNCREAS (LESÃO PROXIMAL A DIREITA DOS VASOS MESENTÉRICOS) COM DESINSERÇÃO DO COLÉDOCO. SENDO UM COM TRAUMA CONTUSO E O OUTRO COM TRAUMA PENETRANTE. FOI UTILIZADA A MESMA TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO PARA A VIA BILIAR E PÂNCREAS: LIGADURA DO COLEDOCO INTRAPANCREÁTICO E RECONSTRUÇÃO COM ANASTOMOSE COLECISTOJEJUNAL EM Y DE ROUX, ALÉM DE DRENAGEM TUBULAR PARA A LESÃO DO DUCTO DE WIRSUNG. O TRAUMA PENETRANTE APRESENTOU AS SEQUINTESS LESÕES ASSOCIADAS: LESÃO DUODENAL GRAU IV E LESÃO GÁSTRICA GRAU III. OPTADO PELA EXCLUSÃO DUODENAL COM A TÉCNICA DE JORDAN. O TRAUMA CONTUSO APRESENTOU AINDA MAIS LESÕES ASSOCIADAS: LESÕES GÁSTRICA GRAU III LESÃO HEPÁTICA GRAU II, LESÃO ESPLÊNICA GRAU II, LESÃO MESOCOLON TRANSVERSO GRAU V. O TEMPO DE INTERNAÇÃO DO TRAUMA PENETRANTE FOI MENOR (30 DIAS) EM RELAÇÃO AO CONTUSO – 67 DIAS. A PANCREATITE TRAUMÁTICA SE MANIFESTOU NOS DOIS. ASSIM COMO A FÍSTULA PANCREÁTICA, SENDO SEU FECHAMENTO NO TRAUMA CONTUSO MAIS PROLONGADO – A DESPEITO DO USO DE OCTREOTIDE. EVOLUINDO COM COMPLICAÇÕES COMO INFECÇÃO INTRABDOMINAL NECESSITANDO ANTIBIOTICOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO. NÃO HOUVE FORMAÇÃO DE PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS EM AMBOS OS CASOS.</p> <p>CONCLUSÕES: A INCIDÊNCIA DO TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO PANCREÁTICA NÃO É COMUM, REPRESENTAM 5 A 7% DOS TRAUMAS PENETRANTES E VARIAM DE 0,2 A 12% NOS TRAUMAS CONTUSOS. O DIAGNÓSTICO DAS LESÕES PANCREÁTICAS NO TRAUMA PENETRANTE SE FAZ NO PER-OPERATÓRIO. NO TRAUMA CONTUSO DEVEMOS VALORIZAR O MECANISMO DE TRAUMA ASSOCIADO ÀS IMAGENS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO MOMENTO CERTO, A FIM DE ESTABELECEER O DIAGNÓSTICO PRECOCE. O TRATAMENTO DESTAS LESÕES É DESAFIADOR MESMO PARA UMA EQUIPE EXPERIENTE EM TRAUMA, DEVIDO À COMPLEXIDADE E DA RARIDADE DESTES TIPOS DE LESÃO.</p>	<p>TL 118</p> <p>EFEITO DA N-ACETILCISTEINA ASSOCIADA AO ÁCIDO TRANEXÂMICO NA COAGULOPATIA EM MODELO SUÍNO DE POLITRAUMA</p> <p>Juliana Mynssen Fonseca Cardoso, Rodrigo Vaz Ferreira, Roberto Rasslan, Denise Aya Otsuki, Edivaldo Massazo Utiyama, Edna Frasson Souza Montero</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Trauma é a maior causa de óbito entre adultos jovens no Brasil e no mundo, considerado um grave problema de saúde mundial. Atualmente, o controle da hemorragia é feito com uma reanimação hemostática, que preconiza a hipotensão permissiva, limita o uso de cristalóides, estimula o uso precoce de hemoderivados e medicamentos que possam minimizar o sangramento. Entretanto, a administração precoce de componentes tem limitações de armazenamento, transporte, disponibilidade, compatibilidade, reações transfusionais e custo. Assim, deve-se desenvolver estratégias medicamentosas que possam beneficiar o paciente politraumatizado no tratamento do sangramento e na coagulopatia traumática. Por isso, decidiu-se avaliar o efeito da administração precoce de N-acetilcisteína (NAC) e ácido tranexâmico (TXA) em associação com Ringer lactato e seus efeitos na coagulação.</p> <p>MÉTODO: Foi utilizado um modelo experimental suíno de choque hemorrágico e politrauma em 36 suínos, machos, da raça Landrace, com peso médio de 28 kg e distribuídos em cinco grupos, com cinco a seis animais cada: Controle (n=5), Ringer lactato (n=5), NAC (n=6), TXA (n=6) e NAC+TXA (n=6). Os animais foram submetidos a anestesia geral, fratura de fêmur, choque hemorrágico controlado e, por fim, a uma lesão hepática como hemorragia não controlada. Foram analisados parâmetros fisiológicos, testes laboratoriais e tromboelastometria.</p> <p>RESULTADOS: Todos os animais submetidos ao experimento apresentaram taquicardia, hipotensão arterial, hipotermia, acidose, redução de plaquetas, hemoglobina e alteração nos testes de coagulação e viscoelásticos. O grupo NAC+TXA apresentou melhora do pH e excesso de base nas fases mais tardias do experimento quando comparados com os demais grupos (p<0,05). Na fase pós-lesão hepática, o fibrinogênio aumentou nos grupos NAC, TXA e NAC+TXA quando comparados com o grupo Ringer lactato (P<0,05). Na análise da tromboelastometria, o ML (Maximum Lysis) no grupo NAC foi maior do que o grupo Ringer, TXA e NAC+TXA nos tempos finais do experimento (p<0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: As análises do estudo sugerem um efeito benéfico da NAC em associação com TXA na melhora da acidose e fibrinólise.</p>

TL 119	TL 121
<p>PENTOXIFILINA EM MODELO SUINO DE TRAUMA MULTIPLO DURANTE A RESSUSCITAÇÃO: EFEITOS FISIOLÓGICOS E DA TROMBOELASTOMETRIA</p> <p>Rodrigo Vaz Ferreira, Juliana Mynssen Fonseca Cardoso, Denise Aya Otsuki, Edivaldo Massazo Utiyama, Edna Frasson Souza Montero</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estratégias medicamentosas que podem beneficiar o paciente gravemente ferido nas fases de ressuscitação devem ser desenvolvidas. Decidimos avaliar o papel da administração precoce de pentoxifilina (PTX) em associação com Ringer lactato (RL) e seus efeitos na coagulopatia e resposta inflamatória traumática. Portanto, decidimos avaliar o papel da administração precoce da Pentoxifilina (PTX) em associação com o RL e seus efeitos sobre a coagulopatia em um modelo de trauma múltiplo e choque hemorrágico descrito anteriormente.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 23 suínos machos Landrace, com peso médio de 28,5 kg, distribuídos aleatoriamente em três grupos: Controle (n = 5), RL (n = 5) e PTX (n = 7). Os animais foram submetidos a anestesia geral e, excetuando-se o grupo controle, seguiu-se com fratura de fêmur, choque hemorrágico controlado e, finalmente, lesão hepática (como simulação de hemorragia descontrolada). Parâmetros hemodinâmicos, exames laboratoriais, testes de coagulação padrão e tromboelastometria foram analisados.</p> <p>RESULTADOS: Os animais submetidos ao experimento apresentaram taquicardia, hipotermia, hipotermia, acidose, diminuição da hemoglobina e coagulação comprometida e testes viscoelásticos. Os níveis de lactato ao final do experimento foram maiores no grupo PTX quando comparado ao RL (p = 0,01). Dados extraídos de testes tromboelastométricos não mostraram diferença entre os grupos submetidos ao protocolo. A redução do consumo de fibrinogênio foi significativamente menor no grupo PTX quando comparado ao RL (p <0,01).</p> <p>CONCLUSÕES: A análise dos efeitos da pentoxifilina sugere um benefício potencial no consumo de fibrinogênio após a administração de PTX em choque hemorrágico grave e trauma.</p>	<p>OTIMIZAÇÃO DA INDICAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO EM MOTOCICLISTAS VÍTIMAS DE TRAUMA LEVE</p> <p>Cristiano Below, Isabela Campos Brianti, Murilo Golin, José Gustavo Parreira, Jacqueline A, G Perlingeiro, José Cesar Assef</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar um subgrupo de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito com baixo risco de lesões em que a TC de crânio não seria necessária.</p> <p>MÉTODO: Estudo prospectivo de todos os motociclistas vítimas de acidentes de trânsito no PS da Santa Casa de São Paulo. Foram incluídos para análise os indivíduos que apresentaram escala de coma de Glasgow de 15 e com exame neurológico normal sem histórico de perda da consciência. Foram utilizados os "Critérios Canadenses" na seleção de pacientes para TC de crânio. A frequência e gravidade de todas as lesões encontradas bem como seu tratamento foram anotadas. Os pacientes que não realizaram TC de crânio foram questionados em até três meses no trauma, por via telefônica, se houve algum problema relacionado ao trauma cranioencefálico.</p> <p>RESULTADOS: Dos 90 pacientes que realizaram TC de crânio, 12 apresentaram alterações no exame e 04 necessitaram de tratamento cirúrgico. Dos 179 pacientes admitidos com ECG 15, apenas 2 apresentaram TC alterada, sendo que ambos tinham alterações em anamnese e exame físico, já indicando a TC. Ou seja, neste grupo de pacientes (ECG 15) a tomografia computadorizada de crânio não deveria ser solicitada de rotina.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados deste estudo nos sugerem que a TC de crânio não deve ser realizada na rotina em motociclistas vítimas de acidente de trânsito, admitidos com ECG 15, exame físico normal e sem sintomas no momento da admissão.</p>
<p>TL 122</p> <p>CIRURGIA TORÁCICA ONCOLÓGICA EM PACIENTES OCTOGENÁRIOS: UMA REALIDADE</p> <p>BRUNO FERNANDO BINOTTO, JULIO MOTT ANCONA LOPEZ, JORGE HENRIQUE RIVABEN, THIAGO CARVALHO GAUDIO, ANDRE MIOTTO, DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS, PEDRO AUGUSTO HONDA, MARCIO BOTTER</p> <p><i>PREVENT SENIOR - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução A população idosa brasileira é de quase 30 milhões, sendo 14% da população total. Em nosso meio, o câncer de pulmão é a segunda neoplasia mais incidente no sexo masculino e a quinta no sexo feminino.(1). A proporção de idosos com câncer de pulmão continua a aumentar e o tratamento cirúrgico ainda é o padrão ouro (2). Pode ser desafiador indicar a ressecção pulmonar para os octogenários devido à maior morbimortalidade cirúrgica, mesmo as opções mais econômicas, tais como a segmentectomia. Objetivo Demonstrar retrospectivamente os desfechos clínicos e cirúrgicos de um grupo de octogenários submetidos à cirurgia torácica oncológica em Hospital privado especializado ao atendimento do idoso na cidade de São Paulo.</p> <p>MÉTODO: Realizada análise retrospectiva de prontuários; os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 80 anos, estágio oncológico precoce, comorbidades clínicas não limitantes e volume expiratório forçado no primeiro segundo maior que 1L. Avaliamos as seguintes variáveis: idade, sexo, presença de enfisema, história tabágica, comorbidades, tipo histopatológico, estadiamento, morbidade operatória e sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: De agosto de 2016 à dezembro de 2018, 256 pacientes foram submetidos à ressecção pulmonar por câncer, sendo 12 octogenários; foram 41,7% lobectomias, 50% segmentectomias e 8,3% ressecções de tumores de mediastino. Destas, 41,7% foram minimamente invasivas. Em relação a histopatologia 50% eram adenocarcinoma pulmonar, 25% carcinoma espinocelular pulmonar, 16,7 % tumor carcinóide típico e 8,3% timoma. Todos casos de câncer de pulmão eram estágio inicial (I e II); 66,7% dos pacientes possuíam espirometria normal e nunca fumaram. Metade dos pacientes possuíam duas comorbidades ou mais. 91,7% dos pacientes estavam vivos em 3 meses e 83,3% estavam vivos em 6 meses. Houve apenas um óbito por pneumonia pós-operatória. Apenas 25% dos pacientes apresentaram complicações pós operatórias consideradas leves, tais como pneumonia e fístula aérea prolongada. Discussão A cirurgia torácica oncológica evoluiu muito nas últimas décadas devido aos grandes avanços no estadiamento, avaliação pré-operatória e cuidados peri operatórios. A assistência perioperatória prestada à estes pacientes baseou-se em algumas etapas: reunião de preparo pré operatória com familiares e pacientes, suplementação dietética com imunomoduladores, utilização de maltodextrina para abreviação do jejum, utilização de técnicas da Medicina Integrativa (como acupuntura e massagem), anestesia combinada, priorização do VATS e fisioterapia intensa com mobilização precoce. Certamente, esta assistência integral permitiu resultados cirúrgicos tão favoráveis nesta população específica.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia torácica oncológica em pacientes octogenários é uma realidade factível e apresenta bons resultados tanto a curto como longo prazo. Entretanto, é fundamental um preparo perioperatório adequado além da utilização da VATS, sempre que tecnicamente possível.</p>	<p>TL 123</p> <p>RESULTADOS PRELIMINARES DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO POR TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM EM UMA POPULAÇÃO TABAGISTA DE ALTO RISCO E IDOSA.</p> <p>Jorge Henrique Rivaben, Bruno Fernando Binotto, Thiago Carvalho Gáudio, Julio Mott Ancona Lopez, Marcio Botter, Valéria Cristina Vigar Martins, Fabricio Prospero Machado, Silvio Fontanna Velludo</p> <p><i>Instituto Prevent Senior - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os resultados preliminares obtidos pelo programa de rastreamento de câncer de pulmão realizado através da TCTBD aplicada à uma população de idosos.</p> <p>MÉTODO: Os pacientes frequentavam o ambulatório de cessação de tabagismo de um serviço particular de medicina de grupo na cidade de São Paulo. Entre o período de maio de 2017 à novembro de 2018, foram recrutados 1563 pacientes e utilizados os mesmos critérios de eleição aplicados aos critérios de elegibilidade do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF) para o rastreamento do câncer de pulmão para cada paciente.</p> <p>RESULTADOS: Deste universo, 68,7% eram mulheres (n=1074) e 31,3% eram homens (n=489). A média da idade foi de 64 anos. Os indivíduos foram submetidos aos critérios do NCCN e USPSTF, sendo 69,1% elegíveis (n=820) para indicação da primeira TCBD e 30,9 % não elegíveis (n=366). Já retornaram com o resultado da tomografia 707 pacientes (86,2% dos elegíveis) que foram avaliadas segundo as categorias do Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-Rads). Os casos negativos, categoria 1 e 2 do Lung-Rads foram observados em 628 indivíduos (88,8%). Os casos positivos ocorreram em 82 indivíduos representando 13,1% da amostra. A categoria 03 em 37 (5,9%); a categoria 4A em 26 (4,1%) e a categoria 4B em 12 (1,9%) e a categoria 04 com fator X em 7 (1,1%). O câncer de pulmão foi identificado em 07 pacientes que retornaram dos 628 (1,11%) com a tomografia até o momento. Outros achados classificados como S no Lung-Rads ocorreram em 113 indivíduos (17,9%).</p> <p>CONCLUSÕES: O rastreamento do câncer de pulmão com a TCTBD em uma população de idosos de alto risco é factível. Um maior tempo da aplicação do método e incluindo um maior número de indivíduos são necessários para identificar se haverá redução da mortalidade como ocorreu no estudo do National Lung Cancer Screening Trial.</p>

TL 124	TL 125
<p>PARATIREOIDECTOMIA TORACICA VIDEO-ASSISTIDA EM HIPERPARATIREOIDISMO: UMA REVISAO DE LITERATURA</p> <p>TAMIRYS CERUTTI MARTINS, BRUNA BRANDÃO DE REZENDE GONDIM, LARYSSA NAYANA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA, MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA, LIA ROQUE ASSUMPÇÃO</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Esneato - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão sistemática abordando o tema de paratireoidectomia (PTX) torácica vídeo assistida (VATS) para hiperparatireoidismo. Nos casos em que as paratireoides (PT) estão a uma distância > 6 cm da clavícula ou abaixo da crossa da aorta, a ressecção com entrada direta na cavidade torácica pode ser indicada. O procedimento por técnicas minimamente invasivas nestes casos pode beneficiar o paciente.</p> <p>MÉTODO: Revisão sistemática da literatura foi realizada utilizando a plataforma PUBMED e a seguinte chave de busca: ("thorax"[MeSH Terms] OR "thorax"[All Fields] OR "thoracic"[All Fields]) AND ("parathyroidectomy"[MeSH Terms] OR "parathyroidectomy"[All Fields]). Critérios de inclusão utilizados: paciente maiores de 18 anos e submetidos a ressecção de PT mediastinais. Foram excluídos deste trabalho, estudos anteriores ao ano 2000 e com pacientes portadores de câncer de paratireoide. Dois revisores independentes selecionaram os artigos e entraram em consenso sobre as divergências. Foram tabulados após seleção as variáveis: presença de VATS, número de pacientes (submetidos a VATS ou não) e tipo de hiperparatireoidismo.</p> <p>RESULTADOS: Encontramos um total de 189 artigos, e ao aplicar os critérios de seleção selecionamos 43 artigos. Dos 368 pacientes avaliados na compilação de estudos, 39,1% foram submetidos a PTX por VATS. 58,1% dos estudos consistiam em relatos de caso. Somente 18,6% dos estudos comparavam diferentes técnicas de PTX mediastinal com VATS. Cerca de 58,1% dos estudos selecionados utilizaram VATS como técnica para PTX. Dos 144 pacientes relatados por VATS houve conversão para toracotomia ou esternotomia em 3 casos por lesão vascular associada. A maior parte dos pacientes submetidas a VATS possuíam hiperparatireoidismo primário, somente 16,6% eram pacientes renais crônicos e nenhum era transplantado.</p> <p>CONCLUSÕES: PTX por VATS quando necessária parece ser segura e tem seu uso cada vez mais utilizado. Ampliar o seu uso na população renal crônica e nos transplantados pode agregar diminuição da morbidade cirúrgica nestes casos.</p>	<p>O USO DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA EM CIRURGIAS TORACICAS</p> <p>Tiago Sacramento Souza Melo, Gabriel Coelho Costa Américo Oliveira Terceiro, Nathally Pereira Rodrigues, Juarez Leite Correa, Gabriel Américo Oliveira Neto</p> <p>UNIPTAN - SAO JOAO DEL REI - Minas Gerais – Brasil</p> <p>OBJETIVO: Descrever a contribuição da Circulação Extracorpórea para a Cirurgia Torácica, bem como sua técnica e possíveis complicações.</p> <p>MÉTODO: Revisão de tema em literatura especializada utilizando artigos científicos e livros-texto, sob supervisão do orientador.</p> <p>RESULTADOS: Definido como um conjunto de máquinas, equipamentos, tubos e técnicas que substituem temporariamente a função do coração e do pulmão, a Circulação Extracorpórea permitiu grandes avanços para a Cirurgia Torácica e para a Medicina. Dos quais destacam-se, uma melhor compreensão acerca da fisiologia cardiovascular, das reações do organismo às agressões cirúrgicas e um melhor entendimento da homeostase. O objetivo inicial da circulação extracorpórea é permitir ao cirurgião adentrar as câmaras cardíacas, em um campo exangue, e corrigir defeitos congênitos, como a Tetralogia de Fallot, e adquiridos, a exemplo dos distúrbios valvares. A técnica intraoperatória envolve a esternotomia com serra elétrica e, posteriormente, afastamento das costelas com afastador de Phinochetto, a fim de evitar lesão pulmonar. O passo seguinte se dá com a abertura do pericárdico, fixando-o ao tecido subcutâneo, para então acessar e manipular o coração. Após essa parte inicial, um sistema de cânulas é ligado às veias cavas e à aorta ascendente para, respectivamente, retirar e devolver o sangue ao coração. Durante todo o procedimento, deve-se induzir o paciente a hipotermia para que as necessidades fisiológicas do organismo sejam equivalentes à perfusão sanguínea inadequada induzida pela CEC e, com isso, complicações possam ser evitadas. Estudos demonstraram que o prazo máximo de realização da Circulação Extracorpórea é de 90 minutos, visto que após esse prazo complicações pós – operatórias são observadas, a exemplo da Insuficiência Renal. Cerca de 70 % dos pacientes, que excedem este prazo, irão desenvolver essa complicação, devido uma acidade metabólica e alterações na coagulação sanguínea. No pós-operatório, outro importante achado é a má perfusão cerebral, devido à ineficiência do coração em bombear o sangue. Esse mecanismo desencadeia sintomas de baixo débito no sistema nervoso central, a exemplo da síncope e alterações no nível de consciência.</p> <p>CONCLUSÕES: A Cirurgia Torácica com utilização de Circulação Extracorpórea é um procedimento complexo, fato que justifica um conhecimento sólido na teoria e na prática acerca de sua técnica e possíveis complicações.</p>
<p>TL 126</p> <p>AVALIAÇÃO DE CUSTO-BENEFÍCIO NAS LOBECTOMIAS PULMONARES (ABERTA X VIDEO COM E SEM OPME)</p> <p>João Paulo Santos Correia, Wander Mattos Cardoso, Antônio Carlos Almeida Barbosa Filho, Ingrid Botelho Ribeiro, Ingrid Ramalho Dantas Castro, Débora Irene Barbosa, Kalyne Silva Galvão, Pedro Alves do Amaral Mansur</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A lobectomia pulmonar é um procedimento amplamente usado para o tratamento de câncer de pulmão, das sequelas de tuberculose e malformações congênitas. As vantagens da lobectomia por vídeo incluem menor tempo de hospitalização e retorno mais rápido às atividades. Sua indicação frequente esbarra em seu alto custo em virtude dos materiais especiais. Neste estudo comparamos os custos de três tipos de procedimentos, lobectomia aberta x por vídeo com e sem OPME.</p> <p>MÉTODO: Estudo de coorte retrospectivo. Os grupos foram comparados por meio de teste estatístico ANOVA One-Way com Post-Hoc Turkey</p> <p>RESULTADOS: A comparação dos custos mostrou significativa redução para lobectomia aberta sem OPME. A comparação dos tempos mostrou não haver diferença significativa entre lobectomia com e sem grampo.</p> <p>CONCLUSÕES: Há evidência de melhor custo-benefício para lobectomia sem OPME em comparação com a com OPME.</p>	<p>TL 127</p> <p>DAMAGE CONTROL APLICADO A CIRURGIA CARDIACA</p> <p>Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho, Alfredo Aurélio Marinho Rosa, Pedro Henrique Torres Felix, Alice Wanderley Rosa, Emanoela da Silva Gonçalves, Olimpio Barbosa da Silva Neto, Iago Moura Aguiar</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A utilização do termo "Damage Control" em Medicina, refere-se a estratégias cirúrgicas voltadas para redução do tempo cirúrgico e reparo imediato das lesões a fim de restaurar os parâmetros fisiológicos do paciente. Inicialmente essa abordagem foi utilizada em pacientes moribundos e vítimas de traumas, em especial nos traumas abdominais. Entretanto, esse método também é utilizado no tratamento de lesões ortopédicas e vasculares. Na Cirurgia Cardíaca, essas técnicas podem ser utilizadas principalmente no controle de hemorragias, hipotensão e prevenção da acidose consequente do ato operatório. O objetivo deste trabalho é mostrar os benefícios que essa técnica pode trazer a subgrupos de pacientes submetidos à Cirurgia Cardíaca.</p> <p>MÉTODO: É um estudo observacional longitudinal descritivo realizado entre 2015 a 2017 no serviço de Cirurgia Cardiovascular na cidade de Maceió em três pacientes submetidos à cirurgia de troca valvar com todos apresentando acidose metabólica refratária. Essa técnica consiste na colocação de compressas estéreis de 15 x 15 cm em "sanduíche" na sua dobradura contendo gelfoam hemostático em seis unidades e quatro tubos de cola biológica embebidas com 1,5 g de cefuroxíma. Este PACK em um dos seus ângulos foi fixado por uma fita cardíaca que ficou direcionada no tecido celular subcutâneo 5 cm abaixo do ângulo inferior da ferida operatória, onde pôde ser retirado por túnel subcutâneo subxifóide com incisão de 4 cm na pele puxados pela fita cardíaca sepultadas durante a toracotomia.</p> <p>RESULTADOS: Após a saída da circulação extracorpórea durante o ato cirúrgico, sangramento do tipo "INAP" foi diagnosticado sendo realizada a técnica descrita acima, obtendo resultados satisfatórios, pois os pacientes não necessitaram de reoperação nas 24h seguintes, estabilizaram hemodinamicamente, evoluíram sem infecção e encontraram-se em follow-up em período de 203, 425 e 790 dias, respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: A aplicação do Damage Control pode ser importante em subgrupos de pacientes propícios a sangramentos elevados, como nos casos de reoperação, onde os riscos acabam sendo mais elevados e, apesar de não existir estudos multicêntricos prospectivos randomizados controlados, a técnica é conhecida por cirurgiões de várias especialidades. Parece que em situações extremas, como nos sangramentos do tipo INAP, essa técnica acaba sendo uma última alternativa para evitar alta letalidade neste grupo de pacientes.</p>

TL 128	TL 129
<p>GASTRECTOMIA TOTAL VS PARCIAL POR CANCER GASTRICO: RESULTADOS CIRURGICOS E SOBREVIDA GLOBAL DE 396 CASOS TRATADOS EM UMA MESMA INSTITUICAO.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Phillippe Abreu, Luiz Antonio Negro Dias, Raphaella Ferreira, Julia Goginski, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Regina Maria Goolkate, Guilherme Augusto Polaquini</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar características clínicas e indicadores relacionadas ao tratamento cirúrgico do câncer gástrico, entre pacientes submetidos a Gastrectomia Total e os submetidos a Gastrectomias parciais.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer de estômago submetidos a Gastrectomia com linfadenectomia a D2 durante o período de jan-2005 a jul-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os pacientes foram alocados nos grupos Gastrectomia Total e Gastrectomia Parcial. E as análises estatísticas aconteceram sempre de maneira comparativa entre os grupos. Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, sendo $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Do total de 396 pacientes, 123 (31%) realizaram Gastrectomia Total, 273 (69%) Gastrectomia Parcial. Quando analisados os dados de idade, gênero, IMC, Performance Status, Risco Anestésico (ASA), e exames laboratoriais não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma. E os dados de estadiamento foram semelhantes entre os grupos. O tratamento neoadjuvante aconteceu numa maior frequência nos pacientes submetidos a Gastrectomia Total, sem nível de significância estatística. O tempo cirúrgico foi significativamente maior nas gastrectomias totais 240 minutos, contra 180 minutos nas parciais. Complicações pós-operatórias ocorreram em 23 (18,7%) pacientes do grupo Gastrectomia Total contra 35(12,8%) pacientes do grupo Gastrectomia Parcial, não atingindo relevância estatística. Já a necessidade de reoperação foi significativamente maior no grupo Gastrectomia Total, 19 (15,4%) pacientes contra 22(8,1%) da Gastrectomia Parcial. O óbito em até 30 dias foi maior na Gastrectomia Total 3,8% contra 2,5% da Gastrectomia Parcial. O tempo médio de internação, assim como as diárias em UTI foram maiores para a Gastrectomia Total. O número de linfonodos dissecado não apresentou diferença entre os grupos. A sobrevida global média foi de 7.14 anos (5.90-8.38) nos pacientes submetidos a total e de 9.31 anos (8.47-10.15) na parcial, sendo encontrada diferença estatística significativa ($p=0.01$). Comparada a sobrevida global em 5 anos foi significativamente maior para a Gastrectomia Parcial, 74% contra 56%.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes submetidos a gastrectomias totais têm piores resultados em relação à gastrectomia parcial. Tamanho do tumor primário, comprometimento linfonodal, tempo cirúrgico e complicações graves pós-operatórias com necessidade de reoperação são os principais fatores influenciadores da sobrevida global dos pacientes.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO E HISTOPATOLOGICO DO ADENOCARCINOMA GASTRICO EM HOSPITAL UNIVERSITARIO DA PARAIBA</p> <p>Rhaissa Maria Assunção Andrade de Souza, Yegor Leniefferson Dantas Martins, Marcelo Gonçalves Sousa, Gabriela Albuquerque Batista de Araújo, Isabela Maria Cândida Ferreira Dornelas, Olga Maria Santana de Lacerda Mariz, João Pedro Santana de Lacerda Mariz, Francisco Caio Augusto Costa Fonseca</p> <p><i>Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Definir o perfil epidemiológico e histopatológico do adenocarcinoma gástrico (AG) no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) de João Pessoa – PB.</p> <p>MÉTODO: Foram analisados 130 laudos de exames anatomopatológicos de produtos de gastrectomias totais e subtotaais, arquivados no setor de Patologia do HULW, referentes ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Os casos encontrados de AG foram categorizados segundo faixa etária, sexo, tipo e grau histológico, invasão angiolinfática e perineural, margens cirúrgicas e estadiamento patológico.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 54 (41,5%) laudos compatíveis com AG. Pela classificação de Lauren, o tipo intestinal foi mais frequente. A proporção entre homens e mulheres acometidos por AG foi de 2,18:1. A faixa etária predominante foi entre 50 a 69 anos. Quanto ao grau histológico, 22 (40,7%) foram moderadamente diferenciados. Quanto ao comprometimento das margens cirúrgicas, 38 (70,4%) foram livres. Quanto a invasão angiolinfática, 37 (68,5%) apresentaram invasão presente e 44 (81,5%) apresentaram invasão perineural presente. Quanto ao estadiamento patológico, 25 (46,3%) dos AG foram classificados como pT3 e 14 (26%) como pN3.</p> <p>CONCLUSÕES: O AG representa parte relevante do total de laudos anatomopatológicos de produtos de gastrectomia total e subtotal neste serviço e seguem o perfil descrito na literatura com relação ao tipo histológico mais comum, faixa etária acometida e gênero predominante.</p>
<p style="text-align: center;">TL 130</p> <p>NEOPLASIA MALIGNA DE ESTOMAGO - UM COMPARATIVO ENTRE OS SEXOS</p> <p>Paulo Eduardo Dias Lavigne, Samuel Gomes Cardoso, Giuliano Rodrigues de Britto, André Luis Barbosa Romeo, José Victor Dias Lavigne, Jacqueline Costa Selch, Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo</p> <p><i>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) - Salvador - Bahia – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a prevalência de internações por neoplasia gástrica maligna entre homens e mulheres no Brasil em um período de 9 anos, uma vez que esse tipo de tumor é um dos que mais mata no País, com alta prevalência do adenocarcinoma (90%), tendo importante relação com exposição a determinados fatores de risco, fatores ambientais, sexo e procura tardia por atendimento.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo ecológico com abordagem quantitativa, descritivo e de caráter temporal. A partir da base de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram avaliadas as hospitalizações por neoplasia maligna do estômago no Brasil entre 2010 e 2018. As variáveis estudadas foram: números de internações, taxa de mortalidade, valor e tempo médio da internação de acordo com sexo masculino e feminino. Foi utilizado o software Excel para a realização do Teste-t de Student para avaliar a significância estatística dos resultados.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período avaliado foram realizadas 210.441 internações devido à neoplasia maligna de estômago, sendo 65% dos pacientes do sexo masculino. Foi observado ainda que entre 2010 e 2018 houve um aumento de 51 % no número total de internações. A média dos valores dos serviços médicos por indivíduos internados do sexo masculino foram R\$ 2354,3 (R\$ 2.443,5 do sexo feminino, com valor-$p = 0,427$), com tempo médio de permanência de 7,7 dias (8,0 dias do sexo feminino, com valor-$p = 0,463$) e taxa de mortalidade de 17,18% (17,22% do sexo feminino, com valor-$p = 0,883$).</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se uma maior prevalência de internações do sexo masculino, porém não houve diferença estatística entre as outras variáveis avaliadas quando comparando os dois sexos. Alguns fatores podem estar associados a este fenômeno: como hábitos de vidas (alcoolismo, tabagismo, dieta) e busca tardia por atendimento médico. Além disso, observou-se na literatura uma importante função dos hormônios estrogênicos, sugerindo que tais hormônios forneçam proteção contra o câncer gástrico durante os anos férteis da mulher, entretanto, seu efeito é diminuído após a menopausa, de modo que as mulheres passam a desenvolver a neoplasia maligna de estômago de forma semelhante aos homens. Interessante notar que, quando instalada esta doença, o impacto sobre a morbimortalidade é semelhante entre os sexos, com taxa média de sobrevida em 5 anos inferior a 20%, como é evidenciada na literatura.</p>	<p style="text-align: center;">TL 131</p> <p>Ressecção Multivisceral no Gist- Revisão da literatura e Relato de caso</p> <p>Gabriel Henrique Elisio Santos Rocha, Bruno Vaz de Melo, Rodrigo Andrade Vaz de Melo, Marcio Barroso Cavalière</p> <p><i>Hospital Municipal Lourenço Jorge - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>TÍTULO: OBJETIVO: Relato de caso de Ressecção Multivisceral no Gist duodenal envolvendo, pâncreas, cólon, rim, fígado, além de revisão bibliográfica</p> <p>MÉTODO: Paciente MLVSS, 39 anos, Brasileira, natural do Rio de Janeiro, moradora do Rio das pedras, sem comorbidades prévias chega a unidade em agosto de 2018 com relato de astenia, adinamia e perda ponderal de 20Kg nos últimos 2 meses. Nota massa abdominal e apresenta febre com calafrios há 10 dias. Há 1 semana passa a apresentar constipação e fezes em fita. Paciente em bom estado geral, abdômen com massa endurecida palpável que se estende ao mesogastro, flanco direito e hipocôndrio direito. Endoscopia Digestiva Alta apresenta Compressão Extrínseca Duodenal e na Tomografia identifica-se grande cisto hepático, lesão hepática seg IV—V, grande tumoração em ângulo hepático, invadindo estruturas adjacentes, grandes dilatação ureter proximal e pelve renal direita, com exclusão renal Direita. Realizada Duodeno Pancreatocomia com Pancreato-Gástrica anastomose, Nefrectomia Direita, Hemicolecotomia Direita com anastomose primária, ressecção de metástase hepática (segmento IV para V). Foi realizada uma revisão da literatura no banco de dados do PUBMED, onde o número de artigos relacionados a ressecção multivisceral no GIST foi muito baixo. Além disso, buscamos nas referências dos artigos selecionados, outros trabalhos relevantes para essa revisão, assim como sugestão de especialistas na área. Através de nossos critérios de inclusão selecionamos um total de 06 artigos, que foram utilizados como base para a realização desta revisão.</p> <p>RESULTADOS: A Ressecção multivisceral é factível no GIST localmente avançado.</p> <p>CONCLUSÕES: A ressecção multivisceral no GIST é possível. Propiciando resultados oncológicos semelhantes e sobrevida semelhante quando comparado com ressecção de órgão único para tumores localmente avançados. Conclui-se que a ressecção multivisceral é uma boa opção para pacientes com GIST localmente avançados.</p>

TL 132	TL 134
<p>O IMPACTO DA FRAGILIDADE DO IDOSO NA EVOLUÇÃO POS-OPERATORIA DE PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO</p> <p>Paula Veri Guimarães, Luiz Roberto Lopes</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Campinas - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Considerando o envelhecimento da população como fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias e que as mudanças fisiológicas refletem na resposta do indivíduo aos tratamentos propostos, este estudo tem como finalidade avaliar o impacto da fragilidade do idoso na evolução pós-operatória de pacientes com câncer gástrico.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado estudo prospectivo com quinze pacientes idosos com neoplasia gástrica, acompanhados no Ambulatório de neoplasias do trato gastrointestinal superior no Hospital de Clínicas da Unicamp, submetidos a gastrectomia total ou subtotal com proposta terapêutica. Foi realizada no pré-operatório a aplicação do CHS para categorização dos idosos nos grupos de frágeis, não frágeis e pré-frágeis. No pós-operatório, foi avaliado a evolução e complicações a curto prazo – como tempo de internação, tempo de realimentação, dias de internação em unidade de terapia intensiva, complicações e reoperação. A médio prazo foi avaliado o seguimento oncológico do doente, o retorno às atividades da vida cotidiana, reganho de peso e capacidade de alimentação funcional. A longo prazo, cerca de trinta e seis meses, foi reaplicado o teste de fragilidade do idoso proposto pelo CHS, para recategorização dos doentes do presente estudo. Foi ainda avaliado o desfecho dos doentes e as complicações a longo prazo.</p> <p>RESULTADOS: Obteve-se grupo similar entre os frágeis, não frágeis e pré-frágeis, e foi observado que a curto e médio prazo que não houve grande diferença na evolução pós-operatória entre eles independente do grupo, os pacientes tiveram em média o mesmo tempo de internação, tempo de realimentação, dias de internação em unidade de terapia intensiva. Entretanto, a longo prazo notou-se que o estadiamento inicial da lesão foi o principal fator determinante na evolução e no desfecho do paciente. Os pacientes que foram operados com lesões em estadiamento iniciais, mesmo com pontuação que os fizessem ser categorizados como frágeis ou pré-frágeis, tiveram uma evolução satisfatória, com bom retorno às atividades e ganho nutricional. Os pacientes já com neoplasia avançada (estádio III e IV), mesmo quando pertencentes ao grupo dos não frágeis, evoluíram desfavoravelmente, com óbito precocemente (cinco a seis meses) ou tardiamente (aproximadamente vinte e três meses).</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se que no pós-operatório de curto e médio prazo, independente do estado de fragilidade, quando os doentes são bem selecionados e conduzidos segundo protocolos bem definidos, há uma tendência a igualar os grupos, obtendo-se bons resultados e adequada recuperação pós-operatória, minimizando o impacto que o estresse cirúrgico causaria nessa população, sobretudo no grupo já considerado fragilizado. Porém, a longo prazo, nota-se que o fator agressividade da doença e estadiamento são determinantes na evolução dos pacientes, tornando muito próximos os resultados obtidos entre o grupo de doentes não frágeis e pré-frágeis. Há uma tendência desfavorável na evolução a longo prazo dos pacientes fragilizados.</p>	<p>NEOADJUVANCIA EM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO LOCALMENTE AVANÇADO, EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELEM-PA</p> <p>Marielle De Nazaré Gonçalves de Lima e Silva, William Fernandes Barra, Geraldo Ishak, Rodrigo Ferreira da Silva, João Felipe Leite Acioli, Emanuel Gomes dos Santos Junior, Fernanda Ferreira da Luz, Marcelo Oliveira Mourão Junior</p> <p><i>HUJBB - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos com adenocarcinoma gástrico localmente avançado no Serviço de Cirurgia e Unidade de Oncologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto, no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2019, e avaliar o impacto do protocolo de quimioterapia neoadjuvante no manejo desses pacientes.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, transversal e descritivo, com inclusão de pacientes com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma gástrico localmente avançado (T3 ou N+) e sem evidência de metástases à distância (M0). As variáveis investigadas consistiram em aspectos epidemiológicos, clínicos, endoscópicos e histopatológicos. Foram avaliadas as respostas ao tratamento neoadjuvante com a comparação entre o estágio clínico e patológico da doença, utilizando o Teste do Qui-Quadrado para significância estatística (p<0,05).</p> <p>RESULTADOS: Foram selecionados 63 pacientes e incluídos 30 pacientes que preencheram os critérios do estudo. Epidemiologicamente, a casuística apresentou maioria de homens (60%) e a média de idade da casuística foi de 57,75 anos. 57% possuíam escolaridade baixa, com 64,5% de etilismo e 51,6% de tabagismo. Cerca de 33% apresentavam histórico de doença gástrica e 26% relatavam história familiar positiva. Queixas mais relatadas foram epigastralgia e perda ponderal, com início médio do quadro de aproximadamente 12 meses. O perfil endoscópico mostrou predominância de tumores distais, sendo maioria Borrmann III. Os tumores eram principalmente difusos com células em anel de sinete (40,7%), pouco diferenciados, em estadio III e com 60,5% dos pacientes apresentando acometimento linfonodal. A neoadjuvância foi bem tolerada, tendo diarreia e náuseas como efeitos adversos mais relatados e somente 7,1% de pacientes que interromperam o tratamento por toxicidade grave. Houve predomínio de gastrectomias subtotais e a média de internação hospitalar foi de 18,6 dias, com a maioria sem morbidades pós-operatórias. O impacto da neoadjuvância foi estatisticamente significativo na redução do percentual de estágios avançados e no aumento da parcela de pacientes com linfonodos regionais livres de acometimento. Não houve nenhum óbito durante a neoadjuvância.</p> <p>CONCLUSÕES: Os pacientes com adenocarcinoma gástrico localmente avançado submetidos ao tratamento quimioterápico neoadjuvante apresentaram boa tolerância e obtiveram regressão tumoral. Não houve aumento da morbidade pós-operatória. Ocorreu aumento, estatisticamente significativo, de pacientes com linfonodos negativos na peça cirúrgica (ypN0) se comparado ao estadiamento clínico.</p>
<p>TL 136</p> <p>FATORES RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO DE HERNIA INCISIONAL NO POS OPERATORIO DE RESSECÇÃO DE CANCER COLORRETAL</p> <p>ADRIANA FERNANDES SILVA, MARCELINO PAIVA MARTINS, DANIELLE OLIVEIRA ANDRADE, HELLEN MIYUKI MATTOYS MOTOYAMA, HUSSEIN ALI EL ZEIN, LAURA GOMES FLORES, CASSIANA TOMAZONI, MICHELI GIOVANA SIGNOR</p> <p><i>Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os fatores de risco e de proteção associados ao surgimento da hérnia incisional após ressecção do câncer colorretal.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram incluídos pacientes que realizaram tratamento cirúrgico do câncer colorretal de julho de 2018 a dezembro de 2018. Os dados avaliados nos prontuários foram: idade, peso, altura, estadiamento do tumor e tabagismo. Verificou-se durante o exame físico a presença de hérnia na região da cicatriz operatória.</p> <p>RESULTADOS: Incluiu-se na pesquisa 157 pacientes oncológicos. A incidência de hérnia incisional foi mais prevalente nos pacientes que tinham idade maior do que 65 anos com 14 casos (8,9%), seguido da faixa etária entre 40-65 anos com nove pacientes (5,7%) e com apenas dois casos em menores de 40 anos. Observou-se que 38,09% dos pacientes considerados com obesidade grau I (IMC entre 31kg/m² – 40kg/m²) apresentaram hérnia incisional. Já entre os pacientes desnutridos (IMC < 18,5kg/m²), a prevalência foi de 20% e nos eutróficos (IMC entre 18,5kg/m² – 24,9kg/m²) foi de 15,27%. Quanto ao estadiamento do câncer colorretal, observamos que os pacientes operados apresentavam a seguinte distribuição: 0% Estádio I, 14% Estádio II, 45,9% Estádio III e 40,1 % Estádio IV. Além disso, o estágio clínico III foi o responsável pela maioria dos pacientes com hérnia incisional (48%). De todos os pacientes que eram tabagistas/DPOC (43), 83,8% não evoluíram com hérnia, ao passo que dos 25 pacientes avaliados que apresentaram hérnia, 72% não eram tabagistas/DPOC. Contrapondo-se aos fatores de risco apresentados, foi analisado que dos 37 pacientes submetidos a cirurgia de caráter emergencial com utilização do ponto total como técnica do fechamento da parede abdominal, 73% (27) não evoluíram com hérnia incisional. Portanto, apenas 10 pacientes com ponto total, no grupo de 25 pacientes, desenvolveram hérnia.</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre os fatores de risco para formação da hérnia incisional analisados nesse estudo, idade, obesidade e estadiamento avançado, foram os que apresentaram associação mais relevante, ao passo que tabagismo/DPOC não demonstrou associação significativa. Observou-se que a utilização do ponto total como fechamento da parede abdominal em cirurgias de caráter emergencial previne a formação de hérnias, o que corrobora com o conceito de que o ponto total serviu como fator de proteção. Há necessidade de randomização para análise desses fatores, para que os pacientes com alto risco de hérnia incisional possam receber medidas profiláticas.</p>	<p>TL 137</p> <p>ANÁLISE COMPARATIVA DAS DIFERENTES TÉCNICAS DE HEMORROIDECTOMIA E EVOLUÇÃO NO POS-OPERATORIO</p> <p>NAYARA LOBO COELHO, VERGILIO PEREIRA CARVALHO, BRUNA LIMA DAHER, CAIO CESAR FASCIOLO CONTIN SILVA, BRUNA LEMOS SILVA, VILSON JACQUES, HUGO LEONARDO SHIGENAGA RIBEIRO, LARA DIAS CASTRO CAVALCANTI</p> <p><i>SANTA CASA DE FRANCA - FRANCA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar de modo comparativo os resultados pós-operatórios de diferentes técnicas de hemorroidectomia e hemorroidopexia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão da literatura, nas seguintes bases de dados: Web of Science; Periódico da Capes; Scopus; SciELO Periódicos; Social Science Research Network (SSRN); PubMed e MEDLINE Complete.</p> <p>RESULTADOS: Uma pesquisa publicada pela The Lancet, realizada no Departamento de Cirurgia do Hospital Raigmore, na Escócia, concluiu que a hemorroidopexia foi menos dolorosa do que a hemorroidectomia convencional e as taxas de complicações cirúrgicas foram semelhantes entre os grupos. A qualidade de vida global foi melhor para o grupo submetido a hemorroidectomia convencional em relação ao grupo que realizou PPH em 24 meses. Os participantes do grupo da hemorroidectomia tiveram menos sintoma em um período de 12 a 24 meses (ambos p < 0,0001), e relataram menos intercorrências em 12 (39/278) e 24 meses (76/300) em comparação com o grupo que fez PPH em 12 meses (94/295) e em 24 meses (134/317). Na série de maior amostragem Cruz et, a técnica aberta com 2.014 casos teve 61 complicações (1,9%), das quais: 38 casos de estenose anal (1,9%), 19 casos de hemorragia anal (0,9%), 3 casos de agravamento de incontinência fecal (0,1%), nenhum caso de sepse anal (0%) e 1 caso de complicação sistêmica – crise hipertensiva com hemorragia vicariante – (0,05%). A técnica fechada com 232 casos teve 8 complicações (3,4%), das quais: 4 casos de estenose anal (1,7%), 1 caso de hemorragia anal (0,4%), 1 caso de agravamento de incontinência fecal (0,4%), 2 casos de sepse anal (0,9%) e nenhum caso de complicações sistêmicas (0%). A técnica mista com 171 casos teve 7 complicações (4,1%), das quais: 2 casos de estenose anal (1,2%), 1 caso de hemorragia anal (0,6%), 1 caso de agravamento de incontinência fecal (0,6%), 1 caso de sepse anal (0,6%) e 2 casos de complicações sistêmicas (0,1%) – 1 caso de crise hipertensiva com hemorragia vicariante e 1 caso de choque anafilático com parada cardíaca e ressuscitação (Cruz et al., 2007).</p> <p>CONCLUSÕES: A hemorroidectomia fechada de Ferguson tem poucas vantagens clinicamente mensuráveis em relação à hemorroidectomia aberta à Milligan-Morgan em termos de redução da dor pós-operatória, menor risco de sangramento pós-operatório e cicatrização mais rápida da ferida, necessitando de mais pesquisas com grandes amostras e um maior tempo de follow up, considerando que há poucos estudos encontrados na literatura e ainda muito antigos. Além disso, os estudos recentes e mais antigos mostram uma equivalência nas taxas de complicações quando usadas as técnicas abertas, fechadas ou mistas, da mesma forma, sem significância estatística. Em relação ao uso de uma técnica mais nova, como PPH, os estudos mostraram que os resultados pós-operatórios a curto prazo é melhor. Em contrapartida, estudos com maior tempo de follow up refutam esse resultado, mostrando que a técnica convencional tem resultados superiores em relação aos aspectos pós-operatórios e qualidade de vida.</p>

TL 138	TL 140
<p>CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DO CÂNCER COLORRETAL: COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES < 50 E >50 ANOS DE IDADE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA</p> <p>Anna Beatriz Salles Ramos, Amanda Luíza Aguiar Taquary Alvarenga, Fernando Marinho Marques da Silva</p> <p><i>UnICEUB - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal (CCR) é o terceiro câncer mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres, e embora a idade média recomendada para o início do seu rastreamento tradicionalmente seja de 50 anos, mais de 1/10 dos casos de CCR (11% dos tumores de cólon e 18% dos tumores de reto) ocorrem em indivíduos com menos de 50 anos e a incidência e mortalidade tem aumentado nesse grupo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é avaliar as características histopatológicas dos tumores e o seu prognóstico em pacientes jovens.</p> <p>MÉTODO: O estudo realizado foi do tipo observacional, longitudinal e retrospectivo, a partir da análise de prontuários de pacientes portadores de neoplasia colorretal submetidos a tratamento cirúrgico entre janeiro de 2013 e janeiro de 2018 atendidos no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). As variáveis avaliadas foram: características anatomopatológicas e estadiamento (sistema TNM-AJCC). Foram incluídos 184 (21,2% tinham idade inferior a 50 anos) pacientes portadores de câncer colorretal operados no hospital, incluindo aqueles que realizaram apenas biópsia. Foram excluídos 6 pacientes que possuíam prontuário incompleto. O projeto do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF, que deu parecer favorável à sua realização. A análise estatística foi feita pelo software GraphPadPrism 6 e o software IBM SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 21. Os gráficos foram gerados no GraphPadPrism e a análise descritiva no SPSS.</p> <p>RESULTADOS: O tipo histológico mais frequente em ambos os grupos foi o Adenocarcinoma. No grupo dos pacientes com idade inferior a 50 anos houve maior concentração de indivíduos com estadiamento III e IV ($p=0,041$) e foi mais frequente a presença de tumores pouco diferenciados (10,25% contra 3,52%; $p=0,153$). Ademais, foram descritas maiores incidências de margens comprometidas (8,82% contra 4,8%; $p=0,368$), invasão angiolinfática (36,36% contra 21,1%; $p=0,07$) e perineural (42,42% contra 19,7%; $p=0,007$), o que denota doença mais avançada nos pacientes com idade inferior a 50 anos.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo mostrou que as características anatomopatológicas dos tumores e o seu estadiamento em pacientes mais jovens (<50 anos) representam doença mais avançada e pior prognóstico nesse grupo. Pode-se concluir que o padrão de rastreamento utilizado atualmente possui baixa efetividade, pois não identifica os pacientes com idade inferior a 50 anos e com CCR, sendo estes diagnosticados em estágios mais avançados da doença devido à presença de sintomas. Dessa forma, os resultados sugerem que a implementação de programas populacionais de rastreamento para CCR a partir dos 45 anos seria benéfico.</p>	<p>INDICADORES DE QUALIDADE EM COLONOSCOPIA EM UM HOSPITAL DE ENSINO: AVALIAÇÃO EM EXAMES PARA RASTREAMENTO E COM INDICAÇÃO DIAGNÓSTICA EM PACIENTES SINTOMÁTICOS</p> <p>Vitória Espíndola Leite Borges, Natascha Mourão Moreira, Vanessa Siqueira Reis, Sebastião Dutra Moraes Júnior, Oswaldo Moraes Filho, Camila Oliveira Barbosa, Flavia Berford, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colonoscopia é o exame essencial na identificação das afecções colorretais, assim como no rastreio e diagnóstico do câncer colorretal. Desta forma é imprescindível a realização deste exame com alta qualidade para obter elevada acurácia. A American Society for Gastrointestinal Endoscopy (AGES) estabelece indicadores para permitir que se considere ótimo a realização de colonoscopia por uma instituição ou profissional. Dentre esses estão a taxa de intubação cecal, identificação de pólipos adenomatosos em indivíduos assintomáticos, realização de biópsias de cólon em indivíduos com diarreia crônica, realização de biópsias sistemáticas em pacientes com doença inflamatória intestinal, taxas de ressecção endoscópica de pólipos sésseis/pedunculados de até 2cm. O presente estudo tem por objetivo avaliar indicadores de qualidade em colonoscopias realizadas em um hospital de Ensino.</p> <p>MÉTODO: Foram revisados os laudos de 4013 colonoscopias realizadas para rastreamento em sujeitos assintomáticos ($n=1537$) ou com indicação diagnóstica em pacientes sintomáticos ($n=2576$). Os dados foram inicialmente de uma Base de dados alimentada prospectivamente no serviço de coloproctologia de um Hospital de Ensino e a seguir as informações foram complementadas pela revisão dos laudos anatomopatológicos. As variáveis coletadas foram: sexo, idade; indicação para realização do exame, tipo de preparo realizado; qualidade do preparo, taxa de intubação cecal, identificação de pólipos adenomatosos em indivíduos assintomáticos, realização de biópsias de cólon em indivíduos com diarreia crônica, realização de biópsias sistemáticas em pacientes com doença inflamatória intestinal, taxa de ressecção endoscópica de pólipos sésseis/pedunculados de até 2cm.</p> <p>RESULTADOS: Dos 4113 exames realizados, 62,6% foram em mulheres, a média de idade foi $52,5 \pm 16,3$ anos. A taxa de intubação cecal nos 4013 exames foi de 95,04%; sendo 98,1% no grupo rastreio e 93,6% no grupo diagnóstico. A taxa de identificação de pólipos na amostra total de 22,25%, sendo 15,5% em mulheres e 33,5% em homens. A realização de biópsias em indivíduos com diarreia crônica ocorreu em 59,4% dos casos; 100% dos pacientes com doença inflamatória intestinal foram submetidos a biópsias seriadas; e em 95% dos indivíduos com pólipos <2cm, foi realizada ressecção endoscópica.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos resultados, é possível afirmar que a maioria dos indicadores de qualidade obtidos nesse hospital de ensino está de acordo com as recomendações da AGES. O que representa, não só uma referência para o rastreio e diagnóstico de afecções colorretais, principalmente o câncer, neoplasia com alta incidência e morbimortalidade em nossa população, mas um importante centro de ensino neste campo médico. Vale ressaltar que nesse estudo o tempo de retirada do colonoscópio não foi documentado.</p>

TL 141	TL 142
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE ADULTO ACOMETIDO POR CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2018</p> <p>Marcela Silva Oliveira, Carolina Cairo de Oliveira</p> <p><i>Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico do paciente adulto acometido por câncer colorretal no Brasil entre 2008 e 2018.</p> <p>MÉTODO: O presente trabalho trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo, cujos dados utilizados foram obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS) no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS) e apresentado em forma de gráficos no programa Microsoft Excel 2013.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com os dados colhidos, no período de 2008 a 2018, o perfil epidemiológico do paciente adulto acometido por câncer colorretal no Brasil teve uma maior prevalência na faixa etária entre 60 e 69 anos, representada por 29,31% dos casos. Quanto a raça, houve elevada prevalência na cor branca, com 56,36% dos casos. Em relação ao sexo, não houve uma prevalência entre um e outro, que variou entre 5,62 a 12,68% para ambos.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir das variáveis analisadas, conclui-se que o perfil epidemiológico do paciente adulto acometido por câncer colorretal no Brasil é caracterizado por estar na faixa etária entre 60 e 69 anos e da raça branca. Diante disso, é possível apontar que o câncer colorretal é uma doença que atinge, em sua maioria, a população idosa, devido ao aumento da expectativa de vida e a exposição a hábitos de vida considerados inadequados, como os alimentares, consumo elevado de álcool e tabaco, além de alterações fisiológicas do envelhecimento, que podem contribuir para tal. Diante disto, faz-se necessário aprimorar políticas de controle e rastreio precoce na população idosa.</p>	<p>TRANSFERÊNCIA DE UM FASCÍCULO DO NERVO ISQUIÁTICO PARA O NERVO PUDENDO, PARA REINERVAÇÃO DO ESFÍNCTER ANAL: ESTUDO DE VIABILIDADE ANATÔMICA EM CADÁVERES</p> <p>Andréa Povedano, Thiago Scharth Montenegro, Rosana de Siqueira Brown, Eduardo Cortez Vassallo, Rossano Kepler Alvin Fiorelli, José Fernando Correa-Guedes</p> <p><i>UNIRIO - RJ - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudar a viabilidade anatômica da transferência de um fascículo motor de um ramo do nervo isquiático (especificamente o para a porção longa do músculo biceps femoral), para o nervo pudendo, tanto na região glútea quanto no nível perineal, para estabelecer a reinnervação de o esfíncter anal.</p> <p>MÉTODO: Foram dissecadas bilateralmente 12 regiões glúteas e faces posteriores do terço proximal da coxa em cadáveres humanos, utilizando técnicas microcirúrgicas para se obter a exposição ao nervo pudendo e isquiático na região infra-piriforme. Foram mensurados comprimentos do segmento glúteo do nervo pudendo, nervo pudendo perineal e um fascículo doador do ramo ciático para a porção longa do músculo biceps femoral, assim como o comprimento do nervo necessário para a coaptação na região glútea (proximal) e perineal profunda (distal). A viabilidade da transferência foi testada por coaptação direta entre os nervos e testada matematicamente através da razão entre o comprimento do fascículo doador e do comprimento necessário para a coaptação proximal e distal. Relações numéricas > 1,00 indicaram a viabilidade de coaptação.</p> <p>RESULTADOS: As coaptações diretas foram possíveis em todos os 24 espécimes dissecados e comprovadas estatisticamente através das razões > 1,00 ($p < 0,05$).</p> <p>CONCLUSÕES: A transferência do fascículo do nervo isquiático para a porção longa do músculo biceps femoral para o nervo pudendo é anatomicamente viável, já que o comprimento do doador é suficiente, o nervo doador compatível funcionalmente (motor) e ambos os nervos doador e receptor são facilmente identificados. Até mesmo variações anatômicas no nervo pudendo podem ser acomodadas. A transferência proposta apresenta ainda as seguintes vantagens: - a transferência é intraplexual, - o nervo doador é funcionalmente compatível (motor) como nervo receptor. permite a possibilidade de transferência isolada para ramos do nervo pudendo bem como para o ramo retal acessório. - os nervos doador e receptor podem ser facilmente identificados por meio de acesso glúteo. permite o estudo e transferências mesmo em variações anatômicas do n. pudendo. - a perda funcional do componente muscular doador pode ser suprida por outros músculos de ação sinérgica. - as áreas cerebrais correspondentes a ação dos nervos doadores e receptores em questão estão próximas</p>

<p style="text-align: center;">TL 145</p> <p>Impacto do comprometimento linfonodal no câncer colorretal: análise uni e multivariável de fatores influenciadores de sobrevida.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Fernando Henrique Oliveira Mauro, Ewerson Luiz Cavalcanti Silva, Eduardo Da Cás, Maria Julia Macedo Bonatto, Regina Maria Goolkate, Danilo Saavedra</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar as características epidemiológicas dos pacientes com tumor de cólon e reto para melhor entendimento dos fatores de risco. Assim como os dados do tratamento oncológico empregado, com ênfase no tratamento cirúrgico realizado.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes com câncer de cólon e reto submetidos a cirurgia de ressecção no período de set-2009 a dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartil para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Estudo composto por 515 pacientes com mediana de idade de 63,66 (54-71) anos. O sexo masculino representou 267 (51,8%). Apresentavam bom estado geral (P S Zubrod 1 ou 2) 430 (83,5%) pacientes. O estágio clínico se concentrou em II ou III em 61,7% dos casos. Necessitaram de tratamento neoadjuvante 92 (17,9%) dos pacientes. As opções de acesso para a operação foi 447 casos para cirurgias por via aberta e 68 por via laparoscópica. Os principais procedimentos cirúrgicos foram: retossigmoidectomias (n=322), ileocolocetomia direita(n=99), exenteração pélvica(n=48). O tempo cirúrgico médio foi 180 minutos. Complicações pós-operatórias graves (Clavien-Dindo 3,4,5) aconteceram 108 (21%) casos. O tempo médio de internação de 4 dias e tempo médio de UTI de 1 dia. A mortalidade cirúrgica foi de 25 (4,9%) casos. A média de linfonodos dissecados foi de 9. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma em 491 (95,3%) casos. O seguimento médio dos pacientes foi de 3,4 anos. A sobrevida em 5 anos foi de 72,4%, na análise univariada foram considerados fatores de risco indicadores de estado geral, estadiamento clínico, linfonodos comprometidos, e complicações pós-operatórias. Já na análise multivariada apenas a presença de linfonodos comprometidos foi significativa.</p> <p>CONCLUSÕES: Sobrevida em 5 anos de 72,4%, com identificação de fatores de pior prognóstico para baixo Performance Status, Risco anestésico elevado, Estadiamento Clínico, linfonodos comprometidos e presença de complicações pós operatórias. Destes fatores o que se mostrou mais consistente foi a presença de linfonodos comprometidos.</p>	<p style="text-align: center;">TL 146</p> <p>SPYGLASS: NOVA ALTERNATIVA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA PARA PATOLOGIAS DA VIA BILIOPANCREATICA.</p> <p>Lucas Santana Nova da Costa, Flavio Hayato Ejima, Gustavo Werneck Ejima, Liliana Sampaio Costa Mendes, Matheus Moreno de Oliveira, Bruno Chaves Salomão, Ana Carolina Gomes Siqueira, Ana Beatriz Pereira de Souza</p> <p><i>UniCEUB / IHBDF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O SpyGlass é um método diagnóstico e terapêutico que possibilita visualização direta e direcionamento de acessórios através do ducto biliopancreático em procedimentos endoscópicos. É um sistema modular que permite a passagem de uma fibra ótica de fino calibre através do aparelho de duodenoscopia, manejado por um único operador. Esse método está indicado nos casos em que procedimentos considerados avançados, como a CPRE, não alcançaram sucesso terapêutico ou quando obtiveram resultado diagnóstico duvidoso. Apresenta como diferencial a possibilidade de realização de biópsias sob visão direta, litotripsia e colocação/retirada de próteses, atingindo acurácia diagnóstica e terapêutica de até 90%. Objetivo: Demonstrar a utilização do SlyGlass a partir da análise de uma série de casos, como uma alternativa diagnóstica e terapêutica nos acometimentos das vias biliopancreáticas que têm difícil manejo pelos métodos convencionais, endoscópicos ou radiológicos.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo multicêntrico, por meio da análise de laudos de 20 pacientes submetidos ao SpyGlass por um único examinador.</p> <p>RESULTADOS: O procedimento foi realizado em um total de 20 pacientes, sendo 65% (13) mulheres e 35% (7) homens. A média de idade foi de 62,1 anos, variando de 36 a 86 anos. A principal indicação foi a estenose do ducto biliopancreático, em 55% (11) dos casos. Nos casos de estenose, foi realizada biópsia sob visualização direta em 9 casos e foram colocadas 6 próteses expansivas, sendo necessária a passagem prévia de balão dilatador em 2 desses casos. A segunda principal indicação foi a realização de litotripsia, em um total de 30% dos casos. Os cálculos possuíam tamanho variando de 18 a 28 mm, sendo que um exame foi interrompido devido à agitação do paciente e outro foi impossibilitado pela incapacidade de passagem do aparelho. Dentre os outros procedimentos, em um foi realizada a pancreatoscopia com retirada de prótese anterior, biópsia de via pancreática e colocação de nova prótese no local; outro exame foi considerado sem alterações; e em um último foi realizada drenagem de toaleta em via biliar intra-hepática por balão extrator. Obteve-se uma taxa de sucesso de 90%, sendo considerado como sucesso os casos em que as indicações diagnósticas e terapêuticas foram atingidas. A única complicação imediata relacionada ao procedimento foi em decorrência da falha de sedação do paciente, impossibilitando o sucesso do procedimento.</p> <p>CONCLUSÕES: O SpyGlass é uma nova tecnologia criada para abordagem de patologias das vias biliopancreáticas, que aumentou a acurácia diagnóstica e terapêutica devido à possibilidade de visualização direta e utilização de canal terapêutico através de via e operador único. Dessa forma, esse procedimento deve ser considerado como alternativa nos casos em que outros procedimentos avançados não obtiverem sucesso.</p>
<p style="text-align: center;">TL 147</p> <p>COMPLICAÇÕES POS-COLECISTECTOMIA, CONVENCIONAL OU VIDEOLAPAROSCOPICA EM HOSPITAL ESCOLA DE REFERENCIA REGIONAL NO ESPIRITO SANTO</p> <p>RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, ANDRÉ LIMA JORDÃO, LUIZ ALVES SILVA NETO, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, ALESSANDRO CÁSSIO GALVÃO MACEDO, GABRIELA ARAUJO FABER DA SILVA, ÉVELIN SANTOS FIGUEIREDO LIMA</p> <p><i>HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar complicações pós-colecistectomia, convencional ou videolaparoscópica em hospital escola de referência regional no Espírito Santo</p> <p>MÉTODO: Os dados foram coletados do banco de dados de prontuários de pacientes submetidos à colecistectomia, valendo-se das seguintes variáveis: faixa etária, sexo, permanência hospitalar, tipo de cirurgia realizada, exame anatomopatológico, transfusão sanguínea intra ou extraoperatória, complicações pós-operatórias, permanência em Unidade de Terapia Intensiva e óbito. Na análise estatística: o teste Qui-Quadrado de Pearson e teste de Fisher (variáveis categóricas). O teste de Kruskal-Wallis e Man-Whitney foram usados para as variáveis independentes. Valor de $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 228 prontuários de pacientes submetidos à colecistectomia no período de março de 2018 à dezembro do mesmo ano. Notou-se predomínio da colecistectomia laparotômica em relação à laparoscópica. Contudo, quando comparada a escolha da via de acesso, não houve significância estatística (p-valor: 0,074) que corroborasse hipótese inicial. Segundo algumas referências a frequência do feminino nos pacientes submetidos a colecistectomia varia de 61,9 a 90%. Tal dado parece de acordo com a casuística desse estudo, o qual apresentou sendo 72,4% do sexo feminino. Por conseguinte, a relação feminino: masculino dessa amostra corresponde a 4:1. A média de idade foi de 44,3 anos. O diagnóstico de colelitíase esteve presente em 88,3% dos laudos de ultrassonografia ou tomografia computadorizada. A colecistectomia laparoscópica foi realizada em 30,1% dos pacientes. Permanência hospitalar foi de 4 dias. Laudo anatomopatológico de colelitíase crônica calculosa acima dos 15 anos (p=0,005). As complicações pós operatórias foram semelhantes entre a colecistectomia laparoscópica e convencional (p=0,898). O tempo de permanência hospitalar sofreu influência significativa da via de acesso (p=0,006), sexo do paciente (p=0,008) e faixa etária (p=0,007). Complicações pós-cirúrgicas (inclusive óbito) são mais prevalentes conforme progressão etária (p=0,0015). Principais complicações evidenciadas foram seroma e infecção de ferida operatória.</p> <p>CONCLUSÕES: Ao final da referida pesquisa, por se tratar de uma instituição pública interiorana, houve predomínio da técnica laparotômica, como se observa na maioria das instituições similares em nosso país, embora, do mesmo modo evidencia-se índices de mortalidade e de complicações similares à literatura internacional. Portanto, nos amparamos na premissa que disponibilizar -se de uma equipe multiprofissional parece ser essencial na sobrevida desses pacientes, pois essa medida objetiva resolução efetiva quanto as complicações além de diminuição da permanência hospitalar. Com relação a este estudo, concluímos que a meta é estabelecer em nossa instituição o diagnóstico e tratamento cada vez mais precoce, otimizando assim, a consequentemente redução da taxa de morbimortalidade no pós-operatório.</p>	<p style="text-align: center;">TL 149</p> <p>COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA COM 03 PORTAIS, FACTIVEL E SEGURA. ANÁLISE DE UMA SERIE DE 58 CASOS</p> <p>DALTON LUSTOSA FIGUEIREDO, YASMIN ALVES CAETANO, CAIO EDUARDO GOMES BENEVIDES, MARIANNA MONTEIRO VAZ, ELISANGELA CAETANO DUARTE ANDRADE</p> <p><i>Hospital Santa Marta - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: DEMONSTRAR A POSSIBILIDADE DA REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM APENAS 03 PORTAIS, PROPORCIONANDO MELHOR ASPECTO ESTÉTICO, SEM DETERMINAR AUMENTO EXPRESSIVO DA DIFICULDADE PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO EM COMPARAÇÃO COM A TÉCNICA USUAL COM 04 PORTAIS</p> <p>MÉTODO: O PROCEDIMENTO É REALIZADO COM ANESTESIA GERAL E O PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM LEVE PROCLIVE. REALIZA-SE INCISÃO NO INTERIOR DA CICATRIZ UMBILICAL COM ABERTURA POR PLANOS E PASSAGEM DO TROCÁTER DE 12 MM E POSTERIOR CONFECÇÃO PNEUMOPERITÔNIO. PASSAGEM DA ÓTICA DE 300. PARA O INVENTÁRIO DA CAVIDADE. REALIZADAS MAIS DUAS INCISÕES NA LINHA AXILAR ANTERIOR A DIREITA, UM POUCO ABAIXO DO REBORDO COSTAL DIREITO E OUTRO NA LINHA HEMICLAVICULAR ESQUERDA, NA TRANSIÇÃO DO EPIGÁSTRICO PARA O HIPOCONDRIO ESQUERDO. A PINÇA DE PRENSÃO É UTILIZADA PARA MANIPULAR O INFUNDIBULO VESICULAR E A DISSECÇÃO DO TRÍGONO É REALIZADA DE MANEIRA USUAL, ATRAVÉS DO PORTAL DO HIPOCONDRIO ESQUERDO. A ARTÉRIA E O DUCTO CÍSTICOS SÃO LIGADOS COM CLIPES METÁLICOS, A SEGUIR, A VESÍCULA É DISSECADA DO LEITO HEPÁTICO COM ELETROCAUTÉRIO EM PONTA DE GANCHO. A VESÍCULA BILIAR É RETIRADA PELA CICATRIZ UMBILICAL.</p> <p>RESULTADOS: ESTE PROCEDIMENTO FOI APLICADO EM 56 PACIENTES SEQUENCIAIS OPERADOS DE FORMA ELETIVA, PORTADORES DE COLELITÍASE, SENDO OITO DO SEXO MASCULINO E 48 DO SEXO FEMININO, COM MÉDIA DE IDADE DE 46 ANOS (25-75), TEMPO CIRÚRGICO MÉDIO DE 54 MINUTOS (42-66), TENDO ALTA HOSPITALAR NO 1 DIA DE PÓS OPERATORIO, SEM INTERCORRÊNCIAS. EM QUATRO PACIENTES FOI NECESSÁRIO A COLOCAÇÃO DO QUARTO PORTAL PARA TRACÇÃO DA VESICULAR BILIAR E CONCLUSÃO DA COLECISTECTOMIA. OS PACIENTES FORAM REAVALIADOS NO 70. DIA, 14 O. DIA E 280. DIA DE PÓS-OPERATÓRIO, QUANDO FORAM REALIZADAS ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL E EXAMES LABORATORIAIS DA FUNÇÃO HEPÁTICA SEM ALTERAÇÕES.</p> <p>CONCLUSÕES: A TÉCNICA DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM 03 PORTAIS É FACTIVEL, SEGURA, ERGONOMICA E COM RESULTADOS ESTÉTICOS SUPERIORES, QUANDO COMPARADA À COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL COM QUATRO PORTAIS.</p>

TL 151	TL 152
<p>PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA COM E SEM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA: ANÁLISE COMPARATIVA DOS RESULTADOS EM CURTO E LONGO-PRAZO.</p> <p>sergio renato Pais-Costa</p> <p><i>UNB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar e comparar os resultados em curto e longo prazo das pancreatectomias distais laparoscópicas realizadas por meio de duas técnicas diferentes (com esplenectomia versus com preservação esplênica com preservação dos vasos esplênicos).</p> <p>MÉTODO: Cinquenta e oito pacientes foram operados entre janeiro de 2009 a junho de 2018. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 - PDL com esplenectomia (PDLE) e Grupo 2 - PDL com preservação esplênica e de vasos esplênicos (PDLPEVE). Foram utilizados os testes de ANOVA e Exato de Fischer para comparação entre as variáveis entre os grupos. A curva de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Considerou-se um valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significante</p> <p>RESULTADOS: As características epidemiológicas dos dois grupos foram estatisticamente semelhantes (idade, sexo, IMC e tamanho das lesões) – $p > 0,05$. O tempo cirúrgico médio ($p = 0,04$) assim como a média de sangramento intra-operatório ($p = 0,03$) foram maiores no grupo 1. Também o número de linfonodos ressecados foi maior no grupo 1 ($p < 0,000$). Não houve diferença estatisticamente significante em relação a conversão, morbidade ou mortalidade pós-operatória precoce entre os grupos ($p > 0,05$). A média de internação hospitalar foi similar entre os grupos ($p > 0,05$). A taxa de fistula pancreática (grau B e C) foi similar entre os grupos ($p > 0,05$). A média de seguimento global foi 37,6 meses (entre 5 a 96 meses). As complicações tardias foram similares entre os grupos ($p > 0,05$). A sobrevida global em longo prazo foi menor no grupo 1, no entanto a histologia adenocarcinoma foi considerada variável independente de sobrevida na análise multivariada ($p < 0,05$).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: Na presente amostra foi observado que as duas técnicas foram superponíveis, exceto respectivamente pelos maiores sangramento intra-operatório, tempo cirúrgico e número de linfonodos ressecados no Grupo 1 (PDLE). Não se observou no período estudado diferença em relação ao surgimento de infecções ou neoplasias relacionadas com a remoção ou não do baço durante o período de seguimento. A manutenção do baço evitou imunizações periódicas nos pacientes do Grupo 2 (PDLPEVE).</p>	<p>Câncer de pâncreas: características clínicas e análise de sobrevida de 98 pacientes submetidos à duodenopancreatectomia.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Silvio Ivo Testa, Julia Goginski, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Eduardo Das Cás, Regina Maria Goolkate, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Câncer de pâncreas possui alta letalidade e baixa sobrevida sendo a ressecção cirúrgica o único tratamento com potencial curativo. No entanto, a taxa de pacientes ressecados é de 9%, com uma sobrevida em 5 anos de 23,4%. O Objetivo do trabalho é avaliar o perfil dos pacientes com câncer de pâncreas considerando as características clínicas do tumor assim como dados referentes a sobrevida após realização de duodenopancreatectomia.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer de pâncreas submetidos a duodenopancreatectomia (Whipple) durante o período de mai-2005 a jul-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: No período em estudo 98 pacientes foram submetidos à duodenopancreatectomia. Pertenciam ao sexo masculino 46 (46,9%). A idade mediana no momento da cirurgia foi de 64,63 anos. Os níveis de Ca 19-9 estavam elevados em 29,6% dos casos antes da cirurgia e permaneceram elevados após em 5,1%. Quanto ao tipo histológico, 81 pacientes receberam diagnóstico de adenocarcinoma, 6 de colangiocarcinoma e 5 tiveram outros diagnósticos. Quanto ao grau de diferenciação, 29,6% eram bem diferenciados, 53,1% moderadamente e 17,3% pouco diferenciados. Em 13 (21,7%) casos o tumor foi considerado T1, T2 em 14 (23,3%) casos, T3 em 22 (36,7%) casos e T4 em 11 casos (18,3%) casos. O centro da lesão estava no pâncreas em 77,6%, na papila duodenal em 14,3% e na via biliar em 8,2% dos pacientes. A sobrevida média global após cirurgia em 5 anos foi de 12,24%.</p> <p>CONCLUSÕES: Tumores de pâncreas apresentam-se em estágios mais avançados ao diagnóstico, impactando em baixas taxas de sobrevida global em 5 anos. O diagnóstico precoce permanece um desafio para o sucesso no tratamento com potencial curativo.</p>
<p>TL 153</p> <p>INFLUÊNCIA DA IDADE NOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O CÂNCER DE PÂNCREAS.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Silvio Ivo Testa, Julia Goginski, Maria Julia Macedo Bonatto, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo, Guilherme Augusto Polaquini</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o impacto da idade dos pacientes diagnosticados com tumor de pâncreas submetidos à duodenopancreatectomia em relação às características clínicas do tumor e a sobrevida após a cirurgia com intuito curativo.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer de pâncreas submetidos a duodenopancreatectomia (Whipple) durante o período de mai-2005 a jul-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 98 pacientes submetidos a duodenopancreatectomia. Destes, 30 pacientes tinham idade inferior a 60 anos (G1) e 68 tinham 60 anos ou mais (G2). A sobrevida global média foi estatisticamente superior no grupo abaixo de 60 anos ($p = 0,01$). A sobrevida global em 1, 3 e 5 anos foi de 48%, 36%, 23% em não idosos (G1) e 28%, 23%, 13% em idosos (G2) ($p = 0,01$). Os demais fatores analisados, extensão tumoral local, localização da lesão e tempo cirúrgico não mostraram diferença estatisticamente significativa. Fistula e evisceração foram as principais complicações pós-operatórias.</p> <p>CONCLUSÕES: O adenocarcinoma de pâncreas apresenta taxas de sobrevida global significativamente menores em pacientes idosos.</p>	<p>TL 154</p> <p>COLECISTECTOMIA NO BRASIL: DADOS REAIS EM 10 ANOS DE ATENDIMENTO PELO SUS</p> <p>Elaine Júlian da Fonseca, Ana Cláudia Peres Costa, Paula D'Ávila Sampaio Tolentino, Ana Couto de Melo, Gabriela Ramos do Amaral, Débora Cristiane Rocha Braga, Nathália Lima Diniz, João Batista Monteiro Tajra</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar a realidade da técnica de colecistectomia nas regiões do Brasil na última década pelo SUS e seu coeficiente de mortalidade e prevalência conforme região, sexo e idade.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo realizado a partir da coleta de dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), restrito aos anos de 2009 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: Anualmente, a média de pacientes internados com morbidade relacionada à colecistite ou a coledolitíase é de 241,2 mil. Destes, há uma maior incidência no sexo feminino, representando 77,4% da amostra. Não há predominância significativa entre 30 a 59 anos, sendo em média 20% a cada década analisada e entre 20 a 29 anos e 60 a 69 diminui-se o percentual para 13. Em relação a regionalidade, há uma grande incidência no Sudeste, com ênfase em Minas Gerais e em São Paulo, correspondendo a 40,2% dos dados. Na última década mais de 1,85 milhões realizaram a colecistectomia no SUS, 70% por via aberta e o restante por videolaparoscopia. No Rio Grande do Sul, a partir de 2015, realiza-se mais videolaparoscopia quando comparado a técnica aberta (52-55%). Em São Paulo esse padrão também foi mantido a partir de 2016, já no Rio de Janeiro, verificou-se apenas em 2016 e 2017, retornando a prevalência da técnica aberta em 2018. Nos outros estados não houve inversão de técnica. Em relação a taxa de mortalidade, a colecistectomia aberta apresentou-se quatro vezes maior quando comparada por via laparoscópica. Não houve divergências neste quesito em relação às regiões, mas quando analisado por unidades da federação para colecistectomia aberta, São Paulo apresenta o dobro da média geral, seguido pelo Rio de Janeiro com 0,7 vezes a mais. Por videolaparoscopia, Rondônia apresentou a taxa de mortalidade 3 vezes maior do que a média. O Distrito Federal destacou-se com a menor taxa de mortalidade, sendo um óbito nos 6742 procedimentos realizados.</p> <p>CONCLUSÕES: A colecistite e a coledolitíase atingem um número considerável de pacientes todos os anos, implicando, também, em um grande número de cirurgias. A literatura aponta que a maior prevalência é em mulheres, corroborando com os dados do SIH/SUS, não obstante, a faixa etária é alargada para 30 a 59 anos. Em relação à técnica, a colecistectomia laparoscópica foi eleita, desde 1992, pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos como método de escolha para colecistopatias. Na última década, conquanto, passou a ser o método mais utilizado apenas em três estados: RS; RJ e SP. Além da taxa de mortalidade ser, de fato, maior na modalidade de laparotomia, devido ao risco de maiores complicações desse método. Não há dados suficientes para explicar as divergências entre as taxas de mortalidade em regiões específicas, tampouco o porquê da técnica prescrita tornar-se realidade em um pequeno cenário brasileiro.</p>

TL 155	TL 156
<p>AValiação DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS E INTESTINAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA</p> <p>Ana Bárbara de Jesus Chaves, Ana Izabel Nascimento Souza, Paulo Vicente dos Santos Filho, Sydney Correia Leão, Antônio Alves Júnior, Marcus Felipe Gonçalves Feitosa, Gabriela Rezende Santos, Valdinaldo Aragão Melo</p> <p><i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Aracaju - Sergipe – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência de alterações do hábito intestinal e de sintomas dispépticos em pacientes submetidos à colecistectomia.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional, longitudinal e prospectivo, realizado através da aplicação de questionário a pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe com colecistectomia programada entre novembro de 2017 e abril de 2018. A aplicação do questionário ocorreu no pré-operatório, após trinta e noventa dias da cirurgia. A análise estatística foi realizada através da categorização dos dados a partir de medidas de tendência central e variância. As diferenças entre grupos foram analisadas através do teste de qui-quadrado. O valor de p considerado estatisticamente significante foi < 0,05.</p> <p>RESULTADOS: Participaram do estudo 56 indivíduos, sendo 48 mulheres (86%) e 8 homens (14%). A idade dos entrevistados variou de 17 a 81 anos, com média de 47,17. A frequência das evacuações não foi significativamente alterada no período estudado. Quanto ao aspecto, 25% dos pacientes relataram dejeções pastosas no pré-operatório, 33,9% e 42,9%, após trinta e noventa dias respectivamente. Houve redução significante no uso de laxantes (p = 0,006) e constipantes (p = 0,03). A presença de sintomas dispépticos se manteve elevada, sendo 91,1% no pré-operatório e 58,9% após noventa dias da cirurgia. No entanto, passados 3 meses dos procedimentos cirúrgicos, apenas 2 pacientes (3,6%) necessitaram de atendimento em pronto-socorro por conta de queixas dispépticas.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes submetidos à colecistectomia apresentam, em um seguimento de noventa dias, uma tendência a alterar o aspecto das fezes, sem alterar o ritmo. Estes também tendem a manter queixas dispépticas, porém com menor frequência e gravidade.</p>	<p>AValiação DA DOR ABDOMINAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA</p> <p>Ana Bárbara de Jesus Chaves, Ana Izabel Nascimento Souza, Paulo Vicente dos Santos Filho, Sydney Correia Leão, Antônio Alves Júnior, Marcus Felipe Gonçalves Feitosa, Napoleão Vínicius Neves da Luz Couto Roriz, Valdinaldo Aragão de Melo</p> <p><i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência e as características da dor abdominal em pacientes submetidos à colecistectomia.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional, longitudinal e prospectivo, realizado através da aplicação de questionário em pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe com colecistectomia programada entre novembro de 2017 e abril de 2018. As entrevistas ocorreram no pré-operatório, após trinta e noventa dias da cirurgia. A análise estatística foi realizada através da categorização dos dados a partir de medidas de tendência central e variância. As diferenças entre grupos foram analisadas através do teste de qui-quadrado. O valor de p considerado estatisticamente significante foi < 0,05.</p> <p>RESULTADOS: A prevalência de dor abdominal apresentou redução significativamente estatística ao longo do seguimento (p<0,00001). No início do estudo, do total de 56 pacientes, aproximadamente 93% afirmaram sentir dor abdominal, enquanto que ao longo do seguimento, 19,6% manifestaram tal queixa. A localização do sintoma estudado foi predominantemente descrita em hipocôndrio direito. A associação entre ingestão de alimentos gordurosos e aparecimento da dor foi imperativa nos dados coletados (p<0,00001). No seguimento, 80,4% dos pacientes referiram, no pré-operatório, já ter procurado serviços de pronto-socorro por conta de queixa de dor abdominal. Essa procura foi reduzida a zero nos seguimentos de trinta e noventa dias. Houve redução significativa na frequência da dor abdominal (p< 0,00001), acompanhado de uma queda no grau de intensidade, com média avaliada em 9,35 no pré-operatório e 4,54 ao fim do estudo.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes submetidos à colecistectomia apresentam, em um seguimento de noventa dias, uma tendência a reduzir prevalência, frequência, intensidade da dor abdominal e necessidade de procura de serviços de pronto-atendimento.</p>
<p>TL 157</p> <p>Onde estávamos e para onde vamos na expansão da colecistectomia videolaparoscópica do SUS : série temporal dos últimos 10 anos</p> <p>Michele Medeiros Demutti, Roberto Castanheddes Esteves, Guilherme Heindenfelder, Sabraj Otavio Clemente Dutra, Cid Manso Mello Vianna, Gerson Nunes Cunha, Lia Roque Assumpção</p> <p><i>Hospital Central do Exército & Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar tendência temporal na realização das colecistectomias convencionais (CC) e vídeo-laparoscópicas (CVL) de caráter eletivo (E) e de urgência (U), assim como internações para colecistite aguda (CA) onde não houve cirurgia no cenário SUS Brasil no período de 2008-2018. Há uma propensão mundial em aumentar as CVL em relação às CC, tanto de caráter E ou de U, mesmo em países com recursos limitados, devido aos benefícios já bem estabelecidos. Não há avaliações delimitando tal tendência a nível nacional.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado estudo transversal observacional de análise de tendência temporal com dados retrospectivos extraídos do DATASUS no período de janeiro 2008 a dezembro de 2018 do número de CVL e CC de U e de E, assim como internações pelo CID K.81. O intervalo de tempo foi decomposto em meses e divididos em 3 períodos iguais ($\Delta t_1=44, \Delta t_2=88, \Delta t_3=132$ meses). Foram utilizados o teste não paramétrico Kruskal-Wallis e regressão linear com equação de sazonalidade para estimar a diferença entre os três períodos e se houve associação do número de cirurgias com o passar do tempo em meses.</p> <p>RESULTADOS: Das 1.998.601 colecistectomias realizadas na última década, houve aumento progressivo entre os períodos de colecistectomias realizadas em medianas por mês ($\Delta t_1=13412, \Delta t_2=15112, \Delta t_3=16.926$; p<0,001) e em de CVL realizadas ($\Delta t_1=18\%, \Delta t_2=27\%, \Delta t_3=38\%$; p<0,001), indo de 12,8% em 2008 para 39,2% em 2018. Houve também associação de aumento das cirurgias eletivas por mês, confirmando a tendência (beta=37,8 cirurgias E, p<0,001), concomitante ao aumento progressivo das cirurgias de urgência (beta=3,9 cirurgias U, p<0,001). Entretanto, na regressão não houve diferença na série temporal das proporções de pacientes internados com colecistite aguda e que não foram operados na urgência (88,3% em 2008 para 89,2% em 2018; p=0,599).</p> <p>CONCLUSÕES: No Brasil, nos últimos 10 anos, houve uma tendência temporal no aumento do número de colecistectomias no cenário SUS, predominantemente à custa do incremento das CVL, melhorando o tratamento oferecido. Todavia o mesmo não ocorreu no cenário onde o paciente interna com CA e por alguma razão não é operado. Políticas que estimulem o aumento número de cirurgias de U na CA são necessárias, assim como expansão da disponibilidade de CVL no SUS.</p>	<p>TL 158</p> <p>EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE VIAS BILIARES E PANCREAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO NO TRATAMENTO DO TUMOR DE FRANTZ</p> <p>ANDRÉ DE MORICZ, RICARDO TADASHI NISHIO, MARCOS BELOTTO, ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR., EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS, RODRIGO ALTENFELDER SILVA</p> <p><i>SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Por se tratar de um tumor raro, que apesar de apesar maligno apresenta bom prognóstico a longo prazo, relatamos a experiência de 12 anos do Grupo de Vias Biliares e Pâncreas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no tratamento do TF.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo foi conduzido pelo Grupo de Vias Biliares e Pâncreas do Departamento de Cirurgia da FCMSCSP. Foram revisados os prontuários de 13 pacientes que foram submetidos à tratamento cirúrgico, tanto por via convencional como por via laparoscópica, e que tiveram resultado anatomopatológico compatível com Tumor de Frantz.</p> <p>Nesse estudo, analisou-se dados epidemiológicos, dados clínicos, procedimento cirúrgico realizado e possíveis complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico da doença.</p> <p>RESULTADOS: Do período de janeiro de 2006 a maio de 2018, o GV&P realizou o tratamento de 13 pacientes que apresentaram diagnóstico histopatológico de TF. Desses 13 pacientes, 12 doentes eram do sexo feminino (92,3 %). A faixa etária variou entre 16 a 57 anos com uma média de idade de 30,5 anos. Com relação ao quadro clínico, cerca de 60% dos casos apresentavam algum grau de dor ou desconforto em andar superior do abdome e tumoração palpável. Analisando-se a localização do tumor no pâncreas, 10 pacientes apresentaram tumoração em corpo/cauda pancreática (76,9%) e 03 doentes apresentaram neoplasia cefálica (23,1%). Sendo assim, 03 doentes foram submetidos à pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia, 05 pacientes foram submetidos à pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia por via laparoscópica, 01 caso foi tratado com pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia e colectomia segmentar, realizou-se uma pancreatectomia central, duas enucleações e uma duodenopancreatectomia com preservação pilórica + colectomia segmentar. A complicação mais encontrada foi a fístula pancreática, sendo 01 caso com fístula grau A, 02 casos com fístula Grau B e 01 caso com fístula grau C. Houve necessidade de nova intervenção cirúrgica em somente dois casos (15,4%). O diâmetro dos tumores variou entre 1,8 a 24 cm com uma média de 16,5 cm. Doze casos foram confirmados por exame de imunohistoquímica. As ressecções apresentaram uma média de 16 linfonodos ressecados por procedimento, encontrando-se linfonodos acometidos em 02 casos (15,3%) associados à invasão perineural e invasão angiolinfática nesses casos. Em 7 doentes, constatou-se a presença de hemorragia ou necrose tumoral na peça cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÕES: Com a incorporação tecnológica vivenciada nas últimas décadas, o tratamento do TF acabou evoluindo da via convencional aberta para a via laparoscópica, com os já conhecidos benefícios da cirurgia minimamente invasiva. No entanto, as complicações ainda estão presentes nessa modalidade terapêutica.</p>

TL 159	TL 160
<p>TRATAMENTO DO INSULINOMA NO DOENTE OBESO: OPÇÕES TERAPEUTICAS</p> <p>ANDRÉ DE MORICZ, EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS, RICARDO TADASHI NISHIO, MARCOS BELOTTO, RODRIGO ALTENFELDER SILVA, ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR.</p> <p>SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</p> <p>OBJETIVO: DEVIDO DA CIRURGIA PANCREÁTICA EM DOENTES DE IMC ELEVADO OBJETIVAMOS AVALIAR AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO DO INSULINOMA EM DOENTES OBESOS</p> <p>MÉTODO: Relatamos três casos de pacientes obesos com diagnóstico clínico e radiológico de Insulinoma pancreático, com enfoque nas estratégias diagnóstica e terapêutica cirúrgica robótica e alcoolização endoscópica.</p> <p>RESULTADOS: Caso 1: Paciente sexo masculino, 41 anos, com índice de massa corpórea (IMC) de 62,96 kg/m², com sintomas de hipoglicemia há um ano e meio. Ressonância Magnética (RM) de abdome evidenciou nódulo pancreático sólido, hipovascularizado, localizado na face posterior da transição corpo-caudal. Foi submetido a pancreatocomia corpocaudal, com tempo cirúrgico de 5 horas. Encaminhado à terapia intensiva, iniciou quadro progressivo de acidose respiratória e instabilidade hemodinâmica, evoluindo a óbito no terceiro pós-operatório. Caso 2: Paciente sexo feminino, 21 anos, com IMC de 62kg/m², com sintomas de hipoglicemia há 3 anos e crises convulsivas há 2 anos. A RM de Abdome demonstrou nódulo hipervascular na porção cefálica do pâncreas. Optado pelo tratamento com alcoolização guiada por ecoendoscopia com 1,5 ml de álcool absoluto. Não apresentou complicações, recebendo alta hospitalar no terceiro pós-operatório. Apresenta remissão dos sintomas e valores de glicemia normais com 4 meses de seguimento. Este é o primeiro relato em literatura brasileira de alcoolização de insulinoma. Caso 3: Paciente sexo masculino, 58 anos, com IMC 33 kg/m² e história de ganho ponderal de 20 kg e polifagia nos últimos dois anos. Há dois meses apresentou quadros recorrentes de hipoglicemia. A RM evidenciou lesão sólida vascularizada no colo pancreático superior distando 0,5 cm do ducto pancreático principal. Devido à proximidade com o ducto pancreático principal, foi optado por enucleação do nódulo por via robótica. Tempo cirúrgico de duas horas e vinte minutos, com boa evolução pós-operatória, assintomático.</p> <p>CONCLUSÕES: Devido ao risco cirúrgico elevado das pancreatectomias em doentes obesos ou super-obesos, a enucleação robótica e a alcoolização guiada por ecoendoscopia aparecem como opções seguras de tratamento do insulinoma pancreático. Ressaltamos como primeiro caso de alcoolização ecoendoscópica de insulinoma em literatura nacional.</p>	<p>ANALISE PROSPECTIVA DAS PANCREATODUODENECTOMIAS MINIMAMENTE INVASIVAS DE UMA UNICA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL.</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Ronaldo Elias Carnut Rego, ANDRE GUIMARAES De Paula, DIEGO HENRIQUE BARROS Da Silva, LUIZ AUGUSTO GERMANO Borges, DOUGLAS SANTOS Soares, Lucas Henrique Souza De Azevêdo, Humberto Ramos Crispim</p> <p>Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Obesidade - ICAD Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Objetivo: A pancreatoduodenectomia videolaparoscópica ou minimamente invasiva (DPMI) é um dos procedimentos abdominais mais desafiadores. A DPMI é uma alternativa segura e eficaz à pancreatoduodenectomia aberta nas neoplasias periampolares. DPMI está associada a menor perda de sangue, recuperação pós-operatória mais rápida, menor tempo de internação e maior tempo de operação. Iniciamos há 4 anos a DPMI após 29 casos de pancreatectomias distais e centrais, via videolaparoscopia desde 2002. Assim analisamos os resultados de nossos primeiros 9 doentes submetidos à DPMI.</p> <p>MÉTODO: Método: estudo descritivo, prospectivo e observacional de uma série inicial e consecutiva de 9 doentes submetidos à DPMI pela mesma equipe cirúrgica e anestésica entre jan. de 2015 a mar. de 2019. Utilizamos a técnica com 4 trocateres sendo 3 posicionados em uma linha arciforme tomando o umbigo como o ponto mediano onde introduzimos o 1º trocater de 12mm, após pneumoperitônio para 12mmHg com agulha de Verres. O 2º trocater, de 10mm fica à esquerda na linha hemiclavicular seguindo a linha arciforme citada e o 3º trocater de 5mm ainda na mesma linha, porém à direita na linha hemiclavicular. Um 4º portal de 5mm foi introduzido na linha média subxifóide onde colocamos um afastador de Nathanson fixado a um braço rígido autoestático. O paciente foi colocado em posição de Semi-Fowler a 45º estando o cirurgião entre as pernas do paciente o auxiliar/câmara à esquerda e o 1º auxiliar à direita. Remoção da peça cirúrgica via Pfannenstiel. A reconstrução em alça única com pancreatojejunoenterostomia ducto-mucosa. Dosamos a amilase sanguínea e do dreno nos POs 1, 3 e 5. A neoadjuvância foi zero. Critérios de inclusão: (1) neoplasias periampolares; (2) tumores < T3 (American Joint Committee on Cancer 8ª ed. of the TNM staging system in resected pancreatic cancer – AJCC 8); (3) estágio < IIb (AJCC 8). Critérios de exclusão: (1) cirróticos; (2) cardiopatias graves; (3) síndromes respiratórias restritivas (4) idade maior que 80 (5) ASA >3 (ASA Physical Status Classification System).</p> <p>RESULTADOS: Resultados: 6 mulheres. A média de idade foi 65 anos (48-76anos). O tempo cirúrgico médio foi de 493±43min (552-426min). Tempo de internação 5±1,5dias (7-4dias). Todos os doentes passaram o POI na UTI. 3 (33%) doentes apresentaram elevação de amilase no PO1 e PO3 sem qualquer repercussão abdominal, todos com boa evolução. Mortalidade zero. Transfusão de hemoderivados zero. Todos os doentes foram extubados ao fim do ato operatório. O nº de linfonodos removidos foi 12±3. 6 adenocarcinomas; 2 adenocarcinoma papilar e 1 adenocarcinoma duodeno. Tivemos 2 infecções no Pfannenstiel.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusões: Ainda que uma casuística inicial, a DPMI é uma realidade e grande avanço no tratamento das neoplasias periampolares, especialmente com boa seleção, quando se pretende começa-la. Vale ressaltar, a familiaridade técnica causada pelo nosso grande volume de cirurgias bariátricas nos últimos 20 anos foi essencial para os resultados.</p>

TL 161	TL 162
<p>EVOLUÇÃO DAS PANCREATECTOMIAS MINIMAMENTE INVASIVAS EM UMA UNICA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL, DURANTE 17 ANOS.</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Ronaldo Elias Carnut Rego, Geraldo Santana Xavier Nunes Neto, Naiza Murielly Pereira Borges, Marianna Lino Alcântara, Maria Paula Bessa De Freitas, RICARDO VIEIRA Teles Filho, TALLYSSA JUNQUEIRA Arantes</p> <p>Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Obesidade - ICAD Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Objetivo: A pancreatocomia distal videolaparoscópica ou minimamente invasiva (PDMI) é considerada a técnica de escolha no tratamento de lesões pancreáticas benignas primárias e uma alternativa em pacientes selecionados com lesões malignas. Nosso objetivo foi avaliar a evolução e os resultados das PDMI de uma única equipe cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Método: estudo descritivo, retrospectivo e observacional de uma série de 46 doentes submetidos à PDMI pela mesma equipe cirúrgica e anestésica no período compreendido entre janeiro de 2002 a março de 2019. Dividimos os doentes em 3 grupos conforme a evolução técnica empregada. Grupo 1 (2002-2008): Utilizamos a técnica com 6 trocateres; bisturi harmônico; pneumoperitônio de 15mmHg; paciente em posição 0º com apoio em dorso esquerdo deixando-o levemente em lateral direito; estando o cirurgião entre as pernas do paciente o auxiliar/câmara à esquerda e o 1º auxiliar à direita. Remoção da peça cirúrgica por Pfannenstiel. Grupo 2 (2008-2014): Utilizamos a técnica com 5 trocateres sendo um de 5mm introduzido na linha média subxifóide onde colocamos um afastador de Nathanson fixado a um braço rígido autoestático; bisturi harmônico; pneumoperitônio de 13mmHg; posição do paciente e da equipe a mesma. Grupo 3 (2014-2019): Utilizamos a técnica com 4 trocateres com afastador de Nathanson fixado a um braço rígido autoestático; pneumoperitônio 12mmHg; bisturi de energia bipolar avançada; paciente em posição de Semi-Fowler a 45º o restante igual.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Grupo 1 – 12 doentes (8 mulheres). A média de idade foi 52±8anos (39-65anos). Preservação esplênica 4 doentes. O tempo cirúrgico médio foi de 490±44min (554-384min). Tempo de internação 10±5dias (6-23dias). Transfusão de hemácias 0,42±0,7 unidades. Morbidade 41%. Fístula 3 doentes. Grupo 2 – 18 doentes (12 mulheres). A média de idade foi 53±12anos (31-72). Preservação esplênica 11 doentes. O tempo cirúrgico médio foi de 417±51min (540-324min). Tempo de internação 5±1,5dias (3-8dias). Transfusão de hemácias 0,1±0,5 unid. Morbidade 17%. Grupo 3 – 16 doentes (15 mulheres). A média de idade foi 57±14anos (31-78anos). Preservação esplênica 14 doentes. O tempo cirúrgico médio foi de 300±40min (386-246min). Tempo de internação 3,7±0,5dias (4-3dias). Transfusão de hemácias zero. Morbidade 6,25%. Fístula em 1 doente. A mortalidade de todos os grupos foi zero. Apenas no grupo 1 houveram 3 conversões.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusões: A análise mostra uma nítida melhora dos resultados com os anos, incluindo as mudanças técnicas, menor tempo cirúrgico, menor tempo de internação, menor sangramento traduzindo menor necessidade de transfusão e a menor morbidade seguramente por melhorar a técnica de dissecação pancreática. Nossos resultados corroboram os resultados de outros autores em que a experiência do cirurgião em realizar procedimentos > 15 reduz significativamente o risco de conversão (Surgery, 2017 Nov;162(5):1040-1047). Nossa vivência ampla com a cirurgia bariátrica ajudou sobremaneira a evolução técnica.</p>	<p>ESTUDO EXPERIMENTAL COMPARATIVO ENTRE CURATIVO A BASE DE SULFADIAZINA DE PRATA E O BIOPOLÍMERO DE POLIURETANO E QUITOSANA EM QUEIMADURAS DE ESPESSURA PARCIAL SUPERFICIAL</p> <p>Mariana Fidelis Solla, Larissa Tami Sugiyama, Luciana Canabarro, Nelson Brancaccio dos Santos, Hamilton Aleardo Gonella, Jose Mauro da Silva Rodrigues, Decio Luis Portela</p> <p>PUCCSP - Sorocaba - Sao Paulo - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Analisar e comparar através da avaliação histopatológica das feridas de espessura parcial superficial tratadas com soro fisiológico, sulfadiazina de prata e curativos de quitosana.</p> <p>MÉTODO: O Estudo in vivo foi realizado por meio de 72 animais (ratos Wistar) submetidos a uma queimadura de segundo grau, divididos em 06 grupos: controle 1 (soro fisiológico a 0,9%), tratamento 1 (sulfadiazina de prata), tratamento 2 (biopolímero 25% quitosana e 75% poliuretano), tratamento 3 (biopolímero 50% quitosana e 50% poliuretano), tratamento 4 (biopolímero 75% quitosana e 25% poliuretano) e tratamento 5 (membrana de poliuretano 100%). A intervenção foi realizada em 72 animais. Foi realizada a análise histopatológica comparando as feridas nos critérios epitelização, área cicatrizada, infiltrado inflamatório, neovasos, fibroblastos, fibras elásticas e colágenas. Os dados foram submetidos à análise estatística de co-variâncias que demonstrou que com exceção do critério infiltrado inflamatório os demais apresentaram o efeito tratamento estatisticamente relevante (p<0,05), sendo então os grupos comparados dois a dois pelo teste Tukey-Kramer.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados obtidos no presente estudo experimental permitem concluir que os curativos de quitosana a 25% e a 50% permitiram uma epitelização, uma angiogênese, e uma proliferação de fibroblastos maior que a do grupo controle, no 7º dia de tratamento, corroborando com resultados reportados por outros autores. No entanto, tais tratamentos mantiveram-se semelhantes à sulfadiazina de prata.</p> <p>CONCLUSÕES: Sendo assim, o biopolímero atuou positivamente no processo de epitelização como o encontrado no tratamento da queimadura com a sulfadiazina de prata. Dessa forma, novos estudos deverão ser realizados para avaliar custo-benefício e do possível do emprego deste biopolímero no tratamento de queimaduras, e até mesmo avaliar a possibilidade de associar a quitosana com outros materiais.</p>

TL 163	TL 164
<p>Perfil Epidemiológico da Apendicite Aguda na Residência em Cirurgia Geral da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre: Estudo Observacional Retrospectivo.</p> <p>Estevan Taube Borré, Edgar Santin, Luis Paulo Androni, Andre Vicente Bigolin, Fernando Theodoro Sehnem, Mayara Christ Machry, Jose Bravo Lopes, Eduardo Taube Borré</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo principal do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da apendicite aguda dos pacientes atendidos no serviço de residência médica em Cirurgia Geral da UFCSPA.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional descritivo retrospectivo, realizado no Hospital Santa Clara. O intervalo de coleta e análise dos dados foi de Outubro de 2018 a Outubro de 2017. Um total de 193 pacientes. Foram incluídos na análise somente os procedimentos realizados pelo SUS e que tinham dados completos: acesso a prontuário eletrônico, descrição cirúrgica e exame anatomopatológico, 119 casos. As variáveis analisadas foram idade, sexo, tempo de evolução, realização de exame de imagem, uso de antibiótico, tipo de cirurgia realizada, taxa de conversão cirúrgica, fase evolutiva, tempo cirúrgico, uso de dreno, tempo de internação hospitalar, morbimortalidade e diagnóstico anatomopatológico.</p> <p>RESULTADOS: A apendicite aguda (AA) foi mais prevalente no sexo masculino (52%) e entre adultos jovens (19-44 anos) (60,5%). O tempo médio de evolução foi de 2,54 dias. Todos os pacientes realizaram exames de imagem para auxílio diagnóstico, a maioria, 78,1% realizou tomografia computadorizada. A fase evolutiva da AA mais prevalente foi a fase III (27,9%). A grande maioria dos pacientes recebeu antibioticoterapia (95,7%). Quanto a via cirúrgica 26 casos foram por cirurgia convencional nestes casos a incisão preferida foi a de Davis (50% casos). A cirurgia videolaparoscópica foi realizada em 78,1% dos casos. A taxa de conversão foi de 6,45% sendo o principal fator de conversão o intenso processo inflamatório/múltiplas aderências. Um caso evoluiu para ileocelectomia. Complicações pós-operatórias ocorreram em 24 casos (20,1%) sendo a complicação mais comum a infecção de ferida operatória em 11 casos (45,8%), seguida de abscesso intra-abdominal (25%), deiscência ferida operatória, seroma, fístulas e sepse. Não houve mortes diretamente relacionadas a apendicite aguda no intervalo de tempo do estudo.</p> <p>CONCLUSÕES: A prevalência da AA foi maior no sexo masculino e entre os adultos jovens. A prevalência de apendicectomias brancas foi de 4,2%. O tempo cirúrgico, o uso de drenos, o tempo de internação tem relação direta e progressiva com o estágio evolutivo da AA. Quanto a via cirúrgica, nossos dados corroboram a literatura: tempos cirúrgicos menores para cirurgias abertas. E tempo de internação e taxa de complicações (17,2% x 23%) menores para cirurgias videolaparoscópicas. A taxa de conversão cirúrgica é baixa. Na literatura constam taxas entre 5 e 25%. O uso de antibioticoterapia é frequente mesmo em casos de AA não complicada, estágio I. A taxa de complicações pós-operatórias é considerada alta (20,1%), apesar disso não houve mortes. A complicação mais comum é a infecção de ferida operatória. Todos os casos de abscesso intra-abdominal ocorreram em cirurgias VLP. A avaliação histopatológica permitiu identificar malignidade em três casos sendo um caso de tumor neuroendócrino (0,84%) considerada a neoplasia primária do apêndice mais comum.</p>	<p>EFEITOS DO COLAGENO ORAL NO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE JOELHO EM MODELO EXPERIMENTAL COM RATOS</p> <p>Nayara Pontes de Araújo, Gabriel Felipe Lyra Silva, Hícaro Donato Granhen, Faustino Chaves Calvo, Deivid Ramos dos Santos, Daniel Nascimento de Souza, Fabio Vidal Moriya, Rui Sérgio Monteiro De Barros</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar as alterações na cartilagem articular do joelho induzido a osteoartrite de ratos ao final de 4 semanas de tratamento com colágeno hidrolisado e peptídeos de colágeno.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 18 ratos machos da espécie <i>Rattus norvegicus</i>, da linhagem Wistar, distribuídos em três grupos, de 6 animais cada. Todos os animais foram submetidos a injeção intra-articular de iodoacetato na dosagem de 0,2ml da substância a 1% no membro posterior direito. Após isso, receberam o tratamento correspondente a cada grupo: o grupo controle (GC) teve somente a osteoartrite induzida de joelho, sem receber nenhum tratamento; o grupo peptídeo de colágeno (GPC) recebeu tratamento com peptídeo de colágeno via oral por gavagem na posologia de 0,16g/kg/dia; e o grupo colágeno hidrolisado (GCH) recebeu tratamento com colágeno hidrolisado via oral por gavagem na posologia de 0,14g/kg/dia. A coleta dos materiais para análise se deu 30 dias após a indução de osteoartrite de joelho no caso do grupo controle e 60 dias após indução de osteoartrite de joelho nos grupos de tratamento, sendo todos os animais submetidos a eutanásia por superdosagem de anestésicos após a coleta. Para a presente pesquisa, o joelho direito foi dissecado da região coxofemoral até a região do tornozelo, deixando a cápsula articular intacta. As amostras foram fixadas em formol a 10% e submetidas a análise histopatológica. Para a análise histopatológica, foi realizada a contagem de condrócitos por cluster nas camadas superficial e intermediária e utilizada a classificação The OARSI osteoarthritis cartilage histopathology assessment system, a qual avalia a gradação da profundidade da lesão e a extensão da lesão na superfície articular. Para a análise estatística, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, o teste Kruskal-Wallis e o teste de Student-Newman-Keuls, adotando-se como nível de significância $\alpha=0,05$.</p> <p>RESULTADOS: À análise estatística dos grupos, foi possível notar que houve significância quando comparados entre si o grupo controle, grupo colágeno hidrolisado e grupo peptídeo de colágeno ($p=0,0372$). Quando feita a individualização dos tratamentos, houve significância para a comparação do grupo tratado com colágeno hidrolisado e o grupo controle ($p=0,0426$), fato este não comprovado à análise com o grupo de peptídeo de colágeno ($p=0,1048$) e quando comparados os grupos de tratamento entre si ($p=0,6851$). Em relação aos escores, nota-se significância estatística ($p=0,0045$) entre os três grupos em estudo, tendo ocorrido, também, quando comparado o grupo controle ao colágeno hidrolisado ($p=0,0063$) e ao peptídeo de colágeno ($p=0,0173$).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, portanto, que o tratamento da osteoartrite de joelho no modelo experimental proposto com uso de colágeno hidrolisado e peptídeos de colágeno via oral mostrou-se eficaz, com estabilização ou regressão da lesão apresentada, com alteração no escore final, diminuição da profundidade, porém sem efeito sobre a extensão da lesão.</p>
<p>TL 165</p> <p>USO DE NEUROTUBO BIODEGRADÁVEL NO REPARO DE FALHAS NEURAIS PERIFÉRICAS: ESTUDO EXPERIMENTAL</p> <p>Deivid Ramos dos Santos, André Lopes Valente, Daniel Haber Feijó, Luan Teles Ferreira de Carvalho, Dora Fonseca da Silva, Antônio Leonardo Jatahi Cavalcanti Pimentel, Faustino Chaves Calvo, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: objetivou-se avaliar a viabilidade da utilização do neurotubo biodegradável no reparo de falhas neurais periféricas em ratos, buscando, dessa maneira, alternativas com materiais biodegradáveis no intuito de construir um conduto para reparo de nervo, confeccionado a partir de fibras derivadas do caroço do açaí, fruta endêmica da região Norte, rica em celulose e hemicelulose, de baixo custo.</p> <p>MÉTODO: Aprovado pelo Comitê de Ética no Uso de Animais da Universidade do Estado do Pará, neste estudo experimental, foram utilizadas 45 <i>Rattus norvegicus</i> (Wistar), fêmeas, com 12 semanas de vida, pesando entre 169 e 271 gramas, randomizados em 5 grupos: normalidade (GN), sepultamento (GS), desnervado (GD), neurotubo (GT) e autoenxerto (GA), cada um com 8 animais, além do grupo piloto (GP) com 05 animais. Todos os animais da pesquisa foram submetidos à intervenção microcirúrgica, sendo o procedimento executado sob visualização da imagem no sistema de videomicrocirurgia, desenvolvido por Barros et al (2011), com aumento cerca de 50 vezes. Inicialmente, nos animais de todos os grupos, sob visualização direta, foi realizada uma incisão longitudinal na região pósterolateral do membro posterior direito para exposição do nervo ciático em todo o seu comprimento. A análise estatística foi realizada no software Biostat 5.3, utilizando-se o teste ANOVA com correção pelo teste de Tukey, sendo considerado significativo $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Após 12 semanas do procedimento cirúrgico, os animais do GT apresentaram maior latência do nervo fibular comum quando comparados aos do GA, que por sua vez não apresentou diferença estatística quando comparado aos animais do grupo normalidade GN. Já analisando a latência do nervo tibial, não foi observada diferença entre GN, GA e GT, mostrando que houve regeneração e remielinização deste nervo, permitindo a passagem do impulso elétrico. Com relação à amplitude, esta mostrou-se reduzida tanto no GA quanto GT, nos nervos fibular comum e tibial, em relação ao GN, porém entre si não foi observada diferença estatística ($p>0,05$). Os GD e GS não apresentaram quantidade significativa de axônios contáveis na porção distal ao reparo neural do ciático, revelando possível degeneração walleriana do nervo, não havendo crescimento axonal. Os GA e GT obtiveram valores de contagem de axônios muito inferiores aos do GN, porém mostraram crescimento axonal, apesar de não se poder afirmar que uma técnica é superior a outra, devido não apresentarem diferença estatística entre si.</p> <p>CONCLUSÕES: O neurotubo biodegradável de baixo custo feito a partir da casca de açaí é viável no reparo de falhas neurais periféricas.</p>	<p>TL 166</p> <p>ABDOME AGUDO: DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA - PB.</p> <p>HIAGO DANTAS MEDEIROS, LAÍS NÓBREGA VIEIRA, EDUARDO ALFEU PEIXOTO PAREDES, MARINNA KARLA CUNHA LIMA VIANA, PEDRO PAULO ASSUNÇÃO SILVA, ANA BEATRIZ BATISTA NEVES, LANDSTEINER ANJOS LEITE, ADRIANO DIAS TRAJANO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar dados clínicos e epidemiológicos acerca do abdome agudo, coletados em um serviço da região metropolitana de João Pessoa - PB referência nesse grupo nosológico. Tal análise, levou em consideração aspectos esclarecedores do diagnóstico como a faixa etária, tempo de evolução, sinais e sintomas e alteração laboratorial. Tendo em vista o fato de ser uma síndrome que possui diversas características confundidoras e inespecíficas. Tornando salutar o diagnóstico precoce da etiologia para que se tenha uma conduta terapêutica benéfica ao paciente, seja ela clínica ou cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional descritivo e transversal. Os dados foram obtidos através do preenchimento de um formulário eletrônico do Google Forms® durante o segundo semestre de 2018 no estágio da Liga Acadêmica de Cirurgia da Paraíba (LAC-PB). A elaboração ocorreu de acordo com fatores analisados em artigos, por meio de uma revisão integrativa realizada no PubMed com o descritor "acute abdomen". Os quesitos da análise foram: sexo, idade por faixa etária, tempo de evolução, sinais e sintomas apresentados, exames laboratoriais alterados, exames de imagem realizados (podendo nesses três quesitos apresentar mais de uma resposta), subtipo de abdome agudo, diagnóstico específico e conduta terapêutica. A coleta ocorreu com os pacientes apresentando quadro sintomático típico dispostos participar da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Durante esse período de coleta, foram analisadas informações de 13 pacientes atendidos no serviço supracitado. Quanto ao sexo, 76,9% (n=10) eram mulheres e 23,1% (n=3) eram homens. No que diz respeito a idade por faixa etária, 69,2% (n=9) tinha entre 30-39 anos; 23,1% (n=3) entre 20-29 anos e 7,7% (n=1) entre 10-19 anos. Em relação ao tempo de evolução, 53,8% (n=7) relatou duração entre 1-3 dias; 23,1% (n=3) entre 3-7 dias e 23,1% (n=3) mais de 7 dias. Ao se tratar dos sinais e sintomas apresentados, 12/13 relataram vômito, 9/13 náusea, 8/13 febre, 7/13 dor localizada, 6/13 dor difusa, 6/13 não sentiam fome, 5/13 distensão abdominal, 3/13 parada de eliminação de fezes e flatos. No que diz respeito a exames laboratoriais alterados, 8/13 tinham alteração do hemograma, 4/13 da bilirrubina total e frações, 3/13 das enzimas canaliculares e 1/13 da amilase, lipase, transaminases e urina tipo I. Dos exames de imagem, a ultrassonografia foi utilizada 12 vezes, a tomografia computadorizada, três, e cinco não necessitaram do auxílio. 100% dos casos eram do subtipo inflamatório com maior prevalência de apendicite, 46,2% (n=6), seguido pela colelitíase, 38,5% (n=5) e demais casos únicos. Consequentemente, 100% das condutas foram cirúrgicas.</p> <p>CONCLUSÕES: Dado o exposto, percebe-se o quão significativo é a diferenciação dos múltiplos diagnósticos dessa síndrome, já que as alterações laboratoriais são inespecíficas e a imagiologia não é definidora por si só. Sendo assim, conhecer os aspectos clínico-epidemiológicos à fimco é indispensável para a conduta adequada e em tempo hábil.</p>

TL 167	TL 168
<p>N-ACETILCISTEINA REDUZ INFLAMAÇÃO, ESTRESSE OXIDATIVO E MORTE CELULAR EM CAMUNDONGOS COM ESTEATO-HEPATITE SUBMETIDOS A ISQUEMIA E REPERFUSÃO HEPÁTICA</p> <p>Natalie Chaves Cayuela, Roberto Rasslan, Jacqueline Fátima Jacysyn, Marcia Kiyomi Koike, José Antonio Picanço Diniz Jr, Edna Frasson Souza Montero</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A manipulação cirúrgica do fígado com esteato-hepatite pode levar a complicações pós-operatórias importantes, e a N-acetilcisteína (NAC) configura-se como uma alternativa farmacológica com grande potencial para reduzir os efeitos deletérios de procedimentos cirúrgicos nessas condições. Já foi demonstrado o efeito protetor da NAC em modelos de isquemia e reperfusão (I/R) hepática, bem como na doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA). Porém, há poucos estudos que avaliaram seu efeito na associação de I/R com esteato-hepatite. Esse estudo teve como objetivo avaliar o efeito da NAC sobre a reação inflamatória, estresse oxidativo e morte celular induzidos pela I/R hepática associada à esteato-hepatite.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados camundongos C57BL/6J, machos, com oito semanas de vida e peso entre 25 e 30 gramas, alimentados com ração normal AIN-93M ou com uma dieta deficiente em metionina e colina (DMC) para desenvolver esteato-hepatite. Os animais foram divididos em 4 grupos experimentais, dentre os quais estavam um grupo Controle, um grupo que desenvolvera esteato-hepatite (grupo DMC), outro no qual foi realizada isquemia de 30 minutos com reperfusão de 24 horas em fígado com esteato-hepatite (grupo DMC-IR), e um grupo no qual a NAC (150mg/kg) foi administrada 15 minutos antes da isquemia (grupo DMC-IR+NAC). Após o período de reperfusão, o sangue foi coletado, para análise de AST e ALT, e o fígado, removido para avaliação histopatológica, dosagem das citocinas IL-1β, TGF-β1 e IFN-γ, nitrato e Substâncias Reativas ao Ácido Tiobarbitúrico (TBARS), e análise da expressão de Bcl-2 e de apoptose (TUNEL).</p> <p>RESULTADOS: A histopatologia mostrou redução de focos inflamatórios no grupo DMC-IR+NAC. AST elevou-se no grupo DMC-IR comparada ao controle e ALT diminuiu. No grupo DMC-IR+NAC reduziram ambas transaminases, sendo significante apenas a AST. As citocinas IL-1β e TGF-β1 foram elevadas no grupo DMC-IR comparadas ao Controle; a NAC reduziu significativamente essas citocinas. O IFN-γ não se alterou entre os grupos analisados. O estresse oxidativo mostrou que os animais do grupo DMC-IR apresentaram concentrações elevadas de TBARS e de nitrato em relação aos camundongos Controle, que reduziram com a NAC. A expressão de Bcl-2 mostrou-se elevada no Controle, e reduzida nos animais dos grupos DMC e DMC-IR. A NAC, nesse caso, promoveu o aumento da expressão de Bcl-2 nos camundongos do grupo DMC-IR+NAC. Esse resultado estava associado aos dados de apoptose, já que foi observado aumento do número de células apoptóticas nos animais do grupo DMC-IR e redução naqueles tratados com NAC.</p> <p>CONCLUSÕES: Desta forma, conclui-se que a NAC apresenta efeitos benéficos no fígado de camundongos com esteato-hepatite associada à lesão de I/R por meio da redução do infiltrado inflamatório, das concentrações de IL-1β e TGF-β1, do estresse oxidativo e da morte celular.</p>	<p>Transplante autólogo da tireoide. Estudo experimental.</p> <p>OLAVO BORGES FRANCO, AMABILE MARAN CARRA, MARCEL VASCONCELLOS, MANOEL LUIZ FERREIRA, WAGNER BAETAS DA CRUZ, PAULO CESAR SILVA, ALBERTO SCHANAIDER</p> <p><i>UFFRJ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO) - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O hipotireoidismo pós-operatório ainda representa um desafio, capaz de interferir com a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, o objetivo é verificar a viabilidade e funcionalidade do autotransplante de tecido tireoidiano criopreservado em ratos submetidos à tireoidectomia total.</p> <p>MÉTODO: Vinte e nove ratos (<i>Rattus norvegicus albinus</i>), da linhagem Wistar, machos, foram distribuídos, aleatoriamente, em grupo Controle (n = 8); grupo Simulação (n = 5); grupo Hipotireoidismo (n = 8) e grupo Transplantado (n = 8). Concentrações séricas de T3 total, T4 livre, TSH e cálcio total foram determinadas no início do experimento e na 13ª semana. Foram, também, efetuados exames cintilográficos no início do experimento e na 14ª semana, com análise da biodistribuição do radioisótopo tecnécio-99m, além de exames anatomopatológicos.</p> <p>RESULTADOS: No grupo Hipotireoidismo houve redução da tiroxina e elevação do TSH. A cintilografia do grupo de animais transplantados, após 14 semanas, evidenciou a captação do isótopo radioativo no local do implante em 100% dos animais estudados, juntamente com aspecto histológico de uma glândula normoativa e o retorno da concentração dos hormônios tireoidianos para níveis compatíveis com a faixa de normalidade.</p> <p>CONCLUSÕES: As evidências deste estudo translacional sugerem que o autotransplante tireoidiano seja capaz de restaurar a viabilidade e funcionalidade glandular.</p>

TL 169	TL 170
<p>Analisar o perfil das complicações pós-operatórias de apendicectomias em um hospital de ensino com base na Classificação de Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo validada para portugueses (CCD-BR).</p> <p>Estevan Taube Borré, Luis Paulo Androni, Mayara Christ Machry, Alice Bianchi Bittencourt, Fernando Theodoro Sehnem, José Bravo Lopes, Eduardo Taube Borré, Bruna Beck Nunes</p> <p><i>SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado em Hospital de Ensino referência na capital do Rio Grande do Sul, através de coleta de dados de prontuários de pacientes submetidos a apendicectomia no período de 01/01/2018 a 31/12/2018. O estudo incluiu os pacientes operados sob o código de apendicectomia videolaparoscópica e apendicectomia convencional pelo Sistema Único de Saúde. Foi analisado a prevalência de apendicite aguda segundo idade, sexo e tempo de sintomas apresentado na chegada. As complicações pós-operatórias observadas foram classificadas segundo a Classificação de Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo validada para português por (CCD-BR).</p> <p>RESULTADOS: No período estudado, foram analisados 108 casos de apendicectomia dos quais 81 pacientes foram submetidos apendicectomia videolaparoscópica (75% do total). Os demais casos, 27 pacientes, foram submetidos a técnicas de cirurgia aberta, 6 casos por incisão de McBurney (5,55% do total), 11 casos por incisão de Davis (10,18% do total) e 10 casos por incisão mediana (9,25% do total). A média de idade dos pacientes foi de 40 anos, sendo 52,7% do sexo masculino. O tempo médio de sintomas na chegada ao hospital foi de 24 horas. As complicações foram divididas em 5 grupos, de acordo com a Classificação de Complicações Cirúrgicas de Clavien-Dindo. Conforme os prontuários, 41 pacientes tiveram complicações pós-operatórias (37,96% do total de casos). Destes, 26 pacientes apresentaram complicações do tipo I, 7 pacientes apresentaram complicações do tipo II, 2 pacientes apresentaram complicações do tipo IIIa, 4 pacientes apresentaram complicações do tipo IIIb, 1 paciente apresentou complicação do tipo IVa e 1 paciente apresentou complicação do tipo V. De modo geral, o maior destaque ocorreu para as complicações do tipo I.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se que o uso da classificação de complicações de Clavien-Dindo em apendicectomias permite a comparação dos resultados cirúrgicos com maior precisão e, ainda, pode representar uma melhor comunicação entre cirurgiões de todas as esferas. Nessa pesquisa, a maioria dos pacientes apresentou complicações de grau I, consideradas leves e não ameaçadoras a vida, como seroma de ferida operatória, dor exacerbada com necessidade de analgesia adicional a rotina do serviço, náusea e vômitos, hematoma de ferida operatória e abscesso de ferida operatória. Na complicação pós-operatória de grau II, 43% apresentaram coleção intracavitária que pode estar associada ao tipo de acesso a cavidade abdominal, sendo o acesso laparoscópico ligado à maior número de abscessos intracavitários, em relação a técnica aberta. Como fator limitante a nossa análise destacamos a utilização de dados retrospectivos registrados em prontuário podendo-se ter maior informações através de estudo e acompanhamento prospectivo dos casos.</p>	<p>INTERVENÇÕES ENDOVASCULARES COM SISTEMA AUTOMATIZADO DE INJEÇÃO DE CO2: EXPERIÊNCIA INICIAL</p> <p>Brenda Emily Dias Tavares, Elton Correia Alves, Wellington Bispo Mandinga, Diego Espíndola, Achilles Lima, Mario Amorim, Maria Andreia Lopes Freitas, Bruno Leonardo Freitas Soares</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar a experiência inicial do serviço em intervenções endovasculares arteriais e venosas utilizando contraste de dióxido de carbono, utilizando dispositivo inovador de injeção pressurizada e automatizada recentemente disponível para uso no Brasil.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo e observacional de coorte, com base em dados registrados em prontuário.</p> <p>RESULTADOS: Entre os meses de Abril e Setembro de 2018, 21 pacientes foram submetidos a procedimentos endovasculares arteriais e venosos CO2-contrastados. A média de idade foi de 60 anos, sendo 9(42,85%) mulheres. Dados demográficos e procedimentais foram coletados e estão descritos nas tabelas I e II. Destacamos a prevalência de diabéticos(70,58%), hipertensos(58,82%), dentre os quais 17,64% era obesos, 17,64% tinham doença renal crônica, sendo que 23,52% dos pacientes tinham clearance de creatinina inferior a 60ml/min na admissão. Os procedimentos foram realizados com anestesia local e sedação. O sucesso técnico procedimental foi de 100%. Não ocorreram efeitos adversos durante o procedimento e/ou no período de internamento e não foi necessário a administração de analgesia em virtude de dor pela injeção de contraste, sendo esta leve, rápida e tolerável em nossa casuística inicial. Quando comparado à série histórica, houve redução significativa (82,5%) no uso de contraste iodado, o qual se fez necessário em 23,52% dos pacientes, utilizando volume total final inferior a 50ml. Não houve piora da função renal induzida pelo procedimento. A taxa de reintervenção da lesão-alvo (TLR) aos 30 dias ficou em 5,88%, em nenhum dos casos relacionada ao uso de contraste com CO2.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso do sistema automatizado de injeção de CO2 em procedimentos endovasculares infradiafragmático se demonstrou seguro e eficiente em nossa experiência inicial. Em que pese não termos prescindido do uso de contraste iodado por completo, foi possível diminuir significativamente o seu uso. Estudos adicionais se fazem necessários para confirmar estas impressões iniciais.</p>

TL 171	TL 172
<p>AMPUTAÇÕES: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PELA CIRURGIA VASCULAR DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p> <p>Vinicius Henrique Almeida Guimarães, Guilherme Café Soares Benfatti, Cássia Ducatti de Almeida, Guilherme Martins Fernandes, Daniel Pires Vaz, Frederico Vilarinho Bernardes, Anderson Lubito Simoni</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender o perfil das cirurgias de amputação executadas pela cirurgia vascular do HC-UFTM, elucidando as características dos pacientes, dos procedimentos e das evoluções no pós-operatório; para enfim, correlacionar esses fatores.</p> <p>MÉTODO: Revisamos os prontuários dos pacientes que sofreram amputações pela equipe de cirurgia vascular do HC-UFTM entre agosto de 2016 a agosto de 2018. Padronizamos como um procedimento cada vez que o paciente era levado para o bloco cirúrgico ou cada evento traumático sofrido pelo paciente, independente de quantas amputações ocorreram no mesmo episódio. Coletamos as seguintes informações: idade, sexo, tipo de amputação, o nível da amputação, a etiologia da amputação, comorbidades e complicações prévias. Por fim, consideramos ainda se houve óbito durante o período de internação em que ocorreu o procedimento cirúrgico de amputação. Após a coleta dos dados, procedemos com a análise bioestatística das informações usando o programa GraphPad Prism 7.0 e considerando $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 123 pacientes, submetidos a 155 procedimentos. Descobriu-se que a maioria eram homens (69,91%), da cidade de Uberaba (49,59%), com amputações de membro inferior (96,13%), a nível supragenicular (36,13%) e em membro direito (54,84%). As principais etiologias foram obstrutiva, com 86 pacientes (69,91%) e infecciosa, com 71 pacientes (57,72%), com frequente sobreposição. Quanto às comorbidades, encontramos que 89 pacientes eram hipertensos (72,35%), 70 eram diabéticos (56,91%), 57 eram tabagistas (46,34%) e 23 sofriam de dislipidemia (18,70%). Quando comparamos com a população, nossos pacientes apresentam maiores níveis de diabetes (56,91% > 22%) e tabagismo (46,34% > 12,2%). Por fim, descobrimos que houve 25 óbitos (20,32%) durante o período de internação, porém nenhum no intra-operatório. Esses pacientes que tiveram óbito apresentaram uma média de idade maior que a dos pacientes que não faleceram (74,32 contra os 64,60 anos, com $p < 0,0005$) e maior frequência de amputação em nível supragenicular (68% contra 39,79%, com $p < 0,0213$).</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil do trabalho executado pela equipe de cirurgia vascular se difere do alavancado pela literatura para todos os setores responsáveis por procedimentos de amputação. O que mais se denota, é um menor número das amputações por etiologia traumática (4,88% contra 24%, com $p < 0,0001$) e ausência de casos de origem congênita, bem como um maior número por infecções (45,8% contra 5%, com $p < 0,0001$) (CASSEFO ET AL, 2003). Quanto aos fatores de risco para amputação, observamos maiores índices de diabetes e tabagismo nos nossos pacientes que na população. Porém, para mortalidade na internação em que ocorreu a amputação, vimos que a maior idade e nível de amputação foram os fatores mais influentes. Constatamos também, que em média, 1 a cada 5 pacientes (20,32%) que sofrem amputação morrem na mesma internação, conhecimento ainda pouco explicitado na literatura, que geralmente traz esse dado cronologicamente (STERN ET AL, 2017).</p>	<p>LESOES VASCULARES NEONATAIS IATROGENICAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>João Paulo Santos Correia, João Vitor Omena Jucá, Ernnan Tenório de Albuquerque Filho</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar um estudo teórico-bibliográfico em bases de dados científicas sobre as publicações de LV iatrogênicas neonatais.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo qualitativo teórico bibliográfico realizado a partir do levantamento das publicações em bases de dados dos periódicos científicos PubMed (US National Library of Medicine - National Institutes of Health) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) através dos descritores "iatrogenic vascular lesions", "neonates" e "injuries" utilizando o operador booleano "AND". O lapso temporal foi de 1997 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: A obtenção de acessos vasculares em recém-nascidos constitui-se habitual prática realizada dentro das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), consequentemente, aumentando o risco de lesões vasculares (LV). Aproximadamente 50% das LV pediátricas em todas as faixas etárias são iatrogênicas, embora a proporção de lesões iatrogênicas varie inversamente em relação à idade do paciente, de tal modo que em crianças menores de um ano, o trauma arterial se dá fundamentalmente devido a iatrogenia. 1 Procedimentos como cateterismo diagnóstico, canulação para suporte de vida extracorpórea ou bypass cardiopulmonar, colocação de linhas arteriais (variando de cateteres arteriais umbilicais a linhas radiais arteriais), punção arterial para gasometria e punção venosa pode resultar em traumas vasculares significativos, contribuindo para as altas taxas de LV iatrogênicas. 2 Embora sejam o tipo de LV mais prevalente em neonatos, sua baixa incidência reflete na escassa produção científica a respeito das mesmas, sendo mais comumente descritas fístulas arteriovenosas, isquemia de membros, pseudoaneurismas e tromboembolismos. 3 A partir das análises constatamos a escassez de publicações científicas acerca das vasculopatias iatrogênicas neonatais, sendo encontrados cinco artigos relacionados ao tema. Quatro dos cinco artigos selecionados são estudos transversais, sendo o quinto um relato de caso. Não houve publicações brasileiras relacionadas ao tema. A relevância científica deste conteúdo se dá pela necessidade de estratificar o perfil de risco de neonatos sujeitos a complicações provenientes de LV. A partir desta estratificação, seria possível que serviços com UTIN desenvolvessem protocolos afim de elevar a suspeita clínica perante estes pacientes, contribuindo para o rápido diagnóstico e tratamento precoce adequado.</p> <p>CONCLUSÕES: É notável a escassez de publicações referente as vasculopatias neonatais. Devido a este fato, nosso projeto de iniciação científica tem o intuito de contribuir para disseminação científica da área através da investigação da prevalência das vasculopatias iatrogênicas neonatais em UTIN na cidade de Maceió-AL; identificar os fatores de risco e melhorar os métodos de vigilância requer investigação em andamento.</p>

TL 173	TL 174
<p>COMPARAÇÃO DAS TÉCNICAS DE SUTURA CONTÍNUA E SEPARADAS EM ANASTOMOSES MICROVASCULARES EM RATOS</p> <p>Deivid Ramos dos Santos, Faustino Chaves Calvo, Rodrigo Carneiro Franco, Edmilson Gomes Corrêa, Luan Teles Ferreira de Carvalho, Renan Kleber Costa Teixeira, José Maciel Caldas dos Reis, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo comparar a técnica de sutura contínua e separada na artéria femoral de ratos, tendo em vista que a revisão mais recente das técnicas de sutura na anastomose microvascular mostra que não se pode afirmar que a taxa de patência ou a facilidade de desempenho sejam comparadas na sutura término-terminal e término-lateral.</p> <p>MÉTODO: Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Uso de Animais da Universidade do Estado do Pará, nº 14/18. 20 ratos (<i>Rattus norvegicus</i>), pesando entre 300 e 400g. Os animais foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo de sutura separada (GSS, n = 10), para os quais a artéria femoral foi suturada com oito pontos simples e grupo de sutura contínua (GSC, n = 10), no qual a artéria femoral foi suturada com sutura contínua simples. Os procedimentos microcirúrgicos foram realizados sob microscópio DVF® com aumento de imagem de 40x pelo mesmo cirurgião.</p> <p>RESULTADOS: Não houve diferenças significativas entre os grupos no peso médio dos animais (GSS: 244 ± 35 g vs GSC: 249 ± 43 g; $p = 0,64$) ou calibre da artéria femoral (GSS: 0,81 ± 0,03 mm vs GSC: 0,80 ± 0,02 mm; $p = 0,95$). O tempo requerido para a anastomose arterial em cada cirurgia foi de 718,72 ± 41,59s no GSS e 451,60 ± 57,33s no GSC. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$), sendo a sutura contínua mais rápida que a sutura separada. A patência foi de 100% nos dois grupos, não havendo diferenças significativas entre os grupos ($p = 1,00$).</p> <p>CONCLUSÕES: A técnica de sutura contínua apresenta taxas de perviabilidade semelhantes às da sutura separada, porém com menor tempo para realização da anastomose.</p>	<p>ESTUDO DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO PLEXO BRAQUIAL EM RATOS</p> <p>Nayara Pontes de Araújo, Bruna Dias da Costa Ribeiro, Rodrigo Carneiro Franco, Deivid Ramos dos Santos, Faustino Chaves Calvo, Renan Kleber Costa Teixeira, Fabio Vidal Moriya, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudo anatômico do plexo braquial de ratos Wistar.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa descritiva experimental na qual 20 ratos machos foram submetidos à mesma cirurgia. Primeiramente, fez-se a exsanguinação dos animais a fim de se ter uma melhor dissecação. Então seguiu-se para a abordagem do plexo braquial através de uma incisão horizontal de cotovelo a cotovelo com os membros anteriores em abdução de 90°. A via de acesso foi deltopeitoral na margem inferior da clavícula, com desinserção proximal da porção clavicular do deltóide, da porção clavicular do peitoral maior e excisão da clavícula. O músculo cleidomastóide, assim como escaleno anterior, foram seccionados, sendo o plexo localizado entre os escalenos incluindo os troncos superior, médio e inferior. A dissecação das estruturas se deu sob o uso de um sistema de videomicrocirurgia com magnificação de 62x, sendo as imagens projetadas num televisor 4K.</p> <p>RESULTADOS: O plexo braquial de ratos possui origem de cinco raízes (C5-T1), sendo o tronco superior formado por C5-C6; médio por C7; e inferior por C8-T1. Juntamente de C5 e C4, originou-se o nervo dorsal da escápula, assim como o frênico. Cada tronco emitiu duas divisões: anterior e posterior. A divisão anterior do tronco superior, médio e inferior deu origem ao fascículo lateral, sendo que esta divisão do tronco médio continuou para formar o fascículo medial; e as divisões posteriores dos três troncos se uniram para originar o fascículo posterior. Quanto ao tronco superior, este deu origem aos nervos subclávia, supra-escapular e subescapular superior. Enquanto sua porção anterior emitiu um ramo que formou o nervo peitoral lateral, a divisão posterior ramificou-se em mais dois nervos subescapulares. O nervo musculocutâneo e mediano é formado por contribuições do fascículo lateral e medial; e a partir deste, emergiu-se o nervo peitoral medial, cutâneo medial do braço, antebraço e ulnar. Por último, o fascículo posterior partiu distalmente como ramos terminais os nervos axilar e radial.</p> <p>CONCLUSÕES: Houve certa concordância e similaridade na estrutura básica do plexo braquial de ratos com o de humanos, necessitando de mais estudos quanto às variações.</p>

TL 175	TL 176
<p>ADESÃO AO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</p> <p>Nayara Roncoleta, Marcelo Regis Lima Corrêa, Wanessa Gouveia Castro, Lenara Melo da Silva, Gabriel Fumian Milward de Azevedo, Horácio Tamada</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar as principais dificuldades para a adesão do protocolo de cirurgia segura (checklist) da Organização Mundial de Saúde, compreendendo melhor o ponto de vista dos profissionais e avaliando se houve melhoria após sua implementação.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, sendo uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019, por meio de busca online nas plataformas PubMed, Cochrane Library, LILACS e SciELO, sendo usadas os DeCS/MeSH Terms: "checklist", "patient safety", "lista de checagem", "paciente seguro", "procedimentos cirúrgicos operatórios". Filtros foram aplicados: obras publicadas de 2008 a 2018, obras em português, inglês e espanhol, disponíveis para acesso integral da obra e em produção relacionada a humanos. Foi utilizado como critério de inclusão obras que trazem discussões sobre a adesão do checklist, tanto pela equipe como pela instituição, a compreensão dos profissionais acerca do protocolo de cirurgia segura proposto pela OMS e as mudanças decorrentes da implementação do checklist. Assim, após pesquisa inicial foram encontrados 56 artigos, dos quais 23 foram selecionados para leitura na íntegra através da análise de seus resumos. Foram analisados e selecionados 12 artigos para composição final desta obra.</p> <p>RESULTADOS: Houve melhora significativa na segurança dos pacientes após a aplicação do protocolo, tendo como enaltecimento a melhoria na comunicação entre a equipe atuante. Além disso, observou-se que a maioria dos profissionais da saúde conhecem o checklist, contudo, existe resistência por aplicá-lo, sendo que essa resistência ocorre por uma variação de fatores: falta de instrução por parte da instituição, resistência cultural ao uso do protocolo e noção de indispensabilidade por parte dos profissionais. Foi observado, também, que o "time out" é o momento no qual os profissionais mais negligenciam o checklist. Além disso, foi percebida tendência de preenchimento incompleto do protocolo.</p> <p>CONCLUSÕES: Percebe-se, portanto, que o checklist de cirurgia segura dispõe-se como método eficaz. Contudo, ainda existe pouco incentivo para sua implementação, sendo necessárias idéias para sua melhor efetividade e maiores estudos a fim de compreender de forma objetiva sua aplicação. Assim, ocorre escassez de gestões que implementem o checklist em sua completude, expondo os pacientes a erros evitáveis.</p>	<p>IMPACTO DA RETENÇÃO INADVERTIDA DE CORPOS ESTRANHOS EM PACIENTES CIRÚRGICOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>Wudson Henrique Alves de Araújo, Marcelo Regis Lima Corrêa, Robson Henrique Gomes, Wilyan Dias Cosmos de Oliveira, Talita Bizerra Silva, Horácio Tamada</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A retenção de corpos estranhos de modo inadvertido em procedimentos cirúrgicos gera uma taxa de 70% de reoperação, 80% de morbidade e 35% de mortalidade. A estimativa de erro varia em torno de 1:1000 a 1:1500 cirurgias, demonstrando um valor considerável, o que torna a revisão sistemática sobre esse tema uma ferramenta importante. Desse modo, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão sistemática de literatura no que diz respeito ao impacto da retenção inadvertida de corpos estranhos em pacientes cirúrgicos.</p> <p>MÉTODO: A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes e revista por um terceiro revisor em caso de discordância, no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. A busca dos dados ocorreu online com os descritores "cirurgia" e "corpos estranhos" em português, "surgery" e "foreign bodies" em inglês, nas bases PubMed, Cochrane, Lilacs e Scielo, nas quais foram encontrados 804 artigos. Filtros foram aplicados para o direcionamento dos resultados: 1. obras dos últimos 5 anos; 2. estudos em inglês, português e espanhol; 3. disponíveis na íntegra. Foram incluídos nessa análise aquelas obras que discorrem acerca da retenção inadvertida de corpos estranhos em procedimentos cirúrgicos, sendo selecionadas 17 obras.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados trabalhos que relataram tanto a predominância do tipo de corpo estranho, como as causas e os métodos frequentemente utilizados para remoção do objeto retido inadvertidamente. Dos artigos analisados, predominaram os relatos de casos, e todos concordaram que os corpos estranhos comumente esquecidos são os têxteis. Os procedimentos em que frequentemente objetos ficam retidos são realizados principalmente na região abdominal e pélvica, com destaque para cesarianas, colecistectomias e cirurgias urológicas. Um total de 6 artigos verificaram que a laparotomia exploratória se mostra eficaz na remoção de corpo estranho retido em cirurgia, e 3 artigos informaram que a endoscopia digestiva alta é um procedimento seguro e pouco invasivo para o paciente. As propostas feitas pelos autores estão fortemente no âmbito da contagem sistematizada dos materiais utilizados nos procedimentos, como listas de verificação, checklist, contagem por código de barras e marcadores por radiofrequência, além da dedicação de toda equipe médico-cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÕES: Baseados nos trabalhos analisados, os principais corpos estranhos retidos encontrados em pacientes no pós-operatório foram os têxteis, frequentemente verificados nas regiões abdominal e pélvica, tendo como principais causas a negligência na contagem dos materiais utilizados. Ademais, as principais complicações decorrentes da retenção irrefletida de objetos cirúrgicos são dores difusas ou agudas, massas palpáveis, peritonites e fístulas, sendo, portanto, essencial o uso de meios adequados para evitar tal iatrogenia.</p>
<p>TL 177</p> <p>FLAVONOIDE MODIFICADO COMO AGENTE EPIGENÉTICO NO CANCER COLORRETAL</p> <p>Maycon Giovanni Santana, Daniel de Castilho da Silva, Yollanda Edwirges Moreira Franco, Ana Carla Franco Ubinha, Natália Peres Martinez, Giovanna Barbarini Longato, Manoela Marques Ortega, Denise Gonçalves Prióli</p> <p><i>Universidade São Francisco - BRAGANÇA PAULISTA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal é o terceiro mais comum entre os tumores malignos e tem sua origem principalmente em decorrência de mutações genéticas e ruptura epigenética de células do cólon. A epigenética descreve a expressão gênica e as alterações na organização da cromatina sem alterações na sequência do DNA. Recentemente, flavonoides têm surgido como drogas epigenéticas. As proteínas ataxia telangiectasia (ATM) e Rad3-related (ATR) são reguladores chave da resposta ao dano do DNA e mantêm a integridade do genoma nas células eucarióticas, então a correlação com a atividade epigenética é plausível. Sendo assim, o objetivo do respectivo trabalho é analisar o efeito da rutina hidrolisada, composto flavonoide modificado, na quimioprevenção do câncer colorretal e sua interferência na via de sinalização ATM, envolvida na via de reparos de dano de DNA.</p> <p>MÉTODO: Foi avaliada atividade proliferativa (SBR) e ciclo celular (citometria de fluxo). Após a criação do modelo animal de adenocarcinoma de cólon, os animais foram divididos em grupos profilaxia, controle e terapia, sendo inoculados por xenoinxerto heterotópico. O volume tumoral foi aferido diariamente. Os animais foram submetidos à eutanásia para ressecção tumoral e o espécime extirpado foi submetido à análise histopatológica, imunohistoquímica de TP53, análise de peroxidação lipídica (TBARS), dano genotóxico (Comet ASSAY) e fosforilação de ATM (citometria de fluxo). Animais tratados e não tratados foram avaliados quanto à expressão de c-Myc, p21, ciclina D1, beta-catenina, e-caderina (PCR-RT) e ativação da NF-κB (Luciferase). Além disso, a biodisponibilidade da rutina hidrolisada nos tumores foi avaliada. A análise dos resultados foi realizada adotando p≤0,05.</p> <p>RESULTADOS: A rutina hidrolisada possui ação quimioterapêutica (p < 0,00) e quimioprolifática (p < 0,00) inibindo o crescimento do adenocarcinoma do cólon com parada no ciclo celular em G2/S (p = 0,04). Seu mecanismo ocorre por ativação da via ATM. A rutina hidrolisada leva fosforilação da ATM com consequente formação da NF-κB e expressão de c-Myc, processo envolvido em alterações epigenéticas, acompanhado pelo retorno funcional da proteína p53, independentemente das caspases e mecanismos mitocondriais.</p> <p>CONCLUSÕES: A rutina hidrolisada é agente antitumoral com característica de droga epigenética, atua ativando a via ATM, com inibição do checkpoint G2/S, e modulando a TP53 no adenocarcinoma colorretal.</p>	<p>TL 178</p> <p>PERCEPÇÃO DO PÚBLICO MÉDICO SOBRE O PROTAGONISMO DA MULHER NA CIRURGIA</p> <p>Lara Poti Nobre, Ana Clara Feitosa Bezerra, Matheus de Souza Mendes, Veyda Lourdes Ferreira Martins, Israel Lopes de Medeiros</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A participação da mulher na formação médica no Brasil pode ser considerada recente, com início em 1883. O crescimento de mulheres na área de medicina cirurgia não foi considerável, dado que em 2008, de 6170 membros cadastrados, somente 657 são do sexo feminino. A razão do pequeno percentual de mulheres na área cirúrgica pode ser considerada complexa, levando em consideração aspectos culturais, preferência pela área, preconceito familiar e profissional e complexidade de problemas médico-legais, entre outros.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal com temas abordando desigualdade, preconceito e diferenças de oportunidades entre os gêneros na área de medicina cirúrgica. Foi aplicado por meio de formulário no Google Forms em acadêmicos de medicina e em médicos formados em clínica e/ou em cirurgia, durante o período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.</p> <p>RESULTADOS: A pesquisa teve 109 respostas. As perguntas variam entre a percepção da mulher na medicina cirurgia, a existência ou não de um preconceito ou trata-se de um aspecto cultural e se existe uma diferença de oportunidade entre os gêneros feminino e masculino. No contexto de composição da medicina cirurgia, 88%(96 participantes) das respostas concordavam ser predominantemente formado por homens, tendo 8,3% (9) que discordaram. Esse dado corrobora para o questionamento dos participantes que precisaram de cirurgia tendo 65 participantes já precisaram em algum momento. Dessas cirurgias, somente 6 foram feitas por mulheres. A baixa adesão de mulheres na medicina cirurgia possui vários fatores como a existência de preconceito, em que 87,2%(95) concordaram com a presença deste, enquanto 7,3%(8) discordaram e 5,5% (6) não concordaram e nem discordaram. Além disso, esse preconceito pode influenciar uma desigualdade de oportunidade, em que 76,1% (83) concordaram que isso pode existir, enquanto 10,1% (11) discordaram e 13,8% (15) não concordaram. Está acontecendo, entretanto, uma mudança gradativa do aumento quantitativo de mulheres na medicina cirúrgica. Os principais fatores citados na pesquisa para tal mudança: a busca pela igualdade de gênero, conscientização dos profissionais de saúde e igualdade de oportunidade, tanto na universidade quanto nos hospitais. Com um foco maior em mulheres que possuem objetivo de fazer residência em cirurgia e em mulheres que são cirurgiãs, obteve-se que das 44 mulheres participantes, 65,9% (29) sentiram obstáculos profissionais a mais em comparação a colegas homens com a mesma escolha de área de atuação. E isso reflete diretamente no aprendizado, dado que 50%(22) das mulheres se sentiram prejudicadas por benefício injusto aos colegas de gênero masculino. E ainda mais agravante, 36,7% (16) já pensaram em algum momento desistir ou desistiram de fazer especialização em cirurgia por preconceito de amigos e familiares.</p> <p>CONCLUSÕES: A participação da mulher na medicina cirurgia ainda é pequena, sendo colocada de forma secundária a atuação do homem, cenário que está em constante mudança atualmente.</p>

TL 179	TL 180
<p>O PNEUMOPERITÔNIO DE CO₂ INTERFERE NA DEPOSIÇÃO DE COLÁGENO DA FERIDA OPERATÓRIA ABDOMINAL? O PNEUMOPERITÔNIO DE CO₂ INTERFERE NA DEPOSIÇÃO DE COLÁGENO DA FERIDA OPERATÓRIA ABDOMINAL?</p> <p>Rafael Francisco Alves Silva, Pedro Henrique Alves de Moraes, Thiago da Silva Ribeiro, Igor Eduardo Caetano de Farias, Ruy de Souza Lino Junior, Fabiana Pirani Carneiro, Leonardo de Castro Durães, João Batista de Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os procedimentos laparoscópicos apresentem comprovados benefícios clínicos, porém a aplicação de CO₂ sob pressão na cavidade peritoneal altera tanto fatores físicos quanto químicos. Objetivo deste estudo é avaliar a interferência do pneumoperitônio de CO₂ na deposição de colágeno na ferida operatória da parede abdominal de ratos.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 80 ratos, distribuídos aleatoriamente em quatro grupos e submetidos a tempos diferentes de pneumoperitônio (PRÉ: 30 minutos no pré-operatório; PÓS: 30 minutos no pós-operatório; PP: 30 minutos no pré-operatório e 30 minutos no pós-operatório; C: grupo controle). O pneumoperitônio foi realizado com CO₂, insuflado até 5mmHg de pressão, equivalente às utilizadas convencionalmente em humanos, de 12 a 15 mmHg. Uma laparotomia foi realizada e seguida de fechamento da parede abdominal. No sétimo ou décimo quarto dia de pós-operatório (DPO), uma amostra da parede abdominal foi coletada, corada pelo picrossírus vermelho e observada em luz polarizada em microscópio óptico. A quantidade de colágeno foi estimada pela análise histomorfométrica. Todos os procedimentos foram norteados por padrões éticos propostos pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA) e pelo Comitê de Ética em Uso de Animais (CEUA) da Universidade de Brasília.</p> <p>RESULTADOS: A média histomorfométrica no 7º DPO foi de 104,9 no grupo C; 81,6 no PRÉ; 96,33 no PÓS; 94,86 no PP. Não houve diferença significativa na deposição de colágeno entre os grupos no 7º DPO (p>0,05). No 14º DPO, a média foi de 150,48 no grupo C; 155,9 no PRÉ; 143,58 no PÓS; 134,02 no PP, também não apresentou diferença significativa entre os grupos (p>0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: O pneumoperitônio de CO₂, com pressão de 5 mmHg e duração de 30 ou 60 minutos, não interfere na deposição de colágeno na ferida operatória da parede abdominal de ratos, pressão de 5 mmHg é comparável a pressão de 12-15 mmHg em humanos.</p>	<p>VARIAÇÃO NA PRESSÃO ARTERIAL E ALTERAÇÕES ATRIAIS EM RATOS WISTAR SUBMETIDOS AO USO CRÔNICO DE ETANOL</p> <p>Sílvia Aparecida Silva, Diego Castro Musial, Ariane Castro Mendes Leão, Monykelly Sa Carvalho, Guilherme Henrique Souza Bomfim</p> <p><i>Unifesp - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A associação entre níveis de álcool e pressão arterial (PA) tem sido estudada há muitas décadas. Como resultado desses estudos há um consenso sobre os efeitos maléficos do consumo excessivo de álcool na PA com uma estimativa de 5-7% dos casos de hipertensão secundária a esse consumo. Além disso, muitos estudos prospectivos mostraram que o risco de desenvolver hipertensão se eleva com o aumento do consumo de álcool. Estudos de intervenção também mostraram que uma diminuição na ingestão de álcool esteve associada a uma queda importante na PA podendo alcançar uma redução média da PA sistólica de 3-31 mmHg. Diante disso o objetivo desse experimento foi quantificar a variação aguda e crônica da pressão arterial sistólica (PAS) em ratos wistar em uso do etanol bem como alterações cardiovasculares. Objetivo: Avaliar o efeito do uso do etanol na pressão arterial de ratos Wistar EPM-1 e quantificar a resposta dos receptores beta-adrenérgicos em átrios isolados.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados ratos Wistar, machos, com 12 semanas de idade. Os animais foram divididos em 3 grupos: (1) GC – Grupo controle, (2) EtOH – Grupo tratado com etanol e (3) isoc – Grupo tratado com direta isocalórica. O grupo EtOH recebeu no bebedouro etanol na concentração de 5% por uma semana, na segunda semana a concentração passou para 10% e na terceira e quarta semana a concentração foi de 20%. O mesmo protocolo foi aplicado para o grupo isoc que teve a concentração de calorias no bebedouro acrescida na mesma proporção do grupo EtOH, durante este período o GC apenas recebeu água no bebedouro. Durante todo o período experimental os animais tiveram sua pressão arterial in-direta aferida. Após 4 semanas os animais foram eutanasiados e os átrios isolados para estudo de banho de órgão isolado. Os resultados obtidos foram avaliados pelo prisma 5.0 e utilizado o teste de ANOVA com pós-teste de bonferroni, sendo considerado significante P<0,05.</p> <p>RESULTADOS: Ao final do período experimental a pressão arterial sistólica do GC (133±0,9 mmHg n=5) e o isoc (127±1,6 mmHg n=5) não tiveram diferenças estatisticamente significante, entretanto o EtOH (151±1,1 mmHg n=8) houve um aumento significante na pressão arterial sistólica de 13,5% comparado com o grupo controle. Para estudar a função dos receptores adrenérgicos atriais os átrios foram estimulados com isoprenalina 10-7M, não houve diferença estatística comparando o átrio esquerdo do GC com o EtOH, entretanto no átrio direito houve uma redução de 10% da força de contração do EtOH comparado com o GC.</p> <p>CONCLUSÕES: O etanol é capaz de induzir hipertensão arterial em ratos wistar com um tratamento de 4 semanas, entretanto tais alterações provavelmente devem a alterações em outros pontos do sistema nervoso simpático ou algum outro mecanismo, que não pela via dos receptores beta-adrenérgicos, já que neste trabalho evidenciamos uma diminuição da função desses receptores.</p>
<p>TL 181</p> <p>USO DE SIMULADORES EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPIA NA FORMAÇÃO MÉDICA.</p> <p>JULIA TONIETTO PORTO, LUCIANO SILVEIRA EIFLER, LUCAS PASTORI STEFFEN, PEDRO HENRIQUE DALL AGNOL, LAETITIA TRINDADE, FELIX KALICHI CASTILHO, MATHEUS BARBIERI</p> <p><i>ULBRA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a repetição de performances de acadêmicos do segundo ano de medicina da Universidade Luterana do Brasil, na realização de cirurgias videolaparoscópicas simuladas feitas no Centro de Simulação Realística da Faculdade de Ciências da Saúde de Porto Alegre para verificar se há melhora de seus resultados.</p> <p>MÉTODO: Estudo prospectivo de coorte com 16 alunos de medicina sem experiência prévia em simulação de videocirurgia. Os alunos realizaram exercícios simulados e foram avaliados de acordo com os exercícios Coordenação, Navegação por Instrumento e Tempo na Realização dos Procedimentos. Cada tarefa avaliou os acadêmicos de acordo com parâmetros fornecidos pelo próprio sistema do simulador, do modelo LapSim. Após repetição de cada exercício, os resultados obtidos foram comparados entre si e foi verificado se a prática de simulação gerou aprendizado e melhora do desempenho dos alunos.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta por 69% de mulheres e 31% de homens com média de idade de 23,2 anos. Os acadêmicos obtiveram melhora significativa dos resultados na segunda aplicação da simulação. A habilidade na tarefa Navegação por Instrumento foi a que demonstrou melhor evolução no grupo de alunos estudados. O Tempo Total na realização dos procedimentos foi o parâmetro com maior diferença entre as simulações sucessivas.</p> <p>CONCLUSÕES: Os acadêmicos de medicina apresentaram expressiva melhora de seus desempenhos com a repetição dos exercícios de simulação, demonstrando que os Simuladores de Cirurgia Videolaparoscópica são ferramentas promissoras no treinamento de habilidades e que a utilização dessa metodologia de ensino pode trazer grande benefício na educação médica e contribuir na formação de futuros cirurgiões de forma mais rápida e segura.</p>	<p>TL 182</p> <p>PARTICIPAÇÃO DOS RECEPTORES DA ANGIOTENSINA II NO CONTROLE DA FUNÇÃO ATRIAL EM RATOS DIABÉTICOS – STZ E RATOS ESPONTANEAMENTE HIPERTENSOS – SHR.</p> <p>Diego Castro Musial, Ariane Mendes Castro Leão, Monykelly Sá Carvalho, Sílvia Aparecida Silva, Isadora Damasceno Mello Modesto, Guilherme Henrique Souza Bomfim, Regiane Miranda-Ferreira, Neide Hyppolito Jurkiewicz</p> <p><i>UFAC - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O diabetes e a hipertensão arterial sistêmica são doenças com alta prevalência na população e que causam grande preocupação devido ao risco cardiovascular. Apesar de muitos estudos terem demonstrado a existência de diferentes vias de sinalização celular envolvidas nas duas doenças, ainda não se conhecem quais vias de sinalização celular seriam comuns a ambas. Por isto, nosso objetivo é Investigar o sistema renina-angiotensina-aldosterona no controle da função atrial, pesquisando possíveis alvos comuns às duas doenças e que estariam envolvidos nos riscos cardiovasculares.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados três grupos de ratos neste experimento: (1) ratos Wistar Kyoto (WKY) como grupo controle, (2) ratos Wistar Kyoto que receberam injeção de estreptozotocina (60mg/kg) que desenvolveram o diabetes representando o grupo diabético (STZ) e (3) ratos espontaneamente hipertensos (SHR). Foram realizados estudos morfológicos e funcionais em átrio isolados.</p> <p>RESULTADOS: Foram observadas as seguintes alterações em ambas as doenças: (1) aumento da função do receptor AT1 no STZ e SHR comparado com o grupo controle; (2) diminuição da função do receptor MAS nos grupos STZ e SHR, além de uma diminuição da função do receptor AT2 no grupo SHR comparado com o controle; (3) aumento na pressão arterial sistólica do grupo SHR e STZ comparado com o grupo controle; (4) alterações morfológicas ventriculares nos grupos SHR e STZ comparado com o controle.</p> <p>CONCLUSÕES: Estes resultados demonstram que a alteração na função dos receptores de angiotensina II atriais poderiam estar envolvido na gênese das disfunções cardiovasculares nos animais com diabetes e/ou hipertensão, além de identificar pontos comuns que podem se tornar alvos terapêuticos em potencial visando à diminuição de modificações cardiovasculares nessas doenças.</p>

TL 183	TL 184
<p>O CENÁRIO DOS TRANSPLANTES NO BRASIL: FATORES LIMITANTES E DETERMINANTES</p> <p>Raissa Silva Frota, Anna Clara Machado Gomes, Fabian Souza Gonzaga Filho, Kelvin Araújo Oliveira, Maria Gabriella Cunha Batista, Vanessa Zorzini Mazer, Luciano Leão Bernardino da Costa</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Visando analisar a atual a situação dos transplantes no Brasil, os índices número de doadores por milhão de população (pmp), doações efetivas, fila de espera e número de transplantes realizados foram utilizados no presente trabalho, realizou-se levantamento de dados nas plataformas do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde (SNT/MS), com os descritores: transplantes e transplantes no Brasil.</p> <p>MÉTODO: Para inclusão adotaram-se: estudos que abordassem mudanças na Legislação de Transplantes, o funcionamento do SNT, a realidade dos transplantes no país com ênfase nos indicadores acima referidos. Selecionaram-se 8 artigos, 1 livro e 2 sites do Governo Federal. O portal do MS referente ao SNT, informa que esse controla todas as ações visando as doações e transplantes de órgãos e tecidos no país.</p> <p>RESULTADOS: O SNT opera por ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento de equipes, hospitais para cirurgias, desenvolvendo campanhas de sensibilização em relação ao tempo. O Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo, sendo 87% financiado integralmente pelo SUS, registrando-se recorde de doadores em 2016 (2983 pessoas), correspondendo a uma taxa de 14,6 pmp, crescimento de 5% em relação a 2015. Percebe-se grande dificuldade na doação, na avaliação do potencial doador em morte encefálica, na captação de órgãos e tecidos e na persistentemente elevada lista de espera. No referido portal relata-se a mobilização para diminuir a discrepância entre a oferta e a demanda de órgãos, em decorrência de equívocos no reconhecimento do doador com morte encefálica e despreparo das equipes. Como ponto positivo, destaca-se que o Brasil e o modelo usado para a doação de órgãos e tecidos humanos são referência mundial, graças às leis associadas ao financiamento público de tais procedimentos. O crescimento vegetativo da população, aliado à ampla extensão territorial de nosso país são fatores relevantes e também limitantes para que os transplantes atendam a contento as pessoas que dele necessitam, embora observe-se um crescente aumento dos mesmos nos últimos anos no Brasil.</p> <p>CONCLUSÕES: A considerar os ganhos observados em todas as áreas acima mencionadas, o futuro, no que se refere aos transplantes aqui realizados, apresenta-se extremamente promissor, pois o sucesso de tais procedimentos significa, para a população em geral, a garantia dos princípios fundamentais que embasam o SUS.</p>	<p>MODELO EXPERIMENTAL DE CARCINOMA DE COLON EM COLITE ULCERATIVA</p> <p>Ana Carolina Santos RENNÓ, Marina Zecchini LOPES, Giovanna Sanches DE LAURENTIS, Mackson Martins ROCHA, Maycon Giovanni SANTANA, Giulia Carli MENDES, Thalita ROCHA, Denise Gonçalves PRIOLLI</p> <p><i>Universidade São Francisco - Bragança Paulista - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A incidência de doença inflamatória intestinal (IBD), que cursa em sua forma crônica com câncer de cólon (CRC), vem se tornando cada vez mais frequente. Embora a carcinogênese no câncer do cólon esporádico e familiar sejam bem estudadas, há necessidade de melhorar o conhecimento acerca do carcinoma de cólon consequente a colite ulcerativa inflamatória (CRC-IBD). Um dos modelos de colite bem estabelecidos é induzido por ácido acético, enquanto para o câncer de cólon é obtido por 1,2 dimetilhidrazina (DMH). Esse modelo apresenta focos de criptas aberrantes (FCA) característica patognomônica dos modelos de indução de câncer. FCA são um grupo heterogêneo de lesões que varia de hiperplasia a displasia e são definidos por 4 das 5 características: tamanho das criptas maior do que o normal; espaço pericriptico aumentado; camada grossa de células epiteliais; lúmen oval ou alteração de altura em relação a mucosa. Esse trabalho objetiva a obtenção de modelo de câncer de cólon em colite inflamatória (CRC-IBD) para a melhor compreensão da fisiopatologia da doença e para desenvolvimento de novas terapias.</p> <p>MÉTODO: Camundongos Balb/c, entre 4 a 6 semanas, foram divididos em 6 grupos: Naive, SHAM-CRC, SHAM-IBD, CRC5, CRC10, IBD, CRC-IBD. Foi administrado 1,2 dimetilhidrazina (DMH) na concentração de 800mg/100ml 1 vez por semana, na dose de 20mg/kg por gavagem e ácido acético a 6% (0,02ml) por enema 1 vez por semana. O grupo Naive não recebeu qualquer substância; o grupo SHAM-CRC recebeu gavagem de soro fisiológico (SF); o grupo CRC5 foi administrado DMH por 5 semanas; no grupo CRC10 foi administrado DMH por 10 semanas; o grupo IBD recebeu aplicação de enema de ácido acético durante 5 semanas; o grupo SHAM-IBD, recebeu aplicação de enema de SF 1 vez por semana durante 5 semanas e, o grupo CRC-IBD, DMH por 5 semanas, associado a ácido acético por 5 semanas. Os grupos Naive, SHAM-CRC CRC5, SHAM-IBD, CRC-IBD e IBD foram eutanasiados na 10ª semana, enquanto os CRC10 foram eutanasiados a 26ª semana.</p> <p>RESULTADOS: Os grupos não mostraram anormalidades clínicas, mostrando ganho de peso ao longo do tempo, exceto o CRC-IBD e o IBD. O grupo IBD apresentou estabilidade de peso, enquanto o CRC-IBD apresentou perda de peso associado a diarreia muco sanguinolenta. Nas análises histológicas o grupo CRC10 apresentou pólipos hiperplásicos em 25%. Os animais do grupo IBD desenvolveram colite inflamatória E1 (Classificação de Montreal). O grupo CRC-IBD apresentou lesões com diferentes graus de displasia e FCA em 100% os casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Foi possível obter modelo de CRC-IBD que se mostrou eficaz para indução de lesões microscópicas precursoras de CRC com diferentes graus de displasia e focos de criptas aberrantes. Estudos caracterizando as alterações gênicas neste modelo deverão ser executados, assim como busca de marcadores e novas modalidades terapêuticas e profiláticas</p>

TL 185	TL 186
<p>REVERSAO DA RESISTENCIA E PROTECAO CONTRA EFEITOS COLATERAIS DA DOXORRUBICINA POR FLAVONOIDE NO CANCER COLORRETAL</p> <p>MARINA ZECCHINI LOPES, ANA CAROLINA SANTOS RENNÓ, ISADORA MORAES MARCHESI, GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA, GIULIA CARLI MENDES, JOSÉ AIRES PEREIRA, PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO, DENISE GONÇALVES PRIOLLI</p> <p><i>Universidade São Francisco - Bragança Paulista - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia permanece como a principal modalidade terapêutica para o câncer de cólon, terceiro mais incidente no mundo, no entanto, cada vez mais importante é o papel da terapia adjuvante que não poupa as células normais, exercendo diversos efeitos inflamatórios e tóxicos em órgãos saudáveis. A mucosite, um dos principais efeitos colaterais da quimioterapia, afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes e traz grande preocupação quanto à suspensão da terapia utilizada. Os flavonoides demonstraram potencial antitumoral, de reversão de resistência a drogas e, especificamente em câncer de cólon, o flavonóide modificado, Rutina hidrolisada (RH), apresenta potencial antitumoral. Obtido por reações enzimáticas a RH, composto com efeitos antiproliferativos, superiores aos da Rutina, tem ação antiinflamatória e antioxidante, com potencial benefício para os pacientes com CCR, pela reversão da resistência à doxorubicina e redução da mucosite, garantindo a manutenção e aderência destes pacientes ao tratamento. Pretende-se avaliar a ação antitumoral, tóxica clínica e alterações no trato gastrointestinal, bexiga, rins, fígado e coração da Doxorubicina associada ou não a RH no câncer de cólon.</p> <p>MÉTODO: Desenvolveu-se modelo animal de adenocarcinoma humano. Os tumores foram tratados a partir de 100mm³ de volume, sendo divididos em grupos: Naive (Normal, sem tumores), Controle (Tumores não tratados), RH (Tumores tratados com RH, na dose de 0,078mg/g), DOXO (tumores tratados com DOXO) DOXO + RH (tumores tratados com DOXO, em diferentes doses: 20, 10 e 7,5 mg/Kg associado a RH). A toxicidade clínica foi avaliada segundo critérios de WOLFEHNSON e LLOYD. Análises macroscópica e microscópica dos tumores, mucosas e órgãos foram executadas.</p> <p>RESULTADOS: Os tumores se desenvolveram em 100% dos animais, não se observaram alterações em coração. O tumor não induziu a mucosite, mas gerou alterações em fígado e rins. Para a DOXO, na dose de 20mg, 100% dos animais apresentaram alterações em fígado e rim, e em 67% na mucosa de TGI, sem redução do tumor, enquanto a RH em monoterapia levou a alterações em fígado (100%), com 50% de mucosite, e ação antitumoral. Quando utilizada em dose habitual (20mg/kg) ou com redução para 10mg/kg, a associação da DOXO com RH demonstra efeito antitumoral e alterações em órgãos e mucosa de intestino delgado assim como grande número de complicações clínicas, inclusive com morte do animal. A redução da DOXO (10mg/Kg), associada a RH resultou em menor complicação clínica e em rim (100%). A redução da dose de DOXO para 7,5 mg/kg em associação à RH evidenciou não somente a redução do volume tumoral, de complicações clínicas, de toxicidade em fígado e rim como da mucosite.</p> <p>CONCLUSÕES: A associação de RH a Doxorubicina, em dose baixa, garante efeito antitumoral no câncer de cólon, reduzindo tanto as complicações tóxicas clínicas como as alterações no trato gastrointestinal, bexiga, rins, fígado e coração, podendo ser útil na manutenção da terapêutica pelos pacientes.</p>	<p>EXAMES PRE-OPERATORIOS EM CIRURGIA ELETIVA DE PEQUENO E MEDIO PORTE EM PACIENTES DE BAIXO RISCO</p> <p>Israel Azevedo Siqueira de Carvalho, Rafael Silva Santos, Debora Silva Pereira, Napoleao Vinicius Neves da Luz Couto Roriz, Gabriela Rezende Santos, Matheus Correia Carvalho, Gustavo Torres Xavier, Valdinaldo Aragao de Melo</p> <p><i>Universidade Tiradentes - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar os exames pré-operatórios solicitados para pacientes abaixo de 40 anos, sem comorbidades e submetidos a cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, transversal, descritivo e quantitativo baseado em informações obtidas dos prontuários de pacientes submetidos a avaliação pré-operatória em ambulatório de cirurgia geral com indicação de cirurgias eletivas de pequeno e médio porte na Fundação de Beneficência Hospital Cirurgia (FBHC) no período de novembro de 2012 até dezembro de 2017. A motivação para a realização deste estudo veio da observação de que a maior parte dos exames complementares solicitados na rotina pré-operatória de cirurgias eletivas para pacientes sem comorbidades não expressam anormalidades significativas para modificação do plano terapêutico ou servem apenas para sanar falhas na investigação clínica.</p> <p>RESULTADOS: Dentre os 27 pacientes submetidos a cirurgias de pequeno porte apenas 01 foi submetido a exames pré-operatórios. Já entre os 105 pacientes com indicação de serem submetidos a procedimentos de médio porte foram solicitados 1090 exames com uma média de 10,38 exames por paciente. Dos 1096 exames feitos, apenas 52 apresentaram alteração. O custo destes exames foi de R\$ 3.972,02 (três mil, novecentos e setenta e dois reais e dois centavos) com uma média de R\$ 30,09 (trinta reais e nove centavos) por pessoa.</p> <p>CONCLUSÕES: Quase todos os pacientes de médio porte foram submetidos a exames pré-operatórios, enquanto um paciente de pequeno porte fez testes complementares. Os principais exames solicitados foram hemograma, testes de coagulação, eletrocardiograma, glicose, ureia e creatinina. Os exames mais alterados foram eletrocardiograma, gama gt e LDL. Já o custo total de exames pela SIGTAP foi de R\$3.972,02 (três mil, novecentos e setenta e dois reais e dois centavos).</p>

TL 187	TL 188
<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA, CIRÚRGICA E IMUNOPATOLÓGICA DO SCHWANNOMA ESOFÁGICO.</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Thiago David Alves Pinto, Alexandre Rezende Rezende, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Ana Luiza Alves Nicoletti, Cinthia Mares Leão, Vinícius Carvalhêdo Cunha</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as características epidemiológicas, clínicas, cirúrgicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas do schwannoma esofágico.</p> <p>MÉTODO: Revisão de literatura pesquisada na base de dados PubMed entre 1989 até 2018 com as palavras-chave: schwannoma e esôfago. Um total de 120 trabalhos foram identificados e analisados. Os critérios para inclusão foram: trabalhos com todas as características epidemiológicas, clínicas, cirúrgicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas descritas e publicação no PubMed com acesso livre. Assim, para nossa revisão analítica o banco de dados da revisão incluiu 51 estudos, 48 estudos que realizaram marcação para proteína S-100 (Tabela 2) e 3 estudos malignos sem dados de imuno-histoquímicas. Os dados coletados foram tabulados e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 20.0. Analisamos as informações referente a quantidade de pacientes por cada estudo, sexo, idade, tamanho do tumor, localização do tumor a partir da maior distância dos dentes incisivos, dados clínicos e fatores de risco relatados nos trabalhos, dados cirúrgicos relatados nos trabalhos e dados patológicos referentes à imuno-histoquímica.</p> <p>RESULTADOS: Após análise de 48 trabalhos que realizaram pelo menos a imuno-histoquímica para a proteína S-100 somada a nossa casuística, totalizaram 54 pacientes diagnosticados com Schwannoma de esôfago. Os pacientes com Schwannoma de esôfago maligno foram agrupados e somaram 9 pacientes no mundo. Após a tabulação dos 54 pacientes, analisamos estatisticamente todas as variáveis por meio da média, moda, mediana, desvio-padrão e porcentagem de todos os pacientes. Ao analisarmos os 54 pacientes, observamos que 48 (88,9%) pacientes tinham Schwannoma benigno e 6 (11,1%) pacientes tinham Schwannoma maligno; 13 (24,1%) pacientes eram do sexo masculino e 41 (75,9%) pacientes eram do sexo feminino; as idades (anos) com maiores prevalências (moda) são 39 (5,5%) anos, 57 (5,5%) anos e 62 (5,5%) anos, as idades variaram entre 11 até 79 anos, a média das idades foi de 53,72 anos, mediana de 56 anos e desvio-padrão de 13,965. Ao analisarmos a maior medida (mm) da massa tumoral, obtivemos que os tamanhos tumorais de 40 (11,3%) mm e 50 (11,3%) mm são os mais prevalentes (moda), os tamanhos tumorais variaram entre 5 até 150 mm, a média dos tamanhos tumorais foram de 59,57 mm, mediana de 55 mm e desvio-padrão de 29,468. A localização (cm) tumoral a partir da maior distância dos dentes incisivos, obtivemos que a distância mais prevalente (moda) são 30 (20,0%) cm, as distâncias tumorais variaram entre 19 até 40 mm, a média das distâncias foram de 27,13 cm.</p> <p>CONCLUSÕES: As mulheres são as mais acometidas, o Schwannoma é essencialmente benigno na maioria dos casos, em média a massa tumoral aparece aos 53,72 anos, os sintomas mais prevalentes são disfagia e dispnéia, os Schwannomas apresentam negatividade para SMA, Desmin, CD34, CD117 e positividade para proteína S-100 e NSE, o tratamento mais escolhido ainda continua sendo a enucleação da massa tumoral.</p>	<p>A INFLUÊNCIA DA RESPOSTA PATOLÓGICA A TERAPIA NEOADJUVANTE NA SOBREVIDA GLOBAL E SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA, EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE ESÓFAGO</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Jurandir Batista da Cruz Júnior, Mateus Silva Viyuela, Flávio Roberto Takeda, Francisco Tustumi, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ulysses Ribeiro Júnior, Ivan Ceconello</p> <p><i>INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho tem por objetivo analisar os fatores prognósticos para terapia neoadjuvante no carcinoma de esôfago.</p> <p>MÉTODO: Foi feita uma análise retrospectiva de tumores de esôfago submetidos à neoadjuvância</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 123 pacientes. Do total, 34% foi adenocarcinoma e 66% carcinoma espinocelular (CEC). Esteve relacionado com melhor prognóstico para sobrevida global pacientes com resposta patológica completa (p=0,001). Não esteve relacionado a maior chance de sobrevida pacientes com perda de peso maior que 10% do peso corpóreo pré-diagnóstico (p=0,731); a variação de peso durante a terapia neoadjuvante (p=0,517); nem a melhora ou não da disfagia com a neoadjuvância (p=0,649). Quanto a redução tumoral vista à endoscopia, perda de peso maior que 10% pré-diagnóstico (p=0,934); recuperação do peso durante neoadjuvância (p=0,081); melhora da disfagia após neoadjuvância (p=0,226); e tipo histológico (p=0,266) não tiveram relação com melhor resposta endoscópica após terapia neoadjuvante. Quanto a análise da resposta patológica, o esquema de quimioterapia com cisplatina e paclitaxel esteve associado a maior chance de resposta patológica completa (p=0,019). CEC esteve associado a maior chance de resposta patológica completa com a neoadjuvância (p<0,001). A perda de peso maior que 10% pré-diagnóstico (p=0,916); a recuperação de peso durante a neoadjuvância (p=0,959); e a melhora da disfagia durante a neoadjuvância (p=0,082) não estiveram associados a maior chance de resposta patológica completa.</p> <p>CONCLUSÕES: A recuperação de peso após neoadjuvância e a melhora da disfagia após neoadjuvância não estão associados a maior sobrevida, a maior chance de resposta endoscópica, nem a maior chance de resposta patológica completa. O esquema de quimioterapia com cisplatina e paclitaxel esteve associado a maior chance de resposta patológica completa. O CEC esteve associado a maior chance de resposta patológica completa com a neoadjuvância.</p>
<p>TL 189</p> <p>COMPARAÇÃO DE CÉDIL; AO DAS COMPLICAÇÕES PRECOSES E AVALIAÇÃO DE CÉDIL; AO TARDIA DA ESOFAGOCARDIPLASTIA A SERRA DÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÓFAGO AVANÇADO; AO RECIDIVADO VERSUS NÃO AVANÇADO; AO RECIDIVADO</p> <p>JOSÉ LUIS BRAGA AQUINO, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, FELIPE RAULE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, PAULA SREBERNICH PIZZINATO, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, MARCELO MANZANO SAID, PRISCILA ARAUJO</p> <p><i>HOSPITAL PUC-CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os resultados precoces e analisar tardiamente os efeitos da esofagocardioplastia à SERRA DÓRIA em uma série de pacientes com megaesôfago não avançado recidivado vs avançado recidivado.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente 51 pacientes submetidos à cirurgia de SERRA DÓRIA após recidiva da doença após tratamento prévio. Eles foram divididos em dois grupos: avançado e não avançado e avaliados quanto às complicações sistêmicas e locais precoces do operatório. Também foi realizada avaliação clínica tardia dos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: A idade variou de 32 a 78 anos, sendo sua maioria do sexo masculino e também com positividade para Doença de Chagas. Obtivemos como principais complicações imediatas: fístula de anastomose, sendo acometido 01 paciente do grupo A (3,1%) e 01 paciente do grupo B (5,3%); infecção pulmonar em 03 pacientes do grupo A (9,4%) e 04 do grupo B (21,0%); comprometimento cardiovascular em 01 paciente (5,3%) do grupo A. Dos pacientes que apresentaram as complicações supracitadas, todos tiveram boa evolução com tratamento conservador. Foi avaliado por um período de 10 anos o grau de disfagia dos pacientes: No primeiro ano foram avaliados todos os pacientes, e todos referiam deglutição normal. Em 03 anos de pós operatório seguimos 46 pacientes dos quais 27 do grupo A (93,1%) e 13 do grupo B (62,5%) referiam deglutição normal. Três (18,8%) apresentaram regurgitação nesse último grupo. Em relação ao seguimento tardio de 05 anos, foram seguidos 40 pacientes, dos quais 24 (88,9%) do grupo A e 05 (38,5%) do grupo B apresentavam deglutição normal, sendo que 3 (11,1%) pacientes do primeiro grupo referiam regurgitação e 07 (53,9%) do grupo B. Em última análise, por ocasião de 10 anos de seguimento pós operatório observamos, com o número final de 25 pacientes, que 16 (69,6%) do grupo A referiam deglutição normal com 03 (13,0%) do mesmo grupo apresentando regurgitação e os 02 (100%) do grupo B apresentavam regurgitação.</p> <p>CONCLUSÕES: A esofagocardioplastia a SERRA DÓRIA parece ser procedimento adequado para tratamento do megaesôfago recidivado somente nos casos não avançados pelo índice aceitável de morbidade e bons resultados a longo prazo quanto à deglutição dos pacientes.</p>	<p>TL 190</p> <p>RESPOSTA PATOLÓGICA NA TERAPIA NEOADJUVANTE EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE ESÓFAGO: ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS TARDIOS</p> <p>Flavio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: Avaliar a influência da resposta patológica à terapia neoadjuvante na sobrevida global e sobrevida livre de doença, em pacientes com neoplasia de esôfago.</p> <p>MÉTODO: Métodos: Foi feita uma análise retrospectiva de tumores de esôfago em seguimento em um único centro oncológico, submetidos à neoadjuvância, seguido de esofagectomia. De acordo com a resposta patológica na peça cirúrgica, pacientes foram subdivididos em 3 grupos: pacientes com resposta patológica completa; pacientes com resposta patológica parcial; pacientes com resposta patológica mínima ou ausente. Para esses grupos, pacientes foram avaliados quanto a sobrevida global e sobrevida livre de doença.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Foram analisados 153 pacientes, com idade média de 60,6 anos. A sobrevida global em 5 anos para o grupo de pacientes com resposta patológica completa foi de 55%; para o grupo de pacientes com resposta patológica parcial, 30%; e para o grupo de pacientes com resposta patológica ausente foi de 20%. Por meio do teste de Log-rank, houve diferença significativa entre os grupos estudados. Comparando as curvas de sobrevida global entre os subtipos histológicos adenocarcinoma e carcinoma espinocelular, não houve diferença significativa</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusões: Pacientes que apresentam resposta patológica parcial ou completa apresentam sobrevida global e sobrevida livre de doença maiores que pacientes sem resposta patológica. Não há diferenças entre os subtipos adenocarcinoma e carcinoma espinocelular quanto a sobrevida global e sobrevida livre de doença</p>

TL 191	TL 192
<p>ESOFAGECTOMIA TORACOSCOPICA PARA A CIRURGIA ROBOTICA ASSISTIDA: EVOLUÇÃO?</p> <p>Rubens Antonio Aissar Sallum, Flávio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A esofagectomia minimamente invasiva assistida por cirurgia robótica, tanto transtorácica quanto a via trans-hiatal são opções técnicas para o manejo da neoplasia de esôfago. O conceito de esofagectomia e linfadenectomia extensa com baixa morbidade, impulsionada pela esofagectomia videotoracoscópica tradicional, está agora focada nas novas abordagens robóticas. Este trabalho tem por objetivo avaliar evolução para cirurgia robótica assistida e sua factibilidade, analisando dados como mortalidade e complicações pós operatórias</p> <p>MÉTODO: Métodos: Quarenta e um casos de esofagectomias robóticas foram estudados. A abordagem robótica abdominal e torácica foi realizada em 37 e a abordagem abdominal trans-hiatal, em 5. Conversão para procedimentos abertos ou laparoscópicos, a morbidade e mortalidade, bem como a extensão da linfadenectomia foram avaliados. Estes dados foram comparados com os primeiros 154 casos de MIE operados pela mesma equipe cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Trinta e nove casos de esofagectomia robótica eram Adenocarcinoma Siewert I ou II. Trinta e quatro casos foram submetidos a terapia prévia neoadjuvante: MAGIC (7) ou CROSS (27). Não houve conversão para laparoscópicos ou procedimentos abertos. Nenhum paciente recebeu transfusão de sangue. Uma complicação foi observada: rotação parcial da gastroplastia no tórax, que necessitou de abordagem toracoscópica sétimo dia de pós-operatório. A mortalidade em 90 dias foi zero. Os número médio de linfonodos ressecados foi de 40 (22-76). Na via trans-hiatal o número médio de linfonodos dissecados foi de 23, contra 43 no grupo toracoscópico. No grupo não-assistido por robótica, as complicações foram: respiratória (26,2%), infecciosa (8,4%), fístula cervical (17,7%), paralisia das cordas vocais (8,4%). A mortalidade em 30 e 90 dias foram, respectivamente, um (0,93%) e 3 (2,8%). O número médio de linfonodos dissecados foi de 31,6 (DP±14,3). A sobrevida global em cinco anos foi de 69% (IC 95%: 57% - 83%), 75% no estágio 0 / I / II e 42% no III / IV</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados sugerem que as propostas técnicas assistidas por cirurgia robótica, tanto com toracoscopia quanto trans-hiatal, são seguras e com baixas taxas de mortalidade. O número de linfonodos ressecados foi igual ou maior do que o praticado pela cirurgia não-assistida por robótica. Não houve mortalidade ou complicações severas em pacientes idosos submetidos à esofagectomia assistida por robótica.</p>	<p>ANALISE DOS FATORES PROGNOSTICOS PARA RESPOSTA A TERAPIA NEOADJUVANTE NO CARCINOMA DE ESOFAGO.</p> <p>Flávio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: A terapia neoadjuvante para carcinoma de esôfago tem resposta variável para cada paciente. A resposta a neoadjuvância pode ser avaliada clinicamente por meio da melhora da disfagia ou melhora dos parâmetros nutricionais; na redução do volume tumoral pós-neoadjuvância; ou resposta patológica na peça cirúrgica. A interrelação entre esses parâmetros de resposta a neoadjuvância não é bem estabelecida, e podem ser úteis como fatores prognósticos para a resposta a terapia neoadjuvante. O presente trabalho tem por objetivo analisar os fatores prognósticos para terapia neoadjuvante no carcinoma de esôfago</p> <p>MÉTODO: Foi feita uma análise retrospectiva de tumores de esôfago submetidos à neoadjuvância</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 153 pacientes. Do total, 34% foi adenocarcinoma e 66%, carcinoma espinocelular (CEC). Esteve relacionado com melhor prognóstico para sobrevida global pacientes com resposta patológica completa (p=0,001). Não esteve relacionado a maior chance de sobrevida pacientes com perda de peso maior que 10% do peso corpóreo pré-diagnóstico (p=0,731); a variação de peso durante a terapia neoadjuvante (p=0,517); nem a melhora ou não da disfagia com a neoadjuvância (p=0,649). Quanto a redução tumoral vista à endoscopia, perda de peso maior que 10% pré-diagnóstico (p=0,934); recuperação do peso durante neoadjuvância (p=0,081); melhora da disfagia após neoadjuvância (p=0,226); e tipo histológico (p=0,266) não tiveram relação com melhor resposta endoscópica após terapia neoadjuvante. Quanto a análise da resposta patológica, o esquema de quimioterapia com cisplatina e paclitaxel esteve associado a maior chance de resposta patológica completa (p=0,019). CEC esteve associado a maior chance de resposta patológica completa com a neoadjuvância (p<0,001). A perda de peso maior que 10% pré-diagnóstico (p=0,916); a recuperação de peso durante a neoadjuvância (p=0,959); e a melhora da disfagia durante a neoadjuvância (p=0,082) não estiveram associados a maior chance de resposta patológica completa</p> <p>CONCLUSÕES: A recuperação de peso após neoadjuvância e a melhora da disfagia após neoadjuvância não estão associados a maior sobrevida, a maior chance de resposta endoscópica, nem a maior chance de resposta patológica completa. O esquema de quimioterapia com cisplatina e paclitaxel esteve associado a maior chance de resposta patológica completa. O CEC esteve associado a maior chance de resposta patológica completa com a neoadjuvância.</p>

TL 193	TL 194
<p>RESULTADOS DA ESOFAGECTOMIA DE RESGATE EM UM UNICO CENTRO ONCOLOGICO.</p> <p>Flávio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - sao paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: Neoplasia de esôfago avançada é uma está frequentemente ligada a altos índices irrecidivabilidade e de recidiva. Desta forma, a neoadjuvância e a esofagectomia de resgate tem se tornado uma opção viável para tais tumores, aumentando chance de ressecabilidade. Objetivo: O presente trabalho tem por objetivo analisar os resultados da esofagectomia pós terapia neoadjuvante e da esofagectomia de resgate em um único centro oncológico.</p> <p>MÉTODO: Foi feita uma análise retrospectiva de tumores de esôfago em seguimento em um único centro oncológico, submetidos à neoadjuvância ou esofagectomia de resgate. Foram incluídos somente pacientes com adenocarcinoma ou carcinoma espinocelular.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 138 pacientes, com idade média de 60,2 anos (37-84). Do total, 31,9% foi adenocarcinoma e 68,1% foi carcinoma espinocelular. Desses pacientes, 14 pacientes foram submetidos a esofagectomia de resgate. Dos pacientes submetidos a neoadjuvância convencional, a maioria seguiu o esquema CROSS trial. Em casos submetidos a neoadjuvância convencional, a resposta patológica completa ocorreu em 39,7% dos casos. A mediana entre o fim da terapia neoadjuvante e a esofagectomia foi de 13 semanas (interquartil 9,7-18,6). Em casos de esofagectomia de resgate, a mediana foi de 38,4 semanas (interquartil 17,1-53). Comparando a sobrevida global entre os grupos de cirurgia de resgate e de neoadjuvância convencional, não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,399). Comparando grupo de cirurgias transtorácica com trans-hiatal, o número de linfonodos dissecados foi maior na via transtorácica (22 vs. 15; p<0,001). Não houve diferença de risco entre esses grupos quanto ao risco de recidiva (p=0,657).</p> <p>CONCLUSÕES: Não houve diferença quanto a sobrevida global em pacientes submetidos a neoadjuvância convencional ou esofagectomia de resgate. Na cirurgia transtorácica, o número de linfonodos dissecados é maior, mas se a indicação cirúrgica for correta, não há diferença de risco para recidiva entre as vias de acesso transtorácica ou trans-hiatal.</p>	<p>ESOFAGECTOMIA X ESOFAGOCOLOPLASTIA NO TRATAMENTO DA ESTENOSE CAUSTICA DE ESOFAGO EM ADULTOS :EXPERIENCIA DE UM SERVIÇO DE REFERENCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS.</p> <p>PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, ANDRE MESQUITA DE ABREU, ANGELA LOPARDI NICOLATO, BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, PAULO CESAR DE FARIA JUNIOR, TARCISIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, LUIS FERNANDO RESENDE MARQUES, THAIS ANDRESSA SILVA FAIER</p> <p><i>HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O acidente cáustico grave provoca frequentemente esofagite corrosiva e estenose esofágica. O tipo e a quantidade do material corrosivo ingerido, a duração da lesão da mucosa, e a eficácia dos primeiros cuidados são os principais fatores que interferem no desenvolvimento da estenose. Existem duas principais técnicas de tratamento cirúrgico para estenose cáustica já descritas: pode ser realizada esofagectomia ou a esofagocoloplastia sem ressecção do esôfago. Os dados disponíveis na literatura sobre o tratamento no paciente adulto são extremamente limitados, incluindo apenas pequenos grupos de pacientes. Portanto, o objetivo do trabalho é avaliar as taxas de morbi-mortalidade pós-operatórias dos pacientes submetidos ao tratamento com esofagectomia com reconstrução com tubo gástrico comparados aos submetidos à esofagocoloplastia.</p> <p>MÉTODO: Entre Janeiro de 2010 e dezembro de 2018, 46 pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico da estenose de esôfago no Hospital referido. Foi avaliada a taxa de morbi-mortalidade pós-operatória durante este período, de acordo com a técnica cirúrgica realizada.</p> <p>RESULTADOS: Os dados da literatura revelam que apenas poucos pacientes adultos são submetidos ao tratamento cirúrgico para estenose cáustica do esôfago e que o melhor procedimento para manejá-los ainda é motivo de debate. Os procedimentos para reestabelecer o trânsito intestinal descritos são a transposição do cólon (esofagocoloplastia) ou a confecção do tubo gástrico. Esta última técnica apresenta como vantagens oferecer menores alterações anatômicas e precisar de menor número de anastomoses. A literatura demonstra que a maioria dos casos de ingesta cáustica não resulta em alterações anatômicas ou perfurações do estômago, tornando esta técnica factível para a maioria dos pacientes. Entre os 46 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de estenose cáustica no Hospital Júlia Kubitschek, 15 foram submetidos à esofagocoloplastia e 31 foram submetidos à esofagectomia com reconstrução com tubo gástrico. A taxa de mortalidade pós-operatória foi de 20% para os pacientes que utilizaram o cólon e de 0% para os que reconstruíram o trânsito a partir da gastroplastia. A esofagocoloplastia está associada a maior alteração na anatomia gastrointestinal em relação ao tubo gástrico, causando maior morbi-mortalidade ao procedimento, além de ser um segmento menos vascularizado, com maior propensão a isquemia na sua transposição a região cervical. Por isso, existem autores que recomendam que esta técnica deveria ser adotada apenas nos pacientes em que o estômago não esteja viável para a reconstrução do trânsito. No nosso serviço, a esofagocoloplastia foi abandonada sendo a esofagectomia com reconstrução com o tubo gástrico a cirurgia preconizada para a estenose cáustica do esôfago.</p> <p>CONCLUSÕES: A experiência do serviço no tratamento cirúrgico de estenose cáustica entre 2010-2018 demonstra a viabilidade para o tratamento destes pacientes através da técnica de esofagectomia com reconstrução com o tubo gástrico.</p>

TL 195	TL 196
<p>ANÁLISE COMPARATIVA DAS COMPLICAÇÕES DA MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA TRANSMEDIASINAL NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÓFAGO AVANÇADO: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 229 PACIENTES.</p> <p>JOSÉ LUIS BRAGA AQUINO, MARCELO MANZANO SAID, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTE PEREIRA, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, FELIPE RAULLE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, PAULA SREBERNICH PIZZINATO, VÂNIA LEANDRO MERHI</p> <p><i>HOSPITAL PUC-CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar comparativamente as complicações intra/pós operatórias imediatas da mucosectomia esofágica (ME) com a esofagectomia transmediastinal (ETMDL) em pacientes com megaesôfago avançado.</p> <p>MÉTODO: De Janeiro de 1986 a Dezembro de 2017, foram avaliados retrospectivamente 229p com megaesôfago Grau III/VI, a maioria de origem chagásica, submetidos a ressecção esofágica por 2 técnicas: ME : 115 p(50,2 %) e ETMDL: 114 p (49,8%). Houve predominância do sexo masculino em 161p (70,3%) e com idade variável de 15 a 78ª. A reconstrução do trânsito após ressecção foi realizada com estômago em 215p (93,8%), sendo a via mediastinal posterior a mais utilizada. Foram avaliados comparativamente as complicações intraoperatórias, seja referentes a ressecção/reconstrução, as complicações pós operatórias precoces locais / sistêmicas até com 30 dias de pós operatório e o tempo de internação hospitalar.</p> <p>RESULTADOS: COMPLICAÇÕES INTRAOPERATORIAS PRECOSES: ME – 14 p(12,1%) X ETMDL – 79 p(69,2 %), sendo a mais frequente o hidropneumotórax, presente em 66p (57,8%) da ETMDL e em 13 p (11,4%) da ME; hemotórax maciço: 6p (2,6%) da ETMDL e nenhum da ME; fistula linfática: 2p (2,6%) da ETMDL e nenhum da ME; lesão traqueal 3p (2,6%) da ETMDL e nenhum da ME; lesão no n. laríngeo recorrente em 3p (2,6%) da ETMDL e 1p (0,8%) da ME. COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS PRECOSES: ME – 47p X ETMDL 77p (67,5%); infecção pulmonar: 25 p(21,8%) da ETMDL x 10p (8,6%) da ME; cardiovascular 15 p (13,1%) da ETMDL x 3 (2,6%) da ME; fistula da anastomose esofagovisceral cervical: 37 p (32,4%) da ETMDL x 33p (28,6%) da ME; 11 pacientes evoluíram a óbito por complicações, sendo 9p (7,8%) da ETMDL x 2p (1,7%) da ME, sendo de origem local em 5 p (4,4%) da ETMDL x 1 p (0,8%) da ME e de origem sistêmica m 4p (3,5%) da ETMDL x 1 (0,8%) da ME. TEMPO MEDIO DE INTERNAÇÃO PÓS OPERATÓRIA: ETMDL (61p) – 20,9 d X ME (79p)-13,1 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: A mucosectomia esofágica (ME) demonstrou ser um procedimento cirúrgico bem adequados para o tratamento do megaesôfago avançado, pois apresentou menos índice de complicações no intra e no pós operatório em relação a esofagectomia trans-mediastinal (ETMDL) com menor tempo de internação hospitalar no pós operatório. Seria necessário a realização de uma avaliação tardia entre os dois procedimentos para a confirmação definitiva da validade dos mesmos.</p>	<p>OBESIDADE COMO FATOR CAUSADOR DE HERNIA INCISIONAL UMBILICAL EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>DÓRIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY, JONATAN LEO HECK, ANA PAULA BOLZAN, BRUNA TOLFO DE OLIVEIRA, GUSTAVO LAZZAROTTO SWAROWSKY, INÁCIO SWAROWSKY</p> <p><i>UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hérnia da parede abdominal ocorre quando parte de um órgão (normalmente, alças do intestino delgado) se desloca, através de um orifício (chamado de anel herniário), e invade um espaço indevido (saco herniário). Esse deslocamento somente é possível devido ao enfraquecimento do tecido protetor dos órgãos internos do abdômen, que pode ocorrer em consequência de um problema congênito ou pode estar associado a esforços em demasia, gestação ou obesidade, por exemplo, que deixam a parede abdominal fragilizada. As hérnias incisionais após procedimento laparoscópico ocorrem em aproximadamente 0,1 a 0,3 % dos casos. A obesidade constitui um fator predisponente para a ocorrência de hérnias incisionais pós cirurgia videolaparoscópica. O presente estudo buscou demonstrar a ocorrência de hérnia incisional em cicatriz umbilical em pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica e a presença de obesidade como fator de risco.</p> <p>MÉTODO: Foram analisados 191 pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica com acesso a cavidade abdominal ao nível da cicatriz umbilical no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017. Os pacientes foram operados pela mesma equipe cirúrgica e o acompanhamento clínico após a alta hospitalar foi de no mínimo 1 ano.</p> <p>RESULTADOS: O tempo de internação foi em média de um dia. Mulheres corresponderam a 69% dos casos operados e homens 31%. A média de idade foi de 50 anos, sendo o mais jovem tinha 14 anos e o mais idoso 88 anos. Inicialmente o fechamento da incisão ao nível da cicatriz umbilical foi realizado com poligactina 910 e posteriormente foi utilizado fio de mononylon 2-0. Não ocorreu diferença na ocorrência de hérnia incisional com a mudança do tipo de fio utilizado. Ao final do estudo, 2 pacientes (1,04%) desenvolveram hérnia incisional sintomática na região umbilical. Ambas as pacientes apresentavam como único fator de risco obesidade.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo permite inferir, portanto, que o tipo de fio utilizado não interferiu na ocorrência de hérnias, sendo preconizado hoje o uso de fio inabsorvível. Outro fator evidenciado foi que a técnica cirúrgica utilizada e os cuidados pré e pós-operatórios são os balizadores de um bom resultado cirúrgico. Pacientes obesos claramente apresentam maior propensão a desenvolverem hérnia incisional a nível umbilical, evidenciando a importância aos cuidados com os fatores de risco e consequentes complicações pós-operatórias. Ademais, o estudo endossa a relação que há entre a condição com que o paciente se apresenta no momento da cirurgia e o sucesso de sua recuperação pós-cirúrgica.</p>
<p>TL 197</p> <p>RESULTADOS DO TRATAMENTO DE HERNIAS VENTRAIS COMPLEXAS COM USO DA TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES ANTERIOR MODIFICADA</p> <p>Oto Mario Santana Neto, Ravi Cavalcanti Mendes, Rafael de Oliveira Santos, Nadson Pedreira, Victor Guimarães, Anderson Cançado, Leonardo Cunha</p> <p><i>Hospital Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: 1. Descrever os resultados dos pacientes diagnósticas com hérnia complexa e submetidos a técnica de separação de componentes. 2. Explorar os achados durante o pós-operatório e durante o acompanhamento ambulatorial mensal na instituição.</p> <p>MÉTODO: Estudo prospectivo de uma série de casos, em pacientes diagnosticados com hérnia ventral complexa, no serviço de parede abdominal do Hospital Geral de Ernesto Simões (Salvador, Bahia, Brasil). Todos os pacientes foram diagnosticados a partir do exame clínico e Tomografia de Abdome (TCA). Segundo protocolo do grupo, os pacientes que apresentavam defeito transversal intra-operatório > 10 cm ou na impossibilidade de fechamento sem tensão, eram submetidos a correção com uso da TSCA pela Técnica de Ramirez modificada. Todos os casos foram operados pela mesma equipe, usando a mesma técnica e material, com tela de polipropileno macroporosa e de média gramatura. Os dados foram coletados a partir do atendimento inicial, bem como as características das hérnias do pré e intra-operatório, as complicações pós-operatórias e do follow-up ambulatorial. O acompanhamento ambulatorial era quinzenal, no primeiro mês, e bimestral. Após 01 ano, todos os casos são submetidos a TCA para controle clínico. Na suspeita clínica de recidiva, a TCA era solicitada para confirmação diagnóstica. A Análise dos dados foi feito pelo SPSS e a coleta dos dados utilizando a plataforma de pesquisa REDCAP.</p> <p>RESULTADOS: Entre junho de 2017 e dezembro de 2018, 26 pacientes foram submetidos a TSCA, sendo 11 homens e 15 mulheres. O IMC médio foi 29.76 (±6.08). Na amostra 50% eram obesos, 15,4% fumantes e 11,5% diabéticos e 50% apresentou perda de domicílio. Sobre as características clínicas e da hérnia os pacientes apresentaram um defeito transversal intra-operatório de 14.68 (±3.78), a média da área do defeito de 281,74 cm2 (±116,76). Dentre as complicações pós-operatórias foram analisadas: infecção de tecido em 21,7% dos pacientes, 17,4% foram transferidos para a UTI, 4,3% sofreram complicações cardíológicas, pneumonia ou foram re-operados. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 3 dias. Em A taxa de complicações de ferida foi de 21,7 %. O tempo médio de follow-up foi de 4,67 meses (0,25 - 12) onde 11,6% dos pacientes apresentaram infecção de parede e 7,8% seroma. A taxa de recidiva durante esse período foi de 3,8%.</p> <p>CONCLUSÕES: Esse estudo encontrou uma taxa de recorrência de 3,8%, resultados semelhantes aos encontrados na literatura, mas ainda apresenta um follow-up curto, sendo importante o desenvolvimento de mais estudos com um maior nível de evidência para avaliar qual a melhor técnica cirúrgica para o tratamento desses pacientes.</p>	<p>TL 198</p> <p>INDICAÇÕES E RESULTADOS DO USO DO PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATORIO (PPP) EM PACIENTES COM HERNIAS COMPLEXAS COM PERDA DE DOMICILIO</p> <p>Rafael de Oliveira Santos, Oto Mario Santana Neto, Ravi Cavalcanti Mendes, Nadson Pedreira, Victor Guimarães, Anderson Cançado, Leonardo Cunha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar a sistematização do uso do pneumoperitônio progressivo pré-operatório no tratamento de hérnias complexas com perda de domicílio em um Hospital de referência em Salvador Bahia e seus respectivos resultados</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo prospectivo de série de casos de pacientes diagnosticados com hérnia complexa com perda de domínio, utilizando informações obtidas dos protocolos cirúrgicos e dados do paciente no serviço de cirurgia da parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões (Salvador, Bahia, Brasil). O PPP foi aplicado em pacientes com razão de volume> 25% ou defeitos complexos. Quando o PPP foi indicado, um cateter de duplo lúmen foi implantado por laparoscopia, através desse cateter foi feita duas insuflações diárias de no máximo 1000 ml de ar ambiente até o máximo do décimo quarto dia, exceto para pacientes que não toleraram todo o procedimento, onde pode ser abortado em um estágio inicial. Após o procedimento todos os pacientes fazem um controle com tomografia computadorizada. Analisamos dados demográficos variáveis e os efeitos da PPP em 13 pacientes entre junho de 2017 e dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Nesta amostra, todos os 13 pacientes têm apenas 1 hérnia e 7 deles apresentam histórico de recidiva e todos têm hérnias incisionais. Sobre histórico cirúrgico, 7 (53,5%) fizeram cirurgia eletiva e 4 (30,8%) fizeram uma cirurgia de urgência. Hérnias ventrais 11 pacientes (84,6%) e hérnias na virilha 2 pacientes (15,4%). Em nosso serviço em um ano, o PPP foi usado em 12,74% dos pacientes com hérnias complexas. Sobre as indicações de PPP 76,9% fizeram porque têm uma taxa de volume> 20-25% e 23,1% para hérnias gigantes ou defeitos complexos. Os pacientes relataram sonolência em 15,38% do tempo, desconforto 15,38%, dispnéia em 15,38%, diarreia em 7,69%, inapetência em 7,69% e dor local em 7,69%. O número médio de dias durante a PPP é de 10 dias (± 9,94). O número máximo de dias foi 14 e o número mínimo foi de 7 dias. Pacientes que passaram do 7º dia foram submetidos a uma TC de controle no mesmo dia. Nesta TC 5 pacientes atingem uma mediana de aumento da cavidade abdominal de 33,75% (30,33IR). Na tabela 2 é possível ver os resultados da PPP em toda a amostra.</p> <p>CONCLUSÕES: Este trabalho apresenta resultados semelhantes à literatura, porém não há consenso sobre padronização da melhor técnica, indicação e tempo utilizado.</p>

TL 199	TL 200
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HERNIAS DE PAREDE ABDOMINAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR</p> <p>Ravi Cavalcanti Mendes, Rafael de Oliveira Santos, Oto Mario Santana Neto, Victor Guimarães, Nadson Pedreira, Anderson Cançado, Leonardo Cunha</p> <p><i>Hospital Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar as características clínicas e epidemiológicas de pacientes atendidos no ambulatório de hernia complexa do serviço de cirurgia de parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões Filho.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo prospectivo de série de casos de pacientes diagnosticados com hernia complexa, usando informações obtidas dos protocolos cirúrgicos e dados de pacientes do serviço de cirurgia de parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões Filho (Salvador, Bahia, Brasil). Os pacientes analisados nesta amostra foram diagnosticados com base nos critérios da European Hernia Society de hernias complexas. As variáveis analisadas foram dados demográficos, comorbidades e características da hernia de 106 pacientes, atendidos entre junho de 2017 e dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade foi de 52,25 anos (\pm 13,75), 37% foram do sexo masculino e 63% do sexo feminino. Das comorbidades, 53,3% tem obesidade, 18,5% possuíam diabetes e 12,1% eram fumantes. O IMC médio foi de 31,68. Um total de 95,9% pacientes tinham hernias incisionais, sendo que, 36,5% da amostra possui histórico de recidiva, apenas 4,1% possuíam hernias primárias, e todas com grandes defeitos (> 4cm). Em relação à localização, 87,4% foram classificados como "linha média", sendo 9,5% subxifóide (M1), 41,9% epigástrica (M2), 71,6% umbilical (M3), 71,6% infraumbilical M4 e 21,6% suprapúbica M5. Com hernias localizadas na lateral foram 2,6% dos pacientes, sendo que 36,4% possuíam hernia subcostal (L1), 27,3% na fossa ilíaca (L3) e 9,1% lombar (L4). Quanto a classificação das hernias incisionais, 55,1% apresentava uma hernia grande W3 (>10cm), 35,9% incisional média W2 (4 a 10cm) e 9% incisional pequena W1 (<4cm). A média do anel herniário pela TC foi 9,88 cm (\pm4,35). A perda de domicílio foi diagnosticada em 52% pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo contribui para o desenvolvimento do perfil epidemiológico de pacientes com hernias complexas, o que raramente é contemplado em estudos do gênero.</p>	<p>HERNIA INGUINAL - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E ESTATÍSTICO ENTRE DESFECHOS E TÉCNICAS EMPREGADAS NO ESTADO DA BAHIA</p> <p>João Henrique Fonseca do Nascimento, Rebeca Ferreira de Souza, Selton Cavalcante Tomaz, Adriano Tito Souza Vieira, Iago Miranda Oliveira Dórea, André Bouzas de Andrade, André Gusmao Cunha</p> <p><i>CBC-BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A herniorrafia inguinal é uma das técnicas operatórias mais empregadas pelos cirurgiões brasileiros, dentro da rotina de prática profissional. Apesar da alta frequência, tanto os quadros de hernia inguinal, quanto a sua terapêutica cirúrgica aplicada, ainda são importantes objetos de estudo científicos, especialmente pela relevância dos desfechos prognósticos, pela repercussão na saúde e na retirada do indivíduo da sua rotina sociolaboral cotidiana, além do constante avançar de técnicas, telas e aparatos cirúrgicos. Nessa perspectiva, o presente trabalho busca investigar os impactos epidemiológicos das técnicas de correção de hernias inguinais no cenário da saúde pública brasileira, nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico executado por meio de inquérito no DATASUS (SIH/SUS), no qual as informações consultadas se referiam aos dados da Bahia e do Nordeste, no período 2008 a 2017. A estatística foi analisada por meio do software OpenEpi 3.01 (MIT/USA).</p> <p>RESULTADOS: As hernioplastias inguinais computaram 411.942 dos procedimentos feitos no Nordeste durante o período estudado, as quais representaram, na Bahia, 49,3% de todos as cirurgias, realizados nos últimos 10 anos. Dessas, apenas 0,32% foram via videolaparoscópica e 99,68% foram cirurgias abertas, executadas uni (93,16%) e bilateralmente (6,5%). No tocante a mortalidade, no âmbito nacional, houve correlação de menor risco associada a técnica por vídeo, do que a via aberta [$p < 0,01$; OR=0,4 (0,33–0,49)], contudo, na Bahia, não houve correlação entre as vias abertas ou por vídeo ($p = 0,09$), seja comparadas aos procedimentos abertos uni ($p = 0,2$) ou bilateral ($p = 0,5$). Entretanto, ainda na Bahia, a via aberta bilateral representou maior risco à mortalidade quando confrontada com técnica aberta unilateral [$p = 0,01$; OR=2,5 (1,1–4,6)]. Quanto aos custos e ao internamento no estado, observou-se que a hernioplastia aberta onerou financeiramente, em média, 161,0 vezes mais que a técnica por vídeo, além de maior permanência média hospitalar, sendo ambos significativamente correlacionados ($p > 0,001$ e $p > 0,001$).</p> <p>CONCLUSÕES: O panorama demonstra uma ínfima quantidade de procedimentos inguinais videolaparoscópicos realizados no estado, inferior a 0,5%, apesar da literatura demonstrar que estas técnicas apresentam melhores prognósticos, como menor tempo de internamento, menor custo, dentre outros. Ficou claro que a técnica aberta onerou mais, demandou maior tempo de internamento e figurou maior risco de mortalidade, nos dados da Bahia. Sugere-se assim, que as correções de hernia por videolaparoscopia devam ganhar mais espaço na prática do cirurgião baiano, balanceado um melhor custo/benefício, em prol de uma melhor prática cirúrgica na saúde pública.</p>

TL 201	TL 202
<p>TRATAMENTO DAS HERNIAS INGUINAIS E AS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO NERVO ILIOINGUINAL</p> <p>PEDRO LUCIO SOUZA, MANOEL BRANDES NAZER, EDMO ATIQUÉ GABRIEL, FERNANDO MARCIANO VIEIRA, BRUNO FURINI PUTON, JUSTINA MARIA FERREIRA SOUZA, SILVIA MESSIAS BUENO, SILVIO PEGORARO BALZAN</p> <p><i>UNLAGO - União das Faculdades dos Grandes Lagos - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo desse trabalho foi identificar a distribuição anatômica do nervo ilioinguinal em seu trajeto no canal inguinal. A região inguinal é sede de transformações morfológicas durante o seu desenvolvimento embriológico. Torna-se, por isso, propensa a sofrer desvios no seu rumo geneticamente determinado e apresentar alterações anatômicas. Recebe três nervos mistos: o ilioinguinal, o ilio-hipogástrico e o genitofemoral. O ilioinguinal situa-se coberto pela aponeurose do músculo oblíquo externo na altura do anel inguinal profundo, percorre a totalidade do canal inguinal em posição anterolateral e em relação íntima com o funículo espermático. O ilio-hipogástrico em trajetória semelhante, situa-se de um a dois centímetros acima. O ramo genital do nervo genitofemoral é identificado junto à origem do músculo cremáster, próximo ao anel inguinal superficial. No canal inguinal o nervo ilioinguinal é vulnerável à lesão por englobamento na sutura ou por secção, tendo como resultado um neuroma sintomático e desencadeando, nas duas situações, dor crônica exacerbada pelos movimentos do corpo e sempre incapacitante e irradiando-se para a base do pênis e escroto do lado adjacente. Kehlet (2002) reporta a incidência de dor crônica após a correção da hernia inguinal em 10 a 15% dos casos. A frequência desses acidentes aumenta quando houver variação anatômica na distribuição neurológica local.</p> <p>MÉTODO: Estudo prospectivo de 80 pacientes adultos, masculinos, na faixa etária de 18 a 65 anos submetidos a correção cirúrgica de hernia inguinal indireta primária, dos tipos 2 e 3b da classificação de Nyhus para hernias inguino-femorais. Em todos os pacientes, procedeu-se a incisão cutânea na região inguinal do lado correspondente à hernia, dois centímetros acima da prega inguinal. Aberta a tela subcutânea e suas fâscias, tendo como referência o anel inguinal superficial, identificou-se os nervos da região.</p> <p>RESULTADOS: A distribuição padronizada foi observada em 39 casos. Em nove pacientes obesos, o nervo ilioinguinal não foi identificado. Em 32, verificou-se variações anatômicas importantes do nervo ilioinguinal. A maior incidência, em 24 casos, a sua posição posterior ao funículo espermático, envolvido pelo músculo cremáster. Um tronco nervoso sensitivo aberrante que se unia ao ramo genital do nervo genitofemoral foi encontrado em 5 casos. Nos demais, havia uma comunicação entre o nervo ilioinguinal e o ilio-hipogástrico em sítios diferentes ao longo do canal inguinal.</p> <p>CONCLUSÕES: Ocorreu variação na distribuição do nervo ilioinguinal na parede anterolateral do abdome em 40% dos pacientes da amostra.</p>	<p>AValiação EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIAS DA PAREDE ABDOMINAL EM UM SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO NORDESTE DO BRASIL</p> <p>Marcus Felipe Gonçalves Feitosa, Ramon Roza de Oliveira, Gustavo Guedes de Carvalho, José Torres Neto, Manuela Sena de Freitas, Laís Carvalho Feitosa, Valdinildo Aragão de Melo, Paulo Vicente Santos Filho</p> <p><i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Sergipe - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil sociodemográfico, as comorbidades, o tempo de internamento e o desfecho dos pacientes submetidos a correções cirúrgicas de hernias da parede abdominal no serviço de residência médica de cirurgia geral da Fundação Beneficente Hospital de Cirurgia (FBHC) na cidade de Aracaju, Sergipe, Brasil.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, com dados referentes a pacientes que foram submetidos a cirurgias no período de agosto de 2015 a janeiro de 2018. O trabalho foi realizado mediante avaliação de dados contidos nos prontuários digitais dos pacientes armazenados no Evernote®, aplicativo baseado em nuvem que permite o acesso desses pelos preceptores e residentes em tempo real em smartphones, tablets e computadores pessoais.</p> <p>RESULTADOS: O número de registros em prontuário digital no serviço de residência em cirurgia geral do Hospital de Cirurgia vem aumentando gradativamente ao longo dos anos e no período estudado foram incluídos 702 pacientes, dos quais 277 (39%) foram submetidos a cirurgias de hernias da parede abdominal. Prevaleram os indivíduos do gênero masculino (71%), idosos (31,4%), com hernias de longa duração (média de 4,5 anos) e com poucas comorbidades. A maioria dos pacientes era proveniente da Grande Aracaju (87,2%) e o tempo médio de internamento foi curto (1,45 dias). As cirurgias para correção de hernias inguinais (166; 52%) prevaleceram, seguidas pelas hernias umbilicais (83; 26%) e incisionais (35; 11%). Em 39 casos ocorreram a correção de duas hernias no mesmo ato cirúrgico e em 10 houveram associações com outros tipos de cirurgia, como hidrocelectomia (4), colecistectomia (2) e ooforectomia (1). Houveram 2 óbitos, ambos em pacientes com idade superior a 60 anos e que foram submetidos a correção de hernia incisional, o que representou menos de 1% dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Os pacientes submetidos a correção cirúrgica de hernias da parede abdominal no serviço de residência médica em cirurgia geral do Hospital de Cirurgia apresentam características semelhantes ao encontrado na literatura nacional e internacional, embora o tempo entre o diagnóstico e a cirurgia é muito mais elevado no estado de Sergipe.</p>

TL 203	TL 204
<p>MASTECTOMIA COM PRESERVAÇÃO DO COMPLEXO AREOLOPAPILAR: RELAÇÃO ENTRE TIPOS DE INCISÃO E VASCULARIZAÇÃO DA AREOLA.</p> <p>Ignacio Salonia Goldmann, João Maximiliano Pedron Martins, Isabel Crivelatti, Daniel Trahtman de Boer, Rafael Netto, Lucas Pastori Steffen, Maira Caleffi</p> <p><i>Núcleo Mama do Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Considerando o padrão de irrigação vascular, espera-se que a escolha da incisão possa influenciar no risco de sofrimento vascular do complexo areolopapilar (CAP) na mastectomia. Desta forma buscamos com este trabalho avaliar a prevalência de complicações vasculares do CAP e sua relação com o tipo de incisão da mastectomia.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal de pacientes submetidas à mastectomia e expansor tecidual imediato. Foram coletados dados demográficos, tipo de incisão e complicações vasculares do CAP (deiscência de sutura, epidermólise, necrose parcial e total).</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliadas 58 pacientes (64 mamas) pós-mastectomia com preservação do CAP entre 2012 e 2018. Todas as pacientes foram submetidas à colocação imediata de expansor tecidual. Foram excluídas as pacientes com colocação imediata de implante de silicone (fator que aumenta a tensão no retalho da mastectomia). A prevalência total de complicações vasculares do CAP foi de 18%. Houve 1 necrose total da areola (1,5%). Perda de 50% do CAP foi observada em 2 casos (3,0%). Perda de até 30% do CAP foi observada em 3 casos (4,5%). Epidermólise sem perda tecidual foi observada em 5 casos (7,5%). O tipo de incisão mais comum foi a periareolar superior com extensão lateral (32,8%). As outras incisões mais frequentes foram transversal superior (10,9%), T invertido (9,3%) e inframamária (6,3%). Não houve desvascularização do CAP em nenhum dos casos tratados com incisão inframamária. Todas as complicações vasculares ocorreram em cicatrizes com componente periareolar ou localizadas nos quadrantes superiores das mamas.</p> <p>CONCLUSÕES: A viabilidade vascular do retalho da mastectomia depende de múltiplos fatores. Os principais incluem condições anatómicas, cicatrizes ou radioterapia prévias e técnica cirúrgica. A relação entre incisão da mastectomia e necrose do CAP é questão primordial na redução do risco de complicações e na qualidade estética da reconstrução mamária. Ainda que a escolha de incisão não seja o único fator relacionado a sofrimento vascular do CAP, a série estudada está em conformidade com a literatura (maior risco nas periareolares e menor risco nas inframamárias), após ajuste para outros fatores (como cicatrizes prévias e volume mamário). A opção de preservação do CAP necessita de planejamento mais detalhado, garantindo acesso seguro ao tratamento oncológico e aporte vascular satisfatório. Verifica-se assim que a preservação do CAP melhora a qualidade estética e o nível de satisfação da paciente pós-reconstrução, sendo a escolha da incisão da mastectomia um fator importante na manutenção da viabilidade vascular do CAP.</p>	<p>ANÁLISE POS-OPERATORIA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO TRANSVERSO DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL (TRAM) EM PACIENTES DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO</p> <p>Ana Carolina Fernandes Torres, Armando Santos Cunha, Ana Clara Guerreiro Araujo de Gouvea, Renata Bonfim Lima Silva, Carolina Alencar Ferreira, Anna Beatriz Salles Ramos, Amanda Luiza Aguiar Taquary Alvarenga, Thiago Henrique Queiroz de Oliveira</p> <p><i>Hospital Regional de Sobradinho - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho visa realizar uma análise retrospectiva sobre as reconstruções mamárias com TRAM após mastectomia, com enfoque nas principais complicações associadas.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados prontuários eletrônicos e livro de registro de cirurgias plásticas de pacientes submetidas à cirurgia de reconstrução mamária por TRAM na unidade de cirurgia plástica do Hospital Regional de Sobradinho-DF (HRS), no período entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os dados considerados foram: idade, antecedentes pessoais, indicação cirúrgica, momento da reconstrução (tardio/imediato), variantes cirúrgicas (bipediculado/monopediculado) e complicações.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade das pacientes avaliadas foi de 45 anos. 62,5% das pacientes não apresentavam doenças pré-existentes, 18,8% tinham histórico de tabagismo, 12,5% HAS e 6,3% anemia crônica. 66,7% das pacientes tiveram algum tipo de complicação pós-operatória e 33,3% não tiveram. Com relação ao momento de realização do TRAM, em 53,3% a reconstrução foi imediata, com 62,5% destas mulheres tendo algum tipo de complicação pós-operatória e 46,7% das reconstruções foram tardias, com 71,4% de complicações pós-operatórias. 69,2% das pacientes foram submetidas à técnica de reconstrução por retalho bipedicular, onde 69,2% tiveram algum tipo de complicação pós-operatória e 50% teve como técnica o retalho monopedicular, com 50% de complicações pós-operatórias.</p> <p>CONCLUSÕES: Verificou-se que o TRAM, apesar de sua técnica desafiadora e excelente alternativa de reconstrução mamária, está sujeita a diversas complicações no pós-operatório, as quais não são evitadas apenas por profissionais experientes. Estudos relacionados às demais técnicas de reconstrução mamária no Hospital Regional de Sobradinho, podem ser necessários para subsidiar o cirurgião a decidir qual a melhor técnica reconstrutiva, porém, cabe à equipe médica junto à preferência da paciente, decidirem qual a técnica mais apropriada para cada caso.</p>
<p>TL 205</p> <p>EFEITOS DA ABDOMINOPLASTIA NA PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL E NA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO</p> <p>Ray Costa Portela, Bernardo D'Ávila Castro Borges, Louizi Oliveira Souza, Ítalo Nunes Vieira, Anna Martins Carvalho, Leandra dos Reis Nunes, Orlando Pereira Faria, Sílvia Leite Faria</p> <p><i>Gastrocirurgia de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o papel da abdominoplastia no aumento da pressão intra-abdominal (PIA) e na indução de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura elaborada a partir da busca de publicações indexadas nas bases de dados Embase, Pubmed, Scielo, DARE, Cochrane e BVS. Por meio das opções de busca mais avançadas, artigos e trabalhos publicados considerados recorrentes dentro do tema foram selecionados sem limitações de ano, idioma ou país de origem. Utilizaram-se os descritores: "intra abdominal pressure", "abdominoplasty", "gastroesophageal reflux disease" e suas variantes em português.</p> <p>RESULTADOS: A abdominoplastia é um dos procedimentos estéticos mais realizados, atualmente, nos serviços de cirurgia, com baixas taxas de morbimortalidade. Consiste na retirada do tecido subcutâneo excedente, associado a plicatura dos músculos reto abdominais. Apesar de tecnicamente segura, há várias complicações e sequelas decorrentes desse procedimento, como hematomas, seromas, infecções de pele. Apesar de nem sempre sintomático, ocorre, no pós operatório, elevação da PIA, chegando até a 6 mmHg do valor prévio. Tal pressão é avaliada através da inserção de um cateter vesical, que avalia de maneira indireta o valor. É necessário lembrar que em casos extremos, em que a pressão supera 12mmHg, temos Hipertensão Intra abdominal, a qual gera algumas repercussões cardiorrespiratórias, renais e circulatórias. Caso a pressão eleve-se acima de 20mmHg, temos uma síndrome compartimental abdominal, sendo necessário realizar uma descompressão abdominal. Entretanto, em vários estudos, nota-se que a elevação PIA, já em valores inferiores a 12 mmHg, pode cursar com uma clínica de DRGE, principalmente quando há uma série de fatores associados, como estômago com volume aumentado, hérnia de hiato e posição, por exemplo. Na literatura científica, existem diversos casos de pacientes que desenvolveram DRGE após a realização do procedimento estético em questão, com aumento reportado da pressão intra abdominal e com uma clínica de queimação retroesternal, pirose, náusea, vômito, tosse crônica, pneumonite e pneumonia aspirativa. Há ainda relatos de surgimento de esofagite e metaplasia de células escamosas do esôfago, as quais caracterizaram clínica de doença do refluxo, situação em que é sabido que há elevação da incidência de câncer de esôfago.</p> <p>CONCLUSÕES: A plicatura dos músculos reto abdominais durante a abdominoplastia está associada ao aumento da PIA, o que está associado ao surgimento de DRGE. Dessa maneira, esta doença apresenta-se como uma repercussão clínica relevante, uma vez que pode estar relacionada ao desenvolvimento do "esôfago de Barrett", com aumento considerável do risco de câncer esofágico. Ademais, tal procedimento, além das complicações inerentes à própria ferida cirúrgica, como hematomas, seromas e infecções de pele, apresenta implicações clínicas cardiorrespiratórias, renais e circulatórias.</p>	<p>TL 206</p> <p>QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE: ESTUDO RETROSPECTIVO</p> <p>Manuela Sena de Freitas, Rebeca Zelice da Cruz de Moraes, Bruno Barreto Cintra, Marcus Felipe Gonçalves Feitosa, Laís Carvalho Feitosa, André Melo de Macena, Amanda Barreto de Sousa, Valdinaldo Aragão de Melo</p> <p><i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar a taxa de prevalência e as características da população acometida por queimaduras de terceiro grau no estado de Sergipe.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo e descritivo, utilizando dados coletados no sistema de registro de Cirurgia Plástica da Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), referentes às vítimas de queimaduras de terceiro grau do serviço no período compreendido entre janeiro de 2008 e maio de 2014. Os dados descritivos estudados incluíram: gênero, idade, tempo de internação hospitalar, classificação da queimadura quanto ao porte e à profundidade, agente etiológico e desfecho da hospitalização (alta ou óbito).</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 281 registros. Houve maior prevalência do público adulto (mediana de 23 anos), do gênero masculino (70%) e queimaduras provocadas por agente térmico. A mediana dos dias de internação foi de 8 dias. Além disso, foi observado um baixo índice de óbitos (5%) e relação significante de mortalidade com tempo de internação (p=0.017), lesão causada por fogo ou explosão (p=0.017) e gravidade da queimadura (p=0.003).</p> <p>CONCLUSÕES: Indivíduos com queimaduras de terceiro grau se caracterizam por serem do sexo masculino, adultos, médios queimados, sendo os agentes térmicos os causadores mais frequentes. Dentre estes, os pacientes que vão a óbito se caracterizam por serem adultos jovens, grandes queimados, com queimaduras provocadas por agentes térmicos fogo/explosão, com tempo médio de internação de 6 dias.</p>

TL 207	TL 208
<p>PROPOSTA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO CLÍNICO PARA PACIENTES COM IMPLANTE DE SILICONE INDUSTRIAL</p> <p>Eduardo Costa Teixeira, Anderson Ramirez Quintero, Valentina Ramirez Quintero, Natascha Stenzel Mathuy, Raquel Bueno Barbosa</p> <p><i>Hospital Universitário Gaffrée Guinle/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Nos últimos anos, tem sido frequente a presença de pacientes vítimas de complicações causadas pela injeção do Silicone líquido industrial para preenchimento de partes moles no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Este trabalho apresenta um protocolo de tratamento clínico para estas pacientes, seja como forma de atenuar os sintomas e prevenir sequelas mais graves, seja como preparo para eventuais intervenções cirúrgicas. Objetivo - Propor um protocolo clínico para o atendimento de pacientes com diagnóstico de silicone, desenvolvido com base na eficácia do tratamento realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle nos últimos dois anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo intervencionista, não aleatório, no qual estão sendo avaliados 25 pacientes submetidas ao protocolo de tratamento clínico adotado no ambulatório de Cirurgia Plástica no HUGG desde Março do ano 2017. Destes pacientes todas são do sexo feminino, com idade variando de 31 a 52 anos. Todas as pacientes foram submetidas a uma avaliação clínica constituída por anamnese, exame físico, laboratorial e imagens complementares (RM). Os critérios de exclusão foram: idade menor que 18 anos e maior que 70 anos. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as pacientes receberam a prescrição de acordo do protocolo proposto. Foi iniciado ciclo com Prednisona, 20mg/dia, com diminuição progressiva, conforme um esquema previsto para oito dias. Foi prescrito também Alopurinol 300mg a cada 24 horas, por 3 meses, com posterior avaliação para permanência até 24 semanas. Em caso de dor, foi associado um AINES, preferencialmente Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas, por 5 dias, além de drogas analgésicas de uso habitual. As pacientes que apresentavam sinais clínicos ou laboratoriais compatíveis com processo infeccioso foram tratadas com antibióticos de caráter ambulatorial ou intra-hospitalar, de acordo a gravidade do quadro. Nos casos de linfedema de MMII, tem sido indicada terapia de drenagem linfática, 2 a 3 vezes por semana, para melhorar o retorno linfático e secundariamente o edema. Além disso, foi preconizada a utilização de meias elásticas de média compressão.</p> <p>RESULTADOS: Neste momento o projeto está em andamento, com 25 pacientes em tratamento clínico ambulatorial, das quais 80% tem apresentado melhora clínica do processo inflamatório, 16% não aderiram corretamente ao tratamento e 4% não tem tolerado os medicamentos. A boa resposta clínica tem sido evidenciada pela diminuição do processo inflamatório, melhora na coloração da pele, no endurecimento da região acometida e do edema linfático, com consequente melhora da dor, principal queixa relatada.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora a presente casuística não seja significativa para permitir uma avaliação definitiva, os resultados iniciais observados mostram que o protocolo adotado pode beneficiar as pacientes portadoras dos sintomas crônicos causados pelo implante do silicone industrial.</p>	<p>Proposta de Classificação para as manifestações clínicas decorrentes do implante de Silicone Industrial</p> <p>EDUARDO COSTA TEIXEIRA, Natalino Mazzillo Neto, Nathalia Cristinne Pereira de Souza, Thiago Lima dos Santos, Natascha Stenzel Mathuy, Raquel Bueno Barbosa</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE / UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os casos recentemente noticiados, envolvendo complicações e óbitos causados pela popularização da prática do implante de Silicone Industrial (SI) para alteração do contorno corporal, tornaram evidente um verdadeiro problema de saúde pública. A despeito das tentativas de esclarecimento e alertas, o número de vítimas destes crimes, que não podem ser confundidos com "procedimentos médicos", tem sido crescente nos serviços e consultórios médicos, em busca de confirmação e tratamento para as inevitáveis consequências sofridas. Objetivo: Propor um modelo para a classificação das manifestações clínicas decorrentes da injeção ilegal de Silicone Industrial no tecido celular subcutâneo, de forma a permitir a formulação de condutas terapêuticas mais adequadas a cada caso</p> <p>MÉTODO: Foram avaliadas 68 pacientes portadoras de silicone industrial injetado em tecido celular subcutâneo, tratadas no ambulatório do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, assim como os relatos disponíveis na literatura. Com base nos achados, foi feita uma extratificação das diferentes manifestações clínicas observadas. De acordo com a frequência e a gravidade dos sintomas, foi elaborada uma tabela, que pretende servir como guia para a definição da estratégia de tratamento para cada situação encontrada.</p> <p>RESULTADOS: As pacientes vítimas do implante ilegal de SI se apresentam como uma grande diversidade de sintomas, que podem depender da região do corpo afetada, volume injetado, tempo decorrido, profundidade do implante e até da qualidade do produto (se mais ou menos denso, ou contaminado). Hiperemia, deformidades, hiperemia, dor, abscesso, ulcerações e linfedema de MMII são as principais lesões encontradas. Alguns casos podem ser atenuados com tratamento clínico, incluindo medicações anti-inflamatórias, analgésicas e, eventualmente, antibióticas. Outras medidas podem ser propostas, em especial na tentativa de controle do linfedema. O número expressivo de casos, associado a complicações e sequelas que impactam sobre a saúde e vida social, têm levado alguns serviços e cirurgiões a buscar soluções mais invasivas, mesmo que paliativas, que possam minimizar estes quadros. No entanto, a literatura médica, especialmente no que diz respeito ao conhecimento consolidado, é pobre sobre o assunto, até por não ser um problema comum nos países de primeiro mundo. Sendo assim, é importante que estas condutas sejam discutidas e analisadas, com parâmetros homogêneos, para que se possa estabelecer condutas com riscos e benefícios compatíveis.</p> <p>CONCLUSÕES: A identificação mais clara e objetiva de cada tipo de manifestação clínica causada pela injeção de Silicone Industrial, conforme proposto no presente trabalho, pode não só facilitar a decisão sobre a técnica a ser empregada, mas também permitir uma melhor avaliação e eventual comparação dos resultados obtidos.</p>
<p>TL 209</p> <p>Tratamento das seqüelas decorrentes do implante de Silicone Industrial – experiência no Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG)</p> <p>EDUARDO COSTA TEIXEIRA, Edgar Martin Rosario Abreu, Edwin Charris Caballero, Cindy del Carmen Castillo Castaneda, Leo Lara Espinoza, Ricardo Cavalcanti Ribeiro</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE / UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A injeção ilegal de silicone líquido industrial em tecidos moles, notadamente em região glútea, membros inferiores e mamas, para aumento de volume com fins estéticos tem se configurado um problema de saúde pública no Brasil, assim como em outros países da América Latina. A desinformação a respeito do procedimento, muitas vezes confundido com técnicas e substâncias reconhecidas no meio médico, contribui para a disseminação da prática criminosa, trazendo aos consultórios médicos e aos serviços públicos um número crescente de complicações e seqüelas. Neste contexto, o ambulatório de cirurgia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tem recebido um número crescente de pacientes vítimas deste implante. OBJETIVO - Este trabalho visa descrever as condutas adotadas pela equipe do serviço de cirurgia plástica do HUGG para corrigir ou minimizar as seqüelas decorrentes do implante de silicone industrial.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados 68 casos de pacientes que procuraram o ambulatório do HUGG apresentando seqüelas após a injeção de silicone industrial em região glútea, membros inferiores e mamas. Foram analisadas descritivamente as técnicas empregadas para a correção ou atenuação das complicações e seqüelas apresentadas, bem como a sua efetividade na melhora dos quadros tratados.</p> <p>RESULTADOS: Dos pacientes estudados, 65 eram do sexo feminino e 3 do masculino, com idades entre 20 e 58 anos. Dezoito possuíam nível de escolaridade superior. Em todos os casos, os pacientes atendidos relataram ter feito o implante acreditando que o material seria o PMMA, mas o aspecto e os sinais clínicos indicavam a presença do Silicone industrial, o que foi comprovado em exames complementares. Em 25 deles, foi instituído o protocolo de tratamento clínico proposto pelo serviço para controle do quadro inflamatório, para os casos em que não há indicação de abordagem cirúrgica ou para preparo para uma posterior intervenção. A conduta cirúrgica foi indicada em 43 casos, tendo a maioria consistido na drenagem e aspiração de parte do silicone industrial através do uso de cânulas de lipoaspiração, com melhora do processo inflamatório local. Em 5 casos foram necessárias intervenções mais amplas, com ressecção de tecidos (incluindo segmentos de pele) ou cicatrizes secundárias a ulcerações. Uma paciente apresentou quadro de infecção no pós-operatório, que evoluiu para sepsis, e precisou de internação em UTI para controle. Em todos os casos houve melhora dos sinais clínicos, em especial da hiperemia e da dor, com os tratamentos realizados.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora seja sabidamente impossível a retirada completa do silicone industrial injetado em tecidos moles, a alta incidência e as potenciais seqüelas decorrentes deste procedimento ensejam as tentativas de tratamento, clínico ou cirúrgico, que possam reduzir estas complicações. As condutas empregadas pelos autores se mostraram efetivas nesta redução, trazendo melhora à qualidade de vida dos pacientes.</p>	<p>TL 210</p> <p>ESTUDO DE CASOS DE ENXERTOS E RETALHOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PELE EM CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDOS A CIRURGIA NO ANO DE 2017 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE</p> <p>EDUARDO COSTA TEIXEIRA, PAULA VASCONCELOS ASSUMPCÃO, MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO, FLAVIO MARQUES DE CARVALHO, RAFAEL GARRIDO SOUZA COSTA, LEIDY CATHERINE PINZON MURILLO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE / UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer de pele é a neoplasia mais comum no Brasil. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) são registrados cerca de 180 mil novos casos por ano, sendo considerado um grande problema de saúde pública. O crescente aumento da incidência e da capacidade de gerar lesões desfigurantes provoca interesse por parte da comunidade médica. Busca-se por melhores formas de tratamento que resultem em redução da morbidade. Objetivo - Analisar os procedimentos cirúrgicos realizados nos casos de câncer de pele não melanoma pelo serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle entre os meses de Janeiro a Dezembro do ano de 2017.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo observacional descritivo e retrospectivo de série de casos desenvolvido no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Foram analisados prontuários de 22 pacientes diagnosticados com câncer de pele em face, cabeça e pescoço, do tipo não melanoma e submetidos a cirurgias de enxertos e retalhos realizadas pelo Serviço de cirurgia plástica do HUGG no período de janeiro a dezembro de 2017. Além dos dados de registro em prontuário, foram analisadas imagens dos pacientes nos diferentes períodos de tratamento cirúrgico: pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Conforme a resolução do CNS número 466 de 12 de dezembro de 2012 foi cumprida a exigência de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Dos 22 pacientes analisados nessa pesquisa, 10 são do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Desses, 19 (86,3%) tiveram diagnóstico de Carcinoma Basocelular e 3 (13,6%) de carcinoma epidermóide após análise do serviço de Anatomia Patologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Três pacientes apresentaram mais de uma lesão, que foram consideradas nesse estudo. Sendo assim, no total de cirurgias realizadas, foram executados 6 enxertos, 17 retalhos e 2 fechamentos primários. Houve e casos de complicação: perda total do enxerto com tecido de granulação, deiscência da ferida operatória e Ectrópia ocular à esquerda. Nesse caso, aproximadamente 86,4% nos procedimentos não resultaram em complicações. Em 1(4,5%) dos casos houve recidiva do tumor. Além disso, 2 pacientes (9%) tiveram suas margens comprometidas, sendo um deles encaminhado à radioterapia (30 sessões) e o outro sugerido Cirurgia micrográfica de Mohs pelo serviço de Dermatologia.</p> <p>Foram observadas lesões nas seguintes regiões: malar, lábio superior, região fronto nasal, pálpebra inferior, ponta nasal, orelha, região malar, dorso nasal, asa nasal, região naso faringeana, região pré auricular e pálpebra inferior, sendo o nariz e principalmente a ponta nasal os locais de maior acometimento do câncer.</p> <p>CONCLUSÕES: A escolha pela cirurgia de excisão da lesão, respeitando-se uma margem de segurança adequada a cada caso, concluída com cirurgia de enxerto ou retalho para reparação e apresentando como resultado 86% de sucesso, mostra elevada eficácia para o tratamento escolhido no HUGG.</p>

TL 211	TL 212
<p>TRATAMENTO DE QUELÓIDES: REVISÃO DOS CASOS TRATADOS NO HUGG/UNIIRIO</p> <p>EDUARDO COSTA TEIXEIRA, José Carlos Paulos de Brito, Patrícia Tatsch</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE / UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Quelóides são tumores benignos, resultantes de uma cicatrização anômala da pele, cujo tecido conjuntivo não para de crescer, formando uma cicatriz fibrótica. Neste processo, o paciente costuma apresentar dor, prurido, fisgadas, vermelhidão e desconforto físico e estético. O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados de pacientes submetidos a tratamento de quelóides, após cirurgias, em nosso serviço. Como motivação, a constatação in loco de que áreas deste planeta (exemplo: o continente africano), possuem níveis quase endêmicos da presença desta anomalia cicatricial.</p> <p>MÉTODO: Através da análise de prontuários, do acompanhamento por consultas e fotos, dos pacientes submetidos ao tratamento de quelóides, foi feito um estudo retrospectivo dos casos tratados de acordo com o protocolo seguido pelo Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro -UNIIRIO.</p> <p>RESULTADOS: Pacientes do ambulatório de Cirurgia Plástica do HUGG foram avaliados, após procedimentos de ressecção e/ou de infiltração com corticóides injetáveis. Em todos os casos estudados, os resultados foram satisfatórios. Não foram observadas recidivas nos casos submetidos a ressecções cirúrgicas, e os pacientes nos quais se optou apenas pela infiltração tiveram redução da lesão após algumas sessões. Alguns destes sequeam em acompanhamento. Uma paciente, portadora de múltiplos quelóides antigos, e já recidivados, foi submetida a ressecção seguida de betaterapia, e segue em tratamento com infiltrações periódicas para reduzir cicatrizes não ressecadas e controlar a recidiva na áreas operadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Não há consenso quanto a melhor conduta para o tratamento dos quelóides, levando-se em consideração riscos, custos e benefícios. No presente estudo, a ressecção seguida pela infiltração intralésional e sequencial de corticóide se mostrou a melhor opção. Em casos selecionados, a conduta de infiltração periódica de corticóide nas áreas de lesão também foi satisfatória.</p>	<p>AValiação PRECOCE E TARDIA DO TUBO GÁSTRICO ISOPERISTÁLTICO PALIATIVO ASSOCIADO A QUIMIORRADIÇÃO COM INTENÇÃO EXCLUSIVA E ESOFAGECTOMIA DE RESGATE NO TRATAMENTO DO CANCER DE ESOFAGO AVANÇADO</p> <p>JOSÉ LUIS BRAGA AQUINO, MARCELO MANZANO SAID, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, FELIPE RAULE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, PAULA SREBERNICH PIZZINATO, ARIANE CAETANO HARDY</p> <p><i>HOSPITAL PUC-CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os resultados precoces e tardios da esofagectomia de resgate em pacientes com câncer de esôfago submetidos previamente a reconstrução com tubo gástrico isoperistáltico (TGI) com intenção paliativa e quimiorradiação (QRD) com intenção exclusiva.</p> <p>MÉTODO: Janeiro de 1999 a Dezembro de 2017, foram avaliados retrospectivamente 93p com CEC avançado de esôfago considerados irrecorríveis, mas com condições clínicas de serem submetidas a terapêutica cirúrgica paliativa; houve predominância do sexo masculino em 69p (74,1%) e idade variável de 51 a 74 anos (md- 66,5 a). Em todos os p. foi realizado como tratamento inicial o TGI retro-esternal paliativo associado a QRD com intenção exclusiva e definitiva. Após estes tratamentos prévios, os p. foram reestadiados, com a finalidade de proporcionar como terapêutica complementar a esofagectomia de resgate (ER). No grupo de p. submetidos a ER, foi analisado avaliação precoce relacionadas as complicações pós operatórias e tardia relacionadas a sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: Em 18 p (19,3%), houve perda de seguimento com o tempo variável de 3 a 6 meses após a realização do TGI e QRD, o que impossibilitou a reavaliação do estadiamento. Em 36 p (38,7%), a doença maligna evoluiu loco regional ou sistêmica, o que contraindicou a ER, tendo os paciente evoluindo a óbito entre 1 a 2 anos, sendo que em alguns desses pacientes, foi realizado quimioterapia paliativa. Nos 39p (41,9%) restantes, o reestadiamento demonstrou que a doença maligna apresentou involução e sem disseminação sistêmica, tendo sido indicado a ER. Deste grupo, em 10 p por terem comorbidades cardiovascular/pulmonar se contraindicou a ER, tendo os mesmos sobrevida de 6 meses a 4 anos, com maior predominância com 2 anos presentes e 5p, dos 29 p restantes deste grupo, todos foram submetidos a ER por via transtorácica, sendo que na avaliação precoce houve ate de 1 a 4 complicações: deiscência/estenose a anastomose em 8p (29,3%); infecção pleuro pulmonar em 11p (37,9%); cardiovascular em 3p (10,3%), quilotórax em 1p (3,4%), óbito em 5 p (17,2%). Na avaliação da sobrevida em 18p, com seguimento, todos (100%) tiveram s-v de 1 a; 13 (72,2%) de 1 a 3 a; 8(44,4%) de 3 a 5 a; 3 (16,0%) de 5 a 10 e 2 (11,1%) mas que 10 a 2p (11,1%) após 2 a 3 anos de pós operatório da ER, evoluíram com 2º tumor primário nível de cabeça e pescoço sendo submetidos a ressecção cirúrgica específica.</p> <p>CONCLUSÕES: Os artigos concluem que apesar da ER ter evoluído com complicações pós operatórias relevantes e com morbidade elevada, ela parece ter indicação adequada em pacientes bem selecionados, pois além de ter proporcionado uma sobrevida a médio e longo prazo aceitável, ela é o único e definitivo tratamento após quimiorradiação com intenção exclusiva, em pacientes com câncer de esôfago.</p>

TL 213	TL 214
<p>ANALISE COMPARATIVA DAS COMPLICAÇÕES E OES DA ESOFAGOGASTROPLASTIA X ESOFAGOCOLOPLASTIA NAS AFECÇÕES MALIGNAS DO ESOFAGO / HIPOFARINGE: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 948 PACIENTES.</p> <p>JOSÉ LUIS BRAGA AQUINO, MARCELO MANZANO SAID, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, FELIPE RAULE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, PAULA SREBERNICH PIZZINATO</p> <p><i>HOSPITAL PUC-CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar retrospectivamente as complicações precoces do pós operatório e a evolução tardia comparando a esofagogastroplastia com a esofagoplastia em pacientes submetidos a reconstrução de transito para o tratamento das afecções malignas do trato digestivo superior.</p> <p>MÉTODO: 948p foram submetidos a reconstrução de transito digestivo superior por afecções malignas do esôfago / hipofaringe / cardia, com intuito paliativo/curativo, sendo os pacientes divididos em 2 grupos para reconstrução: 1) ESOFAGOGASTROPLASTIA (EGPL): 886p, com predominância do sexo masculino em 597 (67,3%), e com idade variável de 49 a 76ª (md -66,5ª); 2) ESOFAGOCOLOPLASTIA (ECPL): 62p, com predominância do sexo masculino em 47 p(74%) e com idade variável de 47 a 79 a(md- 64,5 a). As afecções em que foi indicado a reconstrução foram: ca de esôfago torácico / cárdia - 737p (78,8%), sendo EGPL em 886p e 62 com ECPL; câncer de esôfago cervical/hipofaringe: 75p (7,9%) sendo a EGPL em 72p e 3 com ECPL; em 136p (14,3%) foi realizado tubo gástrico paliativo por tumores irrecorríveis. Dos 812p submetidos a ressecção, em 703 (86,5%), foi pela via TMDL, sendo 652 no grupo EGPL e 51 no grupo ECPL; em 107 p foi pela via TT, (13,1%), sendo 96p no grupo EGPL e 11 no grupo ECPL; em 2p (0,2%) foi via toracoscopia. A via de reconstrução digestiva foi a mediastinal posterior em 556p (58,6%), sendo que em 508p no grupo EGPL e 48 no ECPL; retro-esternal em 390p (41,1%); subcutânea em 2 (0,2%). Em todos os pacientes foram avaliados as complicações pós operatórias precoces locais / sistêmicas com tratamento complementar com radioterapia/quimioterapia de acordo com o estadiamento e local da doença. Foi realizado avaliação tardia em termos de resgate de deglutição nos pacientes em que se conseguiu realizar seguimento, pelos critérios propostos por SAEED variável de 0 (incapaz de deglutir) a 5 (deglutição normal).</p> <p>RESULTADOS: Varias complicações variável de 1 a 4 por p: fistula/estenose da anastomose esôfago/faringe cervical em 24p sendo 243 (27,5%) EGPL x 11 (17,7%) ECPL; pleuropulmonar em 351p, sendo 328(37,2%) EGPL c 23 (37,0%) ECPL; cardiovascular em 78 p, sendo 48 (8,9%) EGPL x 7 (11,2%) ECPL; necrose do estomago em 14 (1,5%); necrose do colo 1p (1,5%); 136p (15,3%) EGPL x 11 (17,7%) evoluíram a óbito no pós operatório. A avaliação a longo prazo foi variável de 1 a 10 anos (md 6,3 a), sendo realizado em 423 p do EGPL com critério de SAEED de 5 (deglutição nl) em 307p (72,5%), critério 4 (deglutição para pastoso sem dificuldade) e com regurgitação intermitente em 103p (24,3%) e critério 2 (deglute somente líquidos sem dificuldade) com regurgitação freqüente 13p (3,0%). No grupo ECPL, esta avaliação foi realizada em 46p, com critério 5 em 34p (73,9%), de 4 em 7p (15,2%) e de 2 em 5p (10,8%) com regurgitação freqüente.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar da EGPL e ECPL apresentarem alta morbidade, as mesmas foram adequadas pois a maioria das complicações apresentaram resolutividade satisfatória e com bom resgate da deglutição na maioria dos pacientes.</p>	<p>ANALISE COMPARATIVA DOS RESULTADOS PRECOCES E TARDIOS DA ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA CERVICAL PELA SUTURA MANUAL E MECÂNICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA POR MEGAESOFAGO AVANÇADO</p> <p>JOSE LUIS BRAGA AQUINO, MARCELO MANZANO SAID, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, FELIPE RAULE MACHADO, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, PAULA SREBERNICH PIZZINATO, VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI</p> <p><i>PUC CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar retrospectivamente os resultados precoces e tardios comparando a sutura mecânica em relação a manual ao nível da anastomose esofagogastrica cervical em pacientes submetidos a mucosectomia esofagica com conservação da túnica muscular por megaesôfago avançado.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados 92p com diagnostico de megaesôfago avançado, a maioria de origem chagásica e com condições clínicas de serem submetidos a mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular esofágica. O diagnostico de megaesôfago foi realizado por parâmetros clínicos, radiológicos, endoscópicos e manométricos. Em todos os pacientes realizou-se a técnica da mucosectomia esofágica, proposto por AQUINO, sendo realizada a anastomose do coto do esôfago com o tubo gástrico a nível cervical. Para confecção desta anastomose os pacientes foram divididos em 2 grupos: GRUPO A: 53 p- sutura mecânica circular termino lateral. GRUPO B: 39p- sutura manual em 2 planos termino lateral. No pós operatório foi realizado avaliação precoce analisando as complicações locais e sistêmicas e avaliação tardia (md-5,6a), analisando principalmente a deglutição, segundo os critérios de SAEED et al, variável de 0 (não deglute) até 5 (deglutição normal).</p> <p>RESULTADOS: AVALIAÇÃO PRECOCE: Deiscência da anastomose esofagogastrica: 5p(9,4%) no Grupo A X 9p(23%) no Grupo B (p-0,041); Estenose da anastomose esofagogastrica: 8p(15,1%) no Grupo A X 15p(38,4%) no Grupo B (p-0,0105); Infecção pulmonar 5p(9,4%) no Grupo A X 3p(7,6%) no Grupo B (p-1,00); derrame pleural: 5p(9,4%) no Grupo A X 6p(15,4%) no Grupo B (p-0,51). AVALIAÇÃO TARDIA: foi realizada em 37p do Grupo A e 34 p do Grupo B e demonstrou que 86,4 a 96% dos pacientes apresen-taram critérios 4 e 5 de SAEED, traduzindo boa deglutição e sem haver diferenca significativa entre os Grupos; regurgitação intermitente: 9p(24,3%) no Grupo A X 9p(26,7%) no Grupo B (p-0,83); Barrettização do coto esofágico cervical: 1(2,7%) no Grupo A X 1(2,9%) no Grupo B (p-1,00)</p> <p>CONCLUSÕES: Os AA concluem que a anastomose esofagogastrica cervical com sutura mecânica parece ser mais adequada que a técnica manual por apresentar significativamente menor incidência de complicações locais para a reconstrução do transito digestivo após a mucosectomia esofagica com conservação da túnica muscular em pacientes com megaesôfago avançado e na avaliação tardia, ambas as técnicas de sutura demonstraram adequadas, pois a maioria dos pacientes apresentaram um resgate normal da deglutição</p>

TL 215	TL 216
<p>ANÁLISE COMPARATIVA DOS RESULTADOS PRECOSES E TARDIOS DA TERAPEUTICA CIRURGICA DA ESOFAGITE CAUSTICA PELO</p> <p>JOSE LUIS BRAGA AQUINO, MARCELO MANZANO SAID, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, FELIPE RAULE MACHADO, JOÃO PAULO ZENUM RAMOS, ARIANE CAETANO HARDY, VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI</p> <p><i>PUC CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar comparativamente os resultados precoces e tardios da terapêutica cirúrgica em uma série de pacientes com esofagite caustica</p> <p>MÉTODO: De Janeiro de 1995 a Dezembro de 2017, 56 pacientes(p), portadores de esofagite caustica(EC), foram submetidos ao tratamento cirúrgico, com predominância do sexo feminino em 36p(64,2%) e com idade variável de 18 a 52a(md-315a). A indicação do tratamento cirúrgico foi:refrataria a dilatação endoscópica-39p(69,6%);estenose extensa-10p(17,8%);perfuração esofágica-4p(7,1%) seja aguda ou após manipulação endoscópica;atresia cicatricial 3p(5,3%).A técnica cirúrgica foi variável, dependendo da extensão da lesão e condições clínicas dos pacientes: GRUPO A-Ressecção do esôfago - 27p(48,2%), sendo a reconstrução realizada com o estomago em 16p(28,5%) e com o colo nos 11p restantes(19,6%);GRUPO B-By Pass retrosternal com o colo e sem ressecção esofágica.Nos 27p em que foi realizada a ressecção esofágica, a via de acesso foi a toracotomia direita em 18p e a transmediastinal em 9p.Em 5p(8,9%) foi necessário a ressecção gástrica sendo total em 1p e parcial nos 4 restantes, por comprometimento gástrico.Foi realizado avaliação precoce em relação as complicações pós operatórias locais e sistêmicas e tardia para avaliar a deglutição pelos critérios propostos por SAEED et al, desde 0(não deglute) até 5(deglutição normal).</p> <p>RESULTADOS: Em relação as complicações precoces,no GRUPO A, 9p(33,3%) apresentaram uma ou mais complicações, sendo mais frequentes as complicações no subgrupo com a reconstrução com o colo-6p(54,5%) e com 1p(9,0%), evoluindo a óbito em relação ao subgrupo com a reconstrução com o estomago-3p(18,7%) e sem óbito.No GRUPO B, 9p(31,1%), também apresentaram uma ou mais complicações, mas sem óbito.Das complicações, a fistula/estenose da anastomose esôfago/visceral ocorreu em 17p(30,3%);infecção pulmonar em 15p(26,7%);tromboembolismo pulmonar em 1p(1,7%) com óbito.Em 41p, foi realizada avaliação tardia de 2 a 11anos(md-5,4a), sendo que 34p(82,9%) apresentaram critério de SAEED de 5(deglutição normal para sólidos),5p(12,1%), critério de deglutição de 4(deglutição para pastoso sem dificuldade e eventual dificuldade para sólidos),com regurgitação intermitente; em 2p(4,8%) critério de deglutição de 2(deglute líquidos sem dificuldade e pastoso com dificuldade) além de regurgitação frequente.Não houve diferença significativa entre os Grupos em relação ao resgate da deglutição.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar do tratamento cirúrgico da Esofagite Caustica , na avaliação precoce proporcionar complicações não desprezíveis , as mesmas apresentaram boa resolatividade , sendo que a reconstrução com o estomago mesmo associado com a ressecção esofágica parece ser a mais adequada pelo menor numero de complicações. E na avaliação tardia , tanto o Grupo da ressecção esofágica como o do "By-Pass" pareceram ser adequados , pois a maioria dos pacientes de ambos os Grupos apresentaram bom resgate da deglutição.</p>	<p>Câncer de Esôfago – Características Clínicas e análise de sobrevida. Período de 2010 até 2014 - Registro Hospitalar de Câncer.</p> <p>Flavio Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Raphaella Ferreira, Nixon Della Giustina, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Maria Julia Macedo Bonatto, Danilo Saavedra Bussyguin, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo tem por objetivo apresentar as características clínicas e análise de sobrevida do câncer de esôfago. Avaliar o resultado do tratamento oncológico, enfatizando a importância do tratamento combinado na tentativa de melhorar os resultados das esofagectomias. Os resultados são utilizados como parâmetro institucional de qualidade da assistência prestada aos pacientes.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner realiza coleta de dados sistemática desde a admissão até o seguimento por no mínimo 5 anos, produz relatórios frequentes. A presente amostra foi obtida no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2014. Os casos classificados como analíticos foram coletados do prontuário único do paciente. Apresentamos a série histórica de cinco anos do RHC-HEG, utilizando o sistema desenvolvido pelo INCA – SisRHC, versão 3.2. O sistema gera tabelas de frequência absoluta e relativa, auxiliado pelo programa SPSS para a análise de dados. A determinação do tempo de sobrevida foi avaliada, em meses. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método descrito por Kaplan-Meier. As diferenças estatísticas foram testadas pelo teste de Log-Rank.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período foram admitidos no Hospital 37.566 pacientes com diagnóstico ou suspeita de todo tipo de neoplasia. O câncer de esôfago foi confirmado em 571 pacientes (2,5%) do total. Quanto ao gênero, a maioria, 442 (77,1%) eram homens. Na presente amostra, o câncer do esôfago representou a oitava topografia mais frequente nos homens e a décima nas mulheres. O pico de incidência etária aconteceu entre a 4 e 5 décadas de vida, sendo a média de idade de 49,7. Os pacientes eram oriundos do Sistema Único de Saúde em 96,5% dos casos. O tempo médio de espera dos pacientes entre a primeira consulta e o início do tratamento foi de 50 dias. Até o início do tratamento 70% dos casos tinham seu estágio clínico definido. Sendo os Estádios clínicos II e III os mais frequentes. Quanto ao tipo histológico, eram Carcinoma Escamo Celular 187 (90,3%) casos, Adenocarcinoma 19 (9,2%). O tipo de tratamento foi cirúrgico em 45,5% dos casos, Radioterapia em 8%, Quimioterapia 13%, e combinado em 35,9%. Ao término do tratamento estavam vivos 96,9% dos casos. A sobrevida média em 5 anos foi de 21,8%.</p> <p>CONCLUSÕES: A grande maioria dos pacientes chegam com tumores de esôfago avançados, aproximadamente 10% dos pacientes são passíveis de tratamento cirúrgico curativo. Apesar de termos bons resultados nos tumores iniciais, a nossa sobrevida global e muito pobre, deixando a desejar. As opções de tratamento são complexas e onerosas, e as campanhas de prevenção tem se mostrado ineficazes neste tipo de tumor.</p>
<p>TL 217</p> <p>Esofagogastrectomia com Linfadenectomia em dois Campos para tratamento do Câncer de Esôfago Torácico. Análise de 92 casos.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Eduardo Da Cás, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Regina Maria Goolkate, Thamyle Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia representa atualmente a melhor modalidade de tratamento para o câncer de esôfago, porém, existem controvérsias a respeito da abordagem cirúrgica e extensão da ressecção. A finalidade deste estudo foi avaliar o impacto da esofagogastrectomia com linfadenectomia em dois campos na sobrevida de pacientes com câncer de esôfago intratorácico.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes com câncer de esôfago submetidos a esofagogastrectomia com linfadenectomia em dois campos no período de maio de 2007 até março de 2015 no hospital Erasto Gaertner Curitiba-PR. Foram incluídos 92 pacientes, todos submetidos a cirurgia referida anteriormente via toracotomia. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o teste de t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste de Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0,05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Da presente amostra 68 (73,9%) eram homens e a idade mediana de toda amostra foi de 60,8 anos. O tipo histológico mais comum foi o CEC em 73 (79,3%) dos casos. No momento da cirurgia 83,7% dos pacientes se apresentavam com bom estado geral, PS 0 e 1. O IMC médio dos pacientes foi de 22,9. O tratamento neoadjuvante foi realizado em 48 (52,2%) pacientes. A resposta global foi de 72,9% para uma resposta completa de 25%. Em relação ao estadiamento 51 (57,9%) pacientes apresentavam tumor localmente avançados. O comprometimento linfonodal ocorreu em 42 (46,2%) pacientes. A anastomose foi intratorácica em 70 pacientes e cervical em 22. Complicações Clavien acima de 3 aconteceram em 37 (40,2%) casos. Fistulas anastomóticas em 19 (20,7%) pacientes. A sobrevida estimada em 5 anos foi de 63%. A sobrevida dos pacientes com linfonodos negativos foi significativamente superior. Na análise univariável foram fatores de risco significativos: o tamanho do tumor, linfonodos positivos, grau de diferenciação e a realização de quimioterapia neoadjuvante. Ao realizarmos a análise multivariável estes fatores não foram confirmados.</p> <p>CONCLUSÕES: A sobrevida global em 5 anos foi influenciada positivamente pelo procedimento. A linfadenectomia ao demonstrar linfonodos não comprometidos se mostrou um fator prognóstico confiável.</p>	<p>TL 218</p> <p>Esofagogastrectomia, o local da anastomose (cervical ou torácica), influencia os resultados? Análise de 92 casos.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Gerardo Cristiano Gavarrete Valadares, Vinicius Basso Preti, Raphaella Ferreira, Thatiane Litenski, Kerle Wannlen Campos Silva Araujo, Guilherme Augusto Polaquini</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia representa atualmente a melhor modalidade de tratamento para o câncer de esôfago, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência do local da anastomose (cervical ou torácica) nas complicações e mortalidade das esofagogastrectomia com linfadenectomia em dois campos.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos os pacientes com câncer de esôfago submetidos a esofagogastrectomia com linfadenectomia em dois campos no período de maio de 2007 até março de 2015 no hospital Erasto Gaertner Curitiba-PR. Foram incluídos 92 pacientes, e divididos em dois grupos, de acordo com a localização da anastomose. Os pacientes cujos tumores se localizavam acima da carina foram submetidos a anastomose cervical, num total de 22. Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartilico para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o teste de t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste de Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0,05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Da presente amostra 68 (73,9%) eram homens e a idade mediana de toda amostra foi de 60,8 anos. O tipo histológico mais comum foi o CEC em 73 (79,3%) dos casos. A anastomose foi intratorácica em 70 (76,1%) pacientes, e cervical em 22 (23,9%). O ASA dos pacientes submetidos a anastomose intratorácica foi significativamente inferior. Os pacientes submetidos a anastomose cervical necessitaram de uma quantidade significativamente superior de concentrados de hemácias no trans-operatório. O tempo cirúrgico não apresentou diferença entre os grupos. As complicações Clavien acima de 3 foram equivalentes entre ambos os grupos. O tempo de internação, estada na UTI foi equivalente. Apesar de apresentar uma porcentagem maior de fistulas nas anastomoses cervicais, esta diferença não se mostrou significativa. Da mesma maneira as taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença não foram influenciadas pelo local da anastomose.</p> <p>CONCLUSÕES: Procedimentos com anastomoses torácicas e cervicais apresentam resultados cirúrgicos e oncológicos semelhantes, apesar de maior incidência de fistulas cervicais. A mortalidade pós-operatória foi semelhante nas duas técnicas, contrariando a tendência da literatura de conferir às fistulas cervicais uma menor letalidade.</p>

TL 221	TL 223
<p>DICAS E TRUQUES DO USO DA TOXINA BOTULÍNICA NAS HÉRNIAS INCISIONAIS COMPLEXAS</p> <p>ANDRE MANUEL ANDRADE PEREIRA, STEFANY GALHARDO De Oliveira, BRUNO Zilberstein, Maurice Yousseff Franciss, Leandro Cardoso Barchi, Willy Petrini Souza, Gil Abdallah Tosta</p> <p><i>FACULDADE SAO LEOPOLDO MANDIC - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho tem como objetivo descrever e explicar a técnica de aplicação da Toxina Botulínica A (TBA), como método de expansão abdominal nas hérnias incisionais complexas e suas possíveis utilizações.</p> <p>MÉTODO: Administra-se 50 unidades (Ui) de TBA em 5 pontos de cada lado do abdômen: dois pontos na linha axilar média, um entre o rebordo costal e espinha ilíaca anterossuperior e três pontos entre o músculo oblíquo interno e transversos na linha axilar anterior, utilizando dessa forma 250 Ui em cada lado do abdômen, totalizando 500 Ui por paciente. Os efeitos da aplicação de TBA iniciam-se entre o segundo e quinto dia pós aplicação, atingindo o pico máximo em 6 semanas, podendo manter seu efeito por até 6 meses</p> <p>RESULTADOS: A TBA por apresentar baixo risco de complicações após sua aplicação, é efetiva, segura e de fácil aplicação ambulatorial em uma única sessão. Comparando-se os métodos de expansão da cavidade abdominal pré-operatória das Hérnias Incisionais Complexas (HIC), a TBA é superior ao pneumoperitônio progressivo pré-operatório, que apresenta possíveis complicações como embolia gasosa, risco de infecção, sangramento no procedimento cirúrgico na instalação do cateter e custos aumentados com múltiplas necessidades de sessões da insuflação do pneumoperitônio.</p> <p>CONCLUSÕES: Em cirurgias das HIC, a aplicação da TBA no pré-operatório visa a expansão da cavidade abdominal para o fechamento seguro e completo da parede abdominal da parede abdominal.</p>	<p>TRANSPOSIÇÃO COM O SACO HERNIÁRIO E TELA (TSH-T): UMA PROPOSTA</p> <p>José Geraldo Sampaio Neto, Pedro Ducatti Oliveira e Silva, Renato Miranda Melo</p> <p><i>Hospital Geral de Goiânia (HGG) e Santa Casa de Misericórdia de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: No reparo dos grandes defeitos medianos, com largura ≥ 20cm, pode não ser factível nem desejável fechá-lo completamente, pois a hipertensão gerada na cavidade abdominal levaria à síndrome compartimental, com morbimortalidade elevada, e à necrose isquêmica dos tecidos envolvidos, favorecendo a infecção da ferida e a recidiva herniária. Pacientes com defeitos menores, mas com doença pulmonar, cardíaca ou renal associada são mais vulneráveis ainda. Proceder à redução do conteúdo herniado e deixá-lo contido, mas com fechamento parcial do defeito pode ser a opção tática mais adequada nesses casos.</p> <p>MÉTODO: Proposta baseada na Transposição com o Saco Herniário (TSH), de Lázaro da Silva (1971), mas inspirada na variação de Pitrez (1995), com as mesmas incisões relaxadoras bilaterais (anterior de um lado e posterior do outro) e o aproveitamento do próprio saco herniário, que é dividido em duas metades (direita e esquerda), conforme preconizado na técnica original. Diferem-se delas apenas pela supressão do 2o. plano de sutura. Este é substituído pela interposição de uma tela (polipropileno), de dimensões ajustáveis às do defeito parietal, a qual é suturada aos folhetos mediais (anterior e posterior) das incisões relaxadoras na bainha dos músculos retos, ficando isolada das vísceras e da pele pelos folhetos do saco herniário, uma vez que o 1o. e o 3o. planos de sutura permanecem inalterados (daí, TSH-T, da tela). Ao final, a cavidade permanece ampliada e normotensa, pois o defeito musculoneurótico não é fechado. Em seu lugar, obtém-se uma diástase que cobre esse defeito e a parede ventral mantém-se estável pela fibrose induzida pela tela.</p> <p>RESULTADOS: Alguns pacientes foram beneficiados por essa alternativa tática, decidida no intra-operatório, com evolução favorável, a despeito das comorbidades graves que apresentavam. Esses resultados motivaram a sistematização do procedimento, para que ele possa ser mais estudado e difundido entre os cirurgiões.</p> <p>CONCLUSÕES: Essa proposta respeita os princípios da Transposição com o Saco Herniário (TSH), quanto ao emprego de incisões relaxadoras bilaterais e do saco herniário bipartido. Ela favorece a redução e a contenção do conteúdo herniado. Não provoca hipertensão intra-abdominal ou nas linhas de sutura. Protege as vísceras e a pele com os folhetos do saco herniário, que envolvem a tela anterior e posteriormente. A diástase resultante é estável, resistente e parece não prejudicar a função parietal.</p>
<p>TL 224</p> <p>COMPLICAÇÕES NA REVERSÃO DE COLOSTOMIA: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Ana Beatriz Batista Neves, Pedro Paulo Assunção da Silva, Marina Karla da Cunha Lima Viana, Glauber Melo de Araújo, Landsteiner dos Anjos Leite, Eduardo Alfreu Peixoto Paredes, Hiago Dantas Medeiros, Gustavo Pereira Pinto de Almeida</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: A finalidade é apresentar uma revisão bibliográfica acerca das possíveis complicações advindas dos procedimentos de reversão de colostomia, levando em consideração a prevalência entre os sexos. O procedimento é realizado no ambiente de emergência quando a anastomose primária é inviável. Restaurar a continuidade intestinal envolve muitos fatores sujeitos a complicações devido a morbidades e operação prévia.</p> <p>MÉTODO: Metodologia: trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Para tal foi efetuada uma revisão de literatura na base de dados: Online Scientific Electronic Library (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PUBMED. Além disso, também foram analisados artigos na revista científica The LANCET e no JAMA - Journal of the American Medical Association. Nos quais foram encontrados oito artigos na língua inglesa e um na língua portuguesa. Todos analisados nos últimos 5 anos. Foram utilizados os descritores: "colostomy reversal", "colostomia", "complicações", "colostomy morbidity", "stoma reversal" e "stoma complications".</p> <p>RESULTADOS: Resultados: A partir disso, obteve-se 55 artigos, dentre eles, 46 foram excluídos por terem relatado resultados que não são o objetivo da pesquisa. Assim, nove estudos preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados. De acordo com os dados disponíveis e após a análise de todos os trabalhos, verificou-se que 1790 pacientes foram submetidos a algum tipo de cirurgia. Dentes eles, 1333 receberam colostomia. A média de idade dos indivíduos que foram sujeitos a colostomia foi de 54,9 anos e o tempo de reversão foi de 214,4 dias. Além disso, complicações na restauração da continuidade do trânsito mostraram-se comuns, das quais é possível destacar: infecção da ferida cirúrgica, obstrução intestinal, falha de anastomose, vazamento e evisceração, hérnia incisional, síndrome diarreica, fistula enterocutânea e deiscência de ferida. Outro fator analisado em 3 artigos foi o ASA - physical status classification system, dos quais 78 pacientes apresentaram ASA I, 104 ASA II, 25 ASA III e nenhum ASA IV. Por fim, observou-se uma relação significativa entre a permanência hospitalar e o número de complicações.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: verificou-se que as cirurgias para reconstrução do trânsito intestinal não são livres de complicações, portanto, faz-se necessária uma análise minuciosa da indicação de colostomia e de seus cuidados pré e pós-operatórios. Ademais, as complicações de colostomia não parecem estar, necessariamente, relacionadas à gravidade global do paciente uma vez que não houve maiores complicações em paciente ASA maiores. Nesse sentido, a presença de uma equipe multidisciplinar, o aconselhamento especializado e a boa relação entre o médico e o paciente são de extrema importância.</p>	<p>TL 225</p> <p>TRATAMENTO DAS HERNIAS INCISIONAIS EM HOSPITAL DE ENSINO</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, CAMILA MIE KAWATA YOSHIDA, MATHEUS SOARES BUISSA, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, BEATRIZ TEBALDI CARVALHO, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As hérnias ventral e incisional representam cerca de 10% das hérnias da parede abdominal, tendo como fatores etiológicos a obesidade, desnutrição, tabagismo, obstipação crônica, cirurgias abdominais prévias, doenças do tecido conjuntivo, entre outros. No tratamento de grandes defeitos o uso de tela é primordial para o sucesso e evitar a recidiva do procedimento. O intuito deste levantamento foi de avaliar o perfil epidemiológico dos portadores de hérnia incisional submetidos a correção cirúrgica e a necessidade de Hospitais Especializados para seu tratamento.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2017 de pacientes portadores de hérnia incisional submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Estadual Vila Alpina - SECONCI-OSS, pelo médico residente do segundo ano do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, auxiliado por assistente do "staff", avaliando-se a prevalência quanto ao sexo, faixa etária, avaliação pré-operatória pelo ASA, localização da hérnia, uso de prótese, drenagem do sub-cutâneo, tempo cirúrgico, tempo de internação e complicações pós-operatórias.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados 193 procedimentos eletivos predominando o sexo feminino em 60,6% em relação ao masculino com 39,4%, com média de idade 53,6 anos, variando de 26 a 86 anos. Classificação ASA I em 33,3% e ASA II 66,7%, sendo 37,4% procedimentos sob anestesia geral e 62,6% sob raqui-anestesia e sedação. Todos os procedimentos foram realizados com colocação de tela de polipropileno, e 79,4% com drenagem a vácuo no sub-cutâneo, com tempo médio de internação de 4 dias, e sem drenagem de sub-cutâneo em 20,6%, com média de internação de 2 dias. O tempo médio cirúrgico foram 140 minutos. O tempo de internação oscilou de 1 a 20 dias, com complicação em 2% de infecção na incisão e 1 óbito devido infecção cirúrgica e sepse. A incisão mediana prevaleceu em 83% dos casos, sub-costal direita em 10%, supra-umbilical pós videolaparoscopia em 3%, 2% paramediana direita pós-apendicectomia, 1% Phanistil e 1% pós fechamento de ostomia.</p> <p>CONCLUSÕES: A correção das hérnias incisionais são procedimentos factíveis de realização em hospital de nível secundário com aperfeiçoamento de médicos em treinamento, desde que supervisionados por profissionais qualificados e pacientes bem selecionados. O índice de complicações não contra-indica o procedimento.</p>

TL 228	TL 229
<p>Rabdomiólise associada a Prostatectomia Radical Assistida por Robô – análise da experiência inicial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)</p> <p>PIETRO WALTRICK BRUM, EDUARDO TOSETTO CACHOEIRA, GUILHERME ARAÚJO, PEDRO GLUSMAN KNIJNIK, ALINE CAMARGO NUNES, LUCAS MEDEIROS BURTTET, MILTON BERGER, BRASIL SILVA NETO</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul – Brasil</p> <p>OBJETIVO: A Prostatectomia Radical Assistida por Robô (PRAR) é uma técnica cada vez mais utilizada para o tratamento de câncer prostático. Em virtude de sua curva de aprendizado, realização de linfadenectomias estendidas, tempo operatório, posicionamento do paciente (Trendelenburg forçado) e a obesidade, podem ocorrer rabdomiólise e lesões associadas ao posicionamento. Assim, visamos a avaliar a incidência de rabdomiólise e de complicações relacionadas ao posicionamento em pacientes submetidos à PRAR no serviço de Urologia do HCPA.</p> <p>MÉTODO: Foram analisados 63 pacientes com dosagem de creatinquinase (CK) no pós-operatório submetidos a PRAR na posição de Trendelenburg forçado e com uso de dispositivos de compressão pneumática e colchão piramidal no dorso do paciente. Os pacientes foram avaliados quanto ao desenvolvimento de RBD, insuficiência renal aguda (IRA) e lesões associadas ao posicionamento. O critério utilizado para rabdomiólise foi de CK > 5.000 UI/L. IRA foi definida como elevação de 1 mg/dl da creatinina basal por dois dias consecutivos, diagnóstico clínico ou necessidade de hemodiálise. Lesões de posicionamentos foram caracterizadas como queixas transitórias ou alterações definitivas relacionadas diretamente ao posicionamento. Estas variáveis foram associadas ao IMC, tempo operatório total e idade. O programa estatístico utilizado para análise foi o SPSS 20.0 e $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Os 63 pacientes com dosagem de CK no pós-operatório apresentaram idade média de 64,69 ($\pm 5,92$) anos e IMC médio de 26,35 ($\pm 3,57$). Dentre os casos avaliados, 10 pacientes apresentaram dosagem de CK no pós-operatório acima de 5000 UI/L; destes, 2 pacientes apresentaram critério para IRA e 1 deles necessitou hemodiálise. No grupo de pacientes com CK > 5000 UI/L, estes pacientes apresentaram média de IMC 29,24 ($\pm 3,53$) Kg/m² e tempo cirúrgico médio de 368,7 ($\pm 44,3$) min. Dentre as variáveis relacionadas com elevação de CK no pós-operatório, obteve-se correlação estatisticamente significativas para IMC ($r: 0,364$ e $p: 0,008$). Para tempo cirúrgico a relação foi limitrofe ($r: 0,253$ e $p: 0,068$) e não foi significativa para idade. Quanto a lesões de posicionamento, 10 pacientes apresentaram queixas transitórias relacionadas ao posicionamento e um apresentou lesão permanente em membro inferior.</p> <p>CONCLUSÕES: Foi possível concluir que rabdomiólise e alterações associadas ao posicionamento podem ocorrer em pacientes submetidos a PRAR em especial durante a experiência inicial do programa de cirurgia robótica. O IMC foi a variável diretamente associada a este desfecho.</p>	<p>PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL, CIRURGIAS REALIZADAS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES USUARIAS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE DE CURITIBA-PR</p> <p>Regina Maria Goolkate, Lara Regina Silva, Fernando Meyer</p> <p>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência de Incontinência Fecal (IF) em mulheres acima de 40 anos, buscando identificar possíveis fatores associados a IF bem como os procedimentos cirúrgicos realizados nas portadoras desta patologia.</p> <p>MÉTODO: Este estudo foi de caráter quantitativo analítico descritivo transversal, incluindo na amostra 182 mulheres acima de 40 anos, usuárias do SUS que aceitaram responder o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) validado para o português, e um questionário de dados demográficos, bem como assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídas pacientes com idade inferior a 40 anos. O ICIQ-SF foi utilizado para estimar prevalência de IF e classificar interferência na vida diária. O segundo questionário foi utilizado para avaliar características sociodemográficas, clínicas e cirúrgicas. Foram utilizadas análises bivariada e multivariada das variáveis. O intervalo de confiança foi fixado em 95% usando-se a abordagem de Clopper-Pearson.</p> <p>RESULTADOS: A média de idades foi de 55,2 anos, $\pm 8,5$ anos. A prevalência de IF foi de 2,7%, classificando como grau muito severo na vida diária. Após análise bivariada, a idade em anos das pacientes ($p < 0,001$; RP: 1,16; IC 95%: 1,05-1,27), número de filhos ($p = 0,046$; RP 2,21, IC95%: 1,41-3,46) e número total de partos ($p = 0,045$; RP: 2,06; IC95% 1,32-3,21) foi associado a IF. Além disso, 80% das pacientes com IF realizou algum procedimento cirúrgico pélvico. Destas, 40% foram submetidas há histerectomia e 40% a reconstrução perineal.</p> <p>CONCLUSÕES: A prevalência de IF em mulheres acima de 40 anos, neste estudo, foi baixa, porém quando presente foi em sua maioria classificada como muito severa afetando a qualidade de vida das pacientes. Os antecedentes idade, número de filhos e número total de partos foram associados a IF. Procedimentos cirúrgicos pélvicos estiveram presentes em grande parte das pacientes com IF podendo indicar uma tendência a associação, sendo necessário complementação no estudo para melhor esclarecimento</p>
<p>TL 230</p> <p>ANALISE DAS NEFRECTOMIAS PARCIAIS REALIZADAS POR LESOES CISTICAS NO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE</p> <p>ARTUR DE OLIVEIRA PALUDO, PIETRO WALTRICK BRUM, PEDRO GLUSMAN KNIJNIK, EDUARDO TOSETTO CACHOEIRA, ANTÔNIO REBELLO HORTA GORGEN, RENAN DESIMON CABRAL, LUCAS MEDEIROS BURTTET, BRASIL SILVA NETO</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Estima-se que 50% dos adultos acima de 50 anos apresentam cistos renais. A menor parte dessas lesões são neoplásicas, o que levou à criação da classificação de Bosniak, para definir condutas frente a essas lesões. A categoria Bosniak III engloba cistos com potencial maligno indeterminado e comumente manejados com ressecção cirúrgica, embora o risco de malignidade seja em torno de 50%. Cistos Bosniak IV são lesões císticas fortemente suspeitas, onde o tratamento cirúrgico é mandatório. Os guidelines do AUA sugerem que lesões císticas (III ou IV) menores que 2-3 cm podem ser observadas, reservando cirurgia para lesões maiores. Assim, pretendemos apresentar a frequência de malignidade em lesões císticas operadas no serviço de urologia de um hospital escola, bem como a relação entre tamanho da lesão e o risco de malignidade.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal para avaliar os resultados cirúrgicos e anatomopatológicos, dos pacientes submetidos a nefrectomias parciais no nosso serviço de janeiro de 2010 até março de 2017.</p> <p>RESULTADOS: Das 247 nefrectomias parciais realizadas, 47 foram por lesões císticas; 18 foram classificadas como Bosniak III e 29, como Bosniak IV. Dos cistos renais Bosniak III, 44,4% e dos Bosniak IV, 100%, respectivamente, eram malignos. A média de tamanho das lesões Bosniak III benignas foi de 4,38 cm e a das malignas, de 4,04 cm ($p = 0,684$). Considerando a histologia dos 47 casos, as lesões de grau de Fuhrman I, II e III não apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação a média de tamanho ($p = 0,756$).</p> <p>CONCLUSÕES: A frequência de malignidade em cistos Bosniak IV foi de 100%, o que vai ao encontro da literatura, corroborando a conduta cirúrgica para esta situação. O tamanho das lesões císticas não foi fator preditivo de malignidade e agressividade na população amostrada, de modo que, apesar do n pequeno, este estudo sugere a necessidade de se avaliar outras características além do tamanho para determinar intervenção cirúrgica em cistos Bosniak III</p>	<p>TL 231</p> <p>ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA: ANALISE DE UMA SERIE DE 15 CASOS</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, THEODORICO FERNANDES DA COSTA NETO, MARCOS ALENCAR TAVARES, CAROLINE CARVALHO FERRO, REGINALDO MELO FILHO, MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, CLAUDIO CIPRIANO MOURA</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Análise de 15 casos de Adrenalectomia Videolaparoscópica realizados em um hospital de referência em oncologia.</p> <p>MÉTODO: Realizado um estudo quantitativo descritivo por meio da análise de prontuários dos pacientes submetidos a adrenalectomia laparoscópica no período compreendido entre janeiro de 2014 e outubro de 2018</p> <p>RESULTADOS: Nesse período, foram registrados 15 pacientes submetidos a adrenalectomia laparoscópica para a retirada de tumor adrenal. Dos quinze, seis eram do sexo masculino e nove do sexo feminino. A mediana de idade foi de 60 anos. Nove dos pacientes eram assintomáticos e seis apresentavam sintomas no momento da admissão, sendo a dor lombar referida por três e a taquicardia e hipertensão arterial referidas por dois. A abordagem cirúrgica foi transperitoneal em todos os casos. Os tumores encontrados e suas respectivas frequências foram: adenoma adrenal (6 casos), carcinoma adrenocortical (6 casos), feocromocitoma (2 casos) e cisto adrenal (1 caso). A média do tamanho dos tumores foi de 5,1 cm e somente um paciente apresentava comprometimento linfonodal. Houve uma única conversão intraoperatória para a cirurgia aberta. Dois pacientes complicaram com infecção da ferida cirúrgica e evoluíram bem, não houve relato de complicações maiores e nem recidiva tumoral.</p> <p>CONCLUSÕES: No nosso serviço, a adrenalectomia laparoscópica demonstrou excelentes desfechos cirúrgicos, obtendo sucesso em todos os casos</p>

TL 232	TL 233
<p>PREVALÊNCIA DE SINTOMAS URINÁRIOS EM AMBULATÓRIO DE UROLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Lucas Monteiro Viana, Wellington Alves Epaminondas, Carmélia Matos Santiago Reis, Tiago Vilela Santos</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil dos indivíduos do sexo masculino com idade acima de 40 anos e com sintomas urinários do trato urinário inferior (STUI) atendidos no ambulatório de urologia geral de um hospital do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. A observação do aumento de queixas no consultório e a escassez de informações na literatura nacional motivou a necessidade de maiores estudos para investigação da prevalência do número de casos que podem estar associados à hiperplasia prostática benigna (HPB). Ademais, apesar de não ser uma causa ameaçadora à vida, a doença implica prejuízos na qualidade de vida do indivíduo.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal e observacional das características epidemiológicas referentes a STUI em pacientes do ambulatório de urologia geral de um Hospital do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal mediante aplicação de questionários validados para (STUI/HPB). O International Prostate Symptom Score (IPSS) é composto por sete perguntas em que é atribuído uma pontuação cuja soma avalia o grau dos sintomas classificados como leve (0 a 7 pontos), moderado (8 a 19 pontos) e grave (maior que 20 pontos). Foram incluídos no estudo os indivíduos do sexo masculino acima de 40 anos de idade e que se apresentaram para a consulta no ambulatório. Foram excluídos os indivíduos com idade inferior a 40 anos, portadores de câncer de próstata em atividade ou com tratamento prévio, ou aqueles em desacordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 402 indivíduos, sendo observado uma média etária de 59,7 anos. Em relação aos resultados do IPSS, os participantes foram distribuídos em categorias quanto ao grau dos sintomas: 38,05% dos pacientes foram classificados como leves, 32,1% como moderados e 29,85% como graves. Do total, 263 pacientes são portadores de HPB, sendo que 45% dos indivíduos apresentaram sintomas urinários graves.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo demonstra que mais de 60% dos indivíduos são portadores de STUI com classificação moderada a grave, o que ressalta a importância de sensibilizar as autoridades públicas com o objetivo de implantar novas políticas voltadas para a saúde do homem.</p>	<p>Câncer de próstata / Características clínicas tratamento e sobrevida. Período de 2010 até 2014 - Registro Hospitalar de Câncer</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Phillipe Abreu, Raphaella Ferreira, Jaime Quirino Caon Nobre, Cristiano Ontivero Pereira, Julia Goginski, Danilo Saavedra Bussyguin, Thamyre Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer de próstata é uma das causas importantes de morbidade e mortalidade em homens de meia idade e idosos nos países ocidentais. Houve um aumento nas taxas de incidência e mortalidade do câncer de próstata no Brasil e no mundo. Isto nos motiva a analisar as características clínicas da presente amostra, como os resultados do seu tratamento oncológico, visando uma melhor interpretação da doença.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner realiza coleta de dados contínua e sistemática desde a admissão do paciente até o seguimento por no mínimo 5 anos, produz relatórios frequentes. A presente amostra foi obtida no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2014. Os casos classificados como analíticos foram coletados do prontuário único do paciente. Apresentamos a série histórica de cinco anos do RHC-HEG, utilizando o sistema desenvolvido pelo INCA – SisRHC, versão 3.2. O sistema gera tabelas de frequência absoluta e relativa, auxiliado pelo programa SPSS para a análise de dados. A determinação do tempo de sobrevida foi avaliada, em meses. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método descrito por Kaplan-Meier. As diferenças estatísticas foram testadas pelo teste de Log-Rank.</p> <p>RESULTADOS: De um total de 1997 pacientes admitidos, foram efetivamente usados nesta análise 960 pacientes. Isto representa 8,4% do total de todos os casos atendidos, ficando em terceiro lugar em frequência de neoplasia na instituição. A distribuição dos casos por idade apresenta a maioria dos casos (80,0%) após os 60 anos o que condiz com os dados epidemiológicos da literatura mundial. Quanto ao diagnóstico e tratamento prévios 97,1% dos pacientes chegaram ao Hospital virgem de tratamento. Encontramos 14,7% em estágio inicial e 11,7% em estágio avançado. No período do estudo a maioria (37,3%) dos pacientes foi tratado com radioterapia, seguindo-se pela cirurgia (28,8%) e hormonioterapia (17,5%). Ao final da primeira fase do tratamento, nota-se que 97,0% dos pacientes encontravam-se vivos. A sobrevida global em 5 anos foi de 77,2%, já na análise por estágio a sobrevida é maior que 90% para os estádios II e III.</p> <p>CONCLUSÕES: Os tumores de próstata apresentam um aumento na sua incidência, por outro lado as taxas de cura e controle da doença também vem aumentando. Com a evolução dos diferentes tratamentos temos a oportunidade de curar ou controlar a doença em aqueles pacientes nos quais a doença ainda não é metastática. Através da informação da população, orientando a mesma a realizar exame preventivo poderemos aumentar os índices de diagnóstico precoce.</p>

TL 235	TL 236
<p>CÂNCER DE PRÓSTATA: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE SCORE DE GLEASON E OS DESFECHOS DOS PACIENTES SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA RADICAL.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Murilo Almeida Luz, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Maria Julia Macedo Bonatto, Regina Maria Goolkate, Kerle Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a relação da escala de Gleason (menor ou maior que 6) com a sobrevida global e tempo livre de doença dos pacientes submetidos a prostatectomia.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Foram incluídos todos pacientes com câncer de próstata submetidos a prostatectomia no período de Janeiro de 2009 a Dezembro 2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com escore de Gleason (menor ou maior que 6). Os dados foram expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartil para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas foram analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas foram analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0,05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: As taxas médias de sobrevida livre da doença foram de 8.05 (IQR 7.70-8.41) anos para os pacientes com Gleason pré-operatório menor que 6, de 6.92 (IQR 6.31-7.53) anos para aqueles entre 6 e 7 e de 5.90 (IQR 5.01-6.78) anos para os com Gleason maior que 8. As taxas médias de sobrevida foram de 8.39 (IQR 8.03-8.75) anos para Gleason pós-operatório menor que 6, de 7.36 (IQR 6.91-7.81) anos para aqueles entre 6 e 7 e de 6.33 (5.64-7.02) anos para os acima de 8. Na análise multivariável para recidiva em relação aos pacientes com Gleason menor que 6, Gleason 6-7 e Gleason ≥8 apresentaram-se com maiores índices de recidiva [HR 2.27 (IC 95%1.24-4.13) e HR 2.67 (IC 95%1.31-5.42) respectivamente].</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes com Gleason menor que 6 apresentam maiores taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença.</p>	<p>MORBIMORTALIDADE NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL NO HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS NO TRIÊNIO 2015-2018, APROXIMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.</p> <p>PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR, GABRIELA PEDRO CUELLAR AIRES BROM MANZANO, RHAYANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as maiores causas de morbimortalidade dentro do serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Palmas, Tocantins, altamente relacionada às causas externas, buscando gerar dados que informem e orientem a formulação de medidas de prevenção de causas, de promoção de políticas públicas de conscientização e de educação da população em relação a causas evitáveis tanto por parte da Secretaria Municipal de Saúde quanto pela Secretaria Estadual de Saúde.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um levantamento de dados retrospectivos dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas(HGP) durante o período compreendido entre 01/01/2015 a 01/08/2018 Coletando as maiores causas de morbimortalidade dentro do pronto socorro cirúrgico do Hospital.</p> <p>RESULTADOS: No período compreendido entre 2015 e 2018 ocorreram 72492 internações no HGPP, destas 16286, ou ainda 22,47% do total de casos, apresentavam as queixas cirúrgicas analisadas no estudo. Dentre os atendimentos totais, 8040 (11,10%) eram vítimas de acidente de trânsito, 4595 (6,43%) pacientes internados devido a quedas, 2384 (3,28%) vítimas de trauma não especificados, 680 (0,9%) ferimentos por arma branca e 587 (0,8%) ferimentos por arma de fogo. Quando analisada ano a ano percebe-se o grande número de atendimentos relacionados a essas cinco queixas, em 2015 foram atendidos 1750 pacientes com 30,89% das queixas totais, em 2016, 5283 ou 21,26% dos atendimentos, em 2017, 5459 (21,43%) e em 2018, até o dia 01 de agosto, 3794 ou 22,87% dos atendimentos do HGP.</p> <p>CONCLUSÕES: Com o levantamento de dados foi possível observar a relevância das causas cirúrgicas, acidentes de trânsito, quedas, FAF, FAB, e trauma, em relação aos atendimentos gerais dentro do pronto socorro do HGP. Podemos destacar a morbimortalidade de acidentes de trânsito dentro do serviço de cirurgia geral em relação às outras causas. Salienta-se a importância de criação e implementação de políticas públicas voltadas para a diminuição da incidência dessas causas, que além de aumentarem a mortalidade da população, são também importantes causas da perda de funcionalidade. Destaca-se ainda que os dados analisados não permitem traçar um perfil epidemiológico da população atendida, apenas fazer um levantamento das maiores queixas cirúrgicas que incidem no serviço. Por isso, recomendamos a implantação do prontuário eletrônico no serviço, que facilitaria o acesso aos dados, internações anteriores, perfil epidemiológico dos pacientes e aumento de categorias para melhor classificação do paciente.</p>

TL 237	TL 238
<p>DOZE MANEIRAS DE BAIXO CUSTO PARA OTIMIZAR A ASSISTENCIA PRE-OPERATORIA AOS PACIENTES IDOSOS NO BRASIL</p> <p>Ana Paula Coutinho Barros de Brito, Yussef Aiex Abdu Neme Abraham</p> <p><i>UNIFESO - Teresópolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O número de procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes idosos e em pacientes idosos frágeis aumentou muito nas últimas décadas. No entanto, há pouca pesquisa sobre quais seriam os procedimentos pré-operatórios essenciais para se avaliar adequadamente esta classe emergente de pacientes. O objetivo deste estudo foi auxiliar os jovens cirurgiões, de maneira sucinta, a reconhecer melhor as fragilidades e as demais características dos pacientes idosos, através de doze procedimentos totalmente gratuitos, que por meio de diversas publicações, se mostraram capazes de evitar piores resultados pós-operatórios.</p> <p>MÉTODO: Tendo como finalidade realizar um trabalho prático, estruturado e focado no tema em questão, fora pesquisado no PubMed e Medline, nos idiomas português, inglês e francês, as seguintes palavras-chave: geriatria, idosos, cirurgia, pré-operatório, perioperatório, comprometimento cognitivo, demência, depressão, delírium, abuso de substâncias, fragilidade, nutrição, polifarmácia, capacidade de decisão, testes diagnósticos e baixo custo. A partir destes identificou-se revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes de prática e ensaios clínicos publicados entre 1 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2018. Além disso, foram utilizados conceitos de um livro publicado em 2018.</p> <p>RESULTADOS: Durante uma extensa pesquisa, foram encontrados métodos capazes de avaliar mais precisamente o paciente cirúrgico idoso. Muitos deles podem ser feitos sem custo adicional e a nível ambulatorial. Entre todas as avaliações encontradas, apenas doze exames foram selecionados por se adequarem ao objetivo do trabalho. Os exames propostos exigem uma linguagem mínima e treinamento simples para serem administrados, e nenhuma forma de modificação é necessária para compensar a extensa heterogeneidade linguística e educacional. Além disso, há neste trabalho os exames pré-operatórios considerados essenciais para avaliar paciente geriátrico, evitando excessos dispendiosos que poderiam contribuir para a morbidade ou causar atrasos adicionais ao procedimento devido a resultados espúrios. Propomos uma abordagem curta e simples que pode ser usada por qualquer membro da equipe cirúrgica, sendo indispensável, que se rastreie no pré-operatório e durante o pós-operatório rotineiramente o status funcional dos pacientes longevos. Todos os fatores apresentados são de grande importância para o manejo cirúrgico do paciente idoso, sendo sua gratuidade e sua fácil instrução, condições que facilitam sua aplicabilidade em todos os serviços de cirurgia do Brasil.</p> <p>CONCLUSÕES: Foram encontradas maneiras fáceis e simples, capazes de se aplicar a realidade brasileira, com resultados potencialmente transformadores nas repercussões pós operatórias dos pacientes idosos. Todos os métodos utilizados na pesquisa mostraram ser eficazes para análise pré-operatória e seguimento pós-operatório em pacientes mais idosos.</p>	<p>ANALGESIA LOCO REGIONAL TAP BLOCK GUIADA EM CIRURGIAS PELVICAS, AVALIAÇÃO DE ANALGESIA E DOR POS OPERATORIA</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, MONIKY BATISTA DA SILVA SOUZA, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, CAMILA BOCCHI SIQUEIRA, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, FABIO MAHAMED RASSI, ENY KARLA NASCIMENTO SANTOS, THIAGO HAYASHIDA HAYASHIDA TELES DE CARVALHO</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) consiste na técnica ecoguiada ou via laparoscópica para analgesia loco regional, principalmente em procedimentos cirúrgicos abaixo da linha umbilical. Objetivo do trabalho foi observar a modulação analgésica com uso ou não de TAP.</p> <p>MÉTODO: No presente estudo observacional, comparamos, cirurgias laparoscópicas, no ano de 2016-18, com idade entre 20 a 83 anos, sendo 30 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Comparamos esses procedimentos com 30 herniorrafias videolaparoscópicas, e 10 apendicectomias realizadas no período de 2016 a 2018, com uso multimodal de analgesia e anestesia geral, mas sem uso de TAP. O bloqueio é sempre realizado com cloridrato de ropivacaína 7,5 mg/ml (0,75%), diluindo solução com a 10 ml associado a 10 ml de solução fisiológica 0,9%. Injetando os 20 ml na posição do músculo transversal do abdominal (uni ou bilateral – associado ao mesmo lado do procedimento), guiado por ultrassonografia e laparoscopia com visualização direta, até distensão do peritônio parietal.</p> <p>RESULTADOS: Quando comparamos o pós operatório imediato, avaliamos a menor necessidade de analgesia multimodal nas primeiras 12 horas, com redução das doses de infusão de medicação para metade da dose utilizada nas cirurgias sem o TAP. Quando comparamos o padrão de dor nas próximas 72 horas (questionado via telefônica), pós alta, o uso de analgesia padrão estabelecida manteve-se, mas com 90% de redução do uso de necessidade de uso de analgésico de demanda. Já os pacientes sem uso de TAP, fizeram uso mais frequente de dipirona, e 20% com uso de tramadol. Quando comparamos com retorno entre o décimo e o décimo quinto dias, o uso de analgesia sob demanda com TAP prévio foi apenas de 01 paciente. Retorno as atividades não observamos impacto, todos pacientes forma liberados para atividades laborativas com 15(quinze) dias em média.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluímos que bloqueios regionais em cirurgias na topografia pélvica são aplicáveis, reproduzíveis, execução local, via ultrassonográfica ou laparoscópica, com resultado analgésico pós operatórios imediatos, redução das doses e quantidade de medicações venosas ou orais analgésicas. Nenhuma complicação maior com uso da analgesia TAP guiada.</p>
<p>TL 239</p> <p>CARACTERÍSTICAS CONSIDERADAS NA CONSTRUÇÃO OU MODIFICAÇÃO DE UMA CAIXA DE TREINAMENTO LAPAROSCÓPICO: UMA REVISÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>Lucas Reis Angst, Hercules Magalhães Olivense Carmo, André Adler Batista Paulino, Felipe da Silva Santos, Talita Ferraz Trancosos, Roxane Castro Alexandre, João Marcos Santos Silva, David Smangoszevski Martins</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os currículos de Cirurgia Minimamente Invasiva se baseiam em objetivos de aprendizado direcionados a cirurgia laparoscópica básica ou avançada. O conteúdo curricular deve incluir simulações que ajudem a desenvolver habilidades indispensáveis ao cirurgião, além de critérios avaliativos do aprendizado. Um dos sistemas de simulação disponíveis consiste em uma caixa que reproduz as condições de trabalho da laparoscopia. Embora a recriação fidedigna do campo de trabalho não se mostre necessária, uma caixa de simulação laparoscópica eficaz, de baixa ou alta exatidão, deve permitir a execução de tarefas que desenvolvam habilidades relevantes ou necessárias ao cirurgião. Entretanto ao produzir o simulador outras características de importância também devem ser consideradas. Dessa forma a presente revisão tem por objetivo avaliar quais características são consideradas na construção ou modificação de um simulador laparoscópico do tipo caixa.</p> <p>MÉTODO: Uma busca de artigos dos últimos 5 anos foi realizada no banco de dados PUBMED com os termos "(laparoscopic box) AND simulator". Foram considerados artigos que descrevem a construção de um simulador novo ou a modificação de um modelo existente. A busca trouxe 80 resultados, destes: 10 foram excluídos por não serem em inglês ou disponíveis; 7 por tratarem de técnicas cirúrgicas; 4 por serem voltados à endoscopia; 1 por não especificar a modificação; 1 por ser de uso veterinário; 18 por tratarem de simuladores de realidade virtual; 5 por serem revisões; e 14 por não apresentarem construção ou modificação. Os artigos restantes (n=20) foram considerados para revisão.</p> <p>RESULTADOS: Dos artigos 60% (n=12) relatam a construção de um novo modelo enquanto que 40% (n=8) apresenta modificação em um simulador existente. Os simuladores podem apresentar mais de um critério de base na construção/modificação. O critério mais considerado foi "Avaliação Objetiva" em 50% (n=10) dos casos; "preço/disponibilidade de material" e "uso em casa/peso/praticidade" foram considerados em 35% (n=7) dos casos; "relevância anatômica" é considerado em 20% (n=4) dos artigos; e "durabilidade", "sem fonte de energia", "imagem HD" ou "singleport" foi considerado em 5% dos casos (n=1). Análise estatística foi realizada em 85% (n=17) dos artigos e um programa estruturado de treinamento/currículo foi considerado em 40% (n=8) dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados revelam a tendência de fornecer avaliação objetiva da execução da tarefa, diminuindo a subjetividade ao analisar variáveis mensuráveis. O preço e a disponibilidade de material definem a necessidade de especificar os recursos do público alvo. O uso em casa foi tão citado quanto o preço, e poderia ser influenciado positivamente por um programa estruturado de treinamento ou existência de um sistema de avaliação automático. A análise de viabilidade é importante para considerar o uso do simulador em um currículo de aprendizado, mas poucos autores citaram o uso de um currículo ou programa de treinamento com o modelo desenvolvido.</p>	<p>TL 241</p> <p>O USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE Fournier - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL E SÉRIE DE CASOS</p> <p>Natasha Garcia Caldas, Stephanie da Silva Fernandes, Leandro Martins Gontijo, Matheus Paiva de Souza, Ely José de Aguiar, Andre Araújo de Medeiros Silva, Nimer Ratib Medrei</p> <p><i>Hospital da Região Leste - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar a experiência de um serviço de Cirurgia Geral do Distrito Federal com o uso de terapia à vácuo no tratamento das infecções pelve-perineais, sendo discutido também os aspectos técnicos, indicações, dificuldades e complicações do procedimento.</p> <p>MÉTODO: No serviço foram abordados 4 pacientes - todos homens, com idades variando entre 14 - 69 anos, no período de 2016-2018. Todos os pacientes foram admitidos por demanda espontânea no pronto-socorro de Cirurgia Geral do hospital e realizaram o tratamento completo com a equipe cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Neste trabalho, os 04 pacientes diagnosticados foram abordados nas primeiras horas após admissão hospitalar, sendo realizado debridamento cirúrgico da lesão em região pelve-perineal, antibioticoterapia de largo espectro e estabilização hemodinâmica. Todos fizeram uso da terapia por pressão negativa em diversas etapas do tratamento, de maneira a auxiliar e acelerar o fechamento das feridas perineais por tempo variável, de acordo com a resposta individual, variando entre 1 a 8 trocas de curativo por pressão negativa e 7-45 dias de internação hospitalar. Dados da literatura evidenciam mortalidade por síndrome de Fournier em até 40% dos casos; não houve mortalidade registrada em nosso estudo. Os pacientes receberam alta hospitalar após o fechamento completo da ferida e foram acompanhados ambulatorialmente até ao menos 1 mês da alta, com bons resultados, inclusive estéticos.</p> <p>CONCLUSÕES: A Síndrome de Fournier é uma doença infecciosa incomum, caracterizada por fasciite necrotizante da região genital, perineal e perianal, com taxa de mortalidade de até 40%. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento adequado. O uso da terapia a vácuo tem ganhado espaço no tratamento, sendo artifício importante e efetivo no manejo de feridas complexas, além de mais confortável para o paciente, com custo similar ao tratamento convencional, menor tempo de hospitalização e permitindo a realização precoce da cirurgia de reconstrução, com bons resultados.</p>

TL 242	TL 243
<p>A CIRURGIA TRANSENFENOIDAL ENDOSCÓPICA PARA RESSECÇÃO DE ADENOMAS DE HIPOFISE</p> <p>Luan Mateus Rodrigues Sousa, Francisco Daniel Nunes Cruz, Artur Neves Cardoso, Pedro Alves de Figueiredo Neto, Otávio Santiago Rocha, José Aderval Aragão</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho tem como objetivo explicar o acesso cirúrgico endoscópico à hipófise pela via transfenoidal, apresentando as estruturas referenciais para o acesso, desde o preparo da cavidade nasal até a ressecção do adenoma.</p> <p>MÉTODO: Consiste numa revisão bibliográfica baseada em artigos científicos acessados na base de dados BIREME, em que foi usada como palavra chave o termo: "endoscopia transfenoidal", sem a utilização de filtros, onde foram encontrados 42 artigos, dos quais 6 foram incluídos, pois explicavam minuciosamente acerca da abordagem cirúrgica, excluindo do estudo aqueles artigos que estavam duplicados, incompletos ou com temática diversa do objetivo do estudo.</p> <p>RESULTADOS: A anatomia nasal permite que o trajeto cirúrgico do endoscópio seja realizado por uma das narinas, entre a cabeça da concha nasal inferior e o septo nasal, o primeiro passo é emberber a região com adrenalina, o que gera vasoconstrição dos vasos da região e reduz hemorragias, propiciando um melhor campo visual durante o procedimento. Uma vez que ocorreu a vasoconstrição, localiza-se a abertura do óstio do seio esfenoidal, cujo os pontos de referência são o arco coanal e a cauda da concha nasal superior. Quando este não é visível, desloca-se a cauda da concha superior e a concha supra lateralmente, palpando-se a região com suavidade até encontrar o ponto de menor resistência, correspondente ao óstio do seio esfenoidal. Após isso, remove-se parte do septo nasal posterior, o suficiente para que se obtenha o acesso aos seios simultaneamente, por ambas as fossas nasais e, então obter acesso ao seio esfenoidal, que é posterior a base menor da pirâmide, e é delimitado lateralmente pela parede da cavidade nasal, superiormente pela proeminência do nervo óptico, inferiormente pela proeminência óssea que recobre o segundo ramo do nervo trigêmeo, enquanto o seu teto é formado pelo plano esfenoidal e o assoalho e a parte anterior é formada pelo clivos e rostrum esfenoidal, respectivamente. Realiza-se então a abertura do assoalho selar, seguido pela abertura da dura-máter a partir desse ponto, já se pode explorar a sela, retirando o adenoma, os seus restos e orifícios que têm grande possibilidade de gerar fistulas líquóricas. Na presença das fistulas, faz-se a reconstrução da sela com o tamponamento, usando material hemostático absorvível e gordura removida da região peri-umbilical, utilizando cola biológica como fixador. Durante o procedimento é necessário ter bastante cautela com algumas estruturas importantes, como o nervo óptico, a artéria carótida interna e o ramo maxilar do nervo trigêmeo.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, vê-se que o acesso endoscópico para tal cirurgia a torna menos invasiva quando comparada às craniotomias convencionais ou acessos sublabiais realizados para o mesmo tratamento, anteriormente ao surgimento da técnica endoscópica, de forma que diminui o tempo de abordagem cirúrgica, a mortalidade e o desconforto para o paciente no pós-operatório.</p>	<p>AVALIAÇÃO DO USO DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA EM PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA - EXPERIENCIA DO AMERICAS CENTRO DE ONCOLOGIA INTEGRADO</p> <p>Carlos Manoel Pedra Petto Gomes, Marcelo Sá de Araújo</p> <p><i>Americas Centro de Oncologia Integrado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os cateteres de longa permanência são indicados aos pacientes em vigência de quimioterapia, tanto contínua ou intermitente, por sua melhor qualidade de vida e menores taxas de complicação quando comparados aos de curta duração. Entretanto, ainda há complicações inerentes à sua utilização. Séries de estudos mostram que cerca de 30% dos cateteres de longa permanência evoluem com complicações como trombose, edema, hematoma, flebite, extravasamento, fratura do cateter, infecção, ou migração, podendo levar à indicação de remoção precoce em até 15% dos casos. Apesar de sua crescente utilização por pacientes oncológicos nos últimos anos, não há evidências suficientes quanto à indicação de método preferencial para redução das complicações associadas. O presente estudo visa determinar a incidência de complicações no implante de cateter de longa permanência em pacientes do Americas Centro de Oncologia Integrado.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo, com análise documental de 79 pacientes entre Maio de 2017 a Fevereiro de 2019 incluindo categorização por diagnóstico, acesso cirúrgico, método e tempo de implante do cateter, assim como suas complicações associadas.</p> <p>RESULTADOS: Dos 79 pacientes estudados na amostra, houve predominância do sexo feminino (67,1%), enquanto apenas 32,9% eram do sexo masculino. Houve variação importante nos diagnósticos, sendo câncer de mama o mais prevalente (27,8%), seguido por câncer colorretal (22,8%), linfoma (13,9%), câncer de pâncreas e pulmão (8,9%), câncer gástrico e sarcoma (6,3%), câncer de colo uterino, laringe, esôfago, e leucemia (1,3%). A técnica utilizada para introdução do cateter foi preferencialmente por punção (91,2%), sendo apenas 8,8% por dissecação, e a média de tempo de implante 54,4 minutos. A veia subclávia direita foi o sítio de escolha em 72,1% dos casos, seguido pela veia subclávia esquerda (14,7%), veias cefálica direita e jugular interna direita (4,4%), veia jugular interna esquerda e cefálica esquerda (2,9% e 1,5%, respectivamente). Apenas 6,3% dos procedimentos apresentaram complicações, sendo fratura do cateter e pneumotórax os de maior incidência (2,5%), e trombose a seguir (1,3%). Não foram encontradas outras complicações associadas ao decorrer do estudo. De todos os casos estudados, apenas 12,7% foram de retirada dos cateteres, sendo em sua totalidade pelo término do tratamento quimioterápico.</p> <p>CONCLUSÕES: A taxa de complicações dos cateteres venosos centrais de longa permanência implantados no estudo mostrou-se inferior ao encontrado em séries estudos semelhantes relacionados de outros centros. O conhecimento técnico-científico e o tempo de experiência da equipe mostraram-se fatores decisivos na prevenção de complicações associadas aos implantes. Outros estudos e o seguimento deste são fundamentais para uma análise mais ampla a respeito do implante dos cateteres e suas complicações, visando manter a qualidade de vida ao paciente oncológico e reduzir a incidência de complicações.</p>
<p>TL 244</p> <p>GLANDULA ADRENAL ECTOPICA EM SACO DE HERNIA INGUINAL.</p> <p>Marcelo Lopes Dias Kolling, Jonathan Irigaray de Assumpção, Letícia Manoel Debon, Lorenzo Catucci Boza, Daniela Akemi Fujita, Antônio Hartmann, Plínio Carlos Bau</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Adrenal ectópica (AE) apresenta uma baixa prevalência. Baseado em autópsias, a incidência varia de 50% na população pediátrica a 1% em adultos. Normalmente, é não funcionante. As localizações mais frequente são plexo celiaco, ligamento largo, testículo e rim. Evidências demonstram apenas 9 casos reportados na literatura inglesa de adrenal ectópica em saco herniário, expondo predileção pelo lado direito e sexo masculino, sendo a grande maioria achado incidental. No entanto, quando identificada deve-se proceder à sua ressecção, dada a possibilidade de transformação maligna.</p> <p>MÉTODO: Relato de caso e revisão da literatura.</p> <p>RESULTADOS: Paciente masculino, 38 anos, chega ao consultório médico com queixa de abaulamento e desconforto em região inguinal direita. Diagnóstico de hérnia inguinal firmado por exame físico. Submetido a hernioplastia inguinal à direita pela técnica de Lichtenstein. Procedimento sem intercorrências, recebendo alta hospitalar assintomático, com sinais estáveis e sem alterações em abdome e ferida operatória. Anatomopatológico, apresentado na consulta de retorno, evidenciou tecido adiposo maduro compatível com conteúdo de saco herniário, envolvendo lesão nodular de aspecto amarelo-ouro medindo 0,6x 0,3x 0,2cm, caracterizando presença de glândula adrenal acessória.</p> <p>CONCLUSÕES: O tecido adrenal ectópico foi relatado pela primeira vez por Morgagni em 1740. Desde então, foi descrito em outros sítios como fígado, apêndice, testículo, ligamento redondo do útero, pulmão e cérebro. O paciente relatado, assim como na maioria dos casos, fez o diagnóstico como achado incidental, lado direito e gênero masculino. O risco de progressão maligna é raro, associado a tamanho maior que 5 cm, pleomorfismo e maior número de mitoses na imunohistoquímica. Dentre os exames de imagem, a ressonância magnética apresenta melhores resultados. Seu diagnóstico pré-operatório é muito difícil, visto que não há exames específicos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica devido à possibilidade de malignização, ainda que rara. O achado de adrenal ectópica em saco herniário apresenta-se com mínima descrição na literatura, portanto sua publicação demonstra-se imprescindível, a fim de mensurar seu perfil epidemiológico com incidência, quadro clínico e potencial de malignidade.</p>	<p>TL 245</p> <p>Prostatectomia radical laparoscópica vs aberta: resultados cirúrgicos e oncológicos de 415 pacientes operados.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Jônatas Luiz Pereira, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Eduardo Da Cás, Kerle Wannlen Campos Silva Araujo, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O tratamento cirúrgico do Câncer de Próstata pode ser realizado tanto por via aberta (PA) quanto videolaparoscópica (VLP). Em ambos os casos, os pacientes podem apresentar incontinência urinária e disfunção sexual induzidas pelo ato operatório. Comparamos os resultados cirúrgicos, oncológicos e funcionais de nossos pacientes, considerando a via de acesso cirúrgico utilizada.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com Câncer de Próstata submetidos a Prostatectomia Radical durante o período de jan-2009 a Dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Agrupados para esta análise entre aqueles que realizaram o procedimento por via Convencional ou por via Laparoscópica. A indicação da via laparoscópica foi baseada na disponibilidade de material e equipe para realização do procedimento no dia agendado para a cirurgia. O padrão do tratamento pelo SUS é a via aberta. Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, o suporte destas análises foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: No período do estudo foram realizadas 415 prostatectomias radicais, destas a maioria 384 foram realizadas por via Convencional (Aberta). Apesar do pequeno número de casos realizados via laparoscópicas (31), o perfil pré-operatório é semelhante, e as diferenças entre o volume de indicação aconteceu de maneira aleatória. Variáveis que não demonstraram diferença estatística significante na comparação entre os grupos: idade, IMC, risco anestésico (ASA), Gleason, PSA, margens cirúrgicas livres, invasão de vesículas seminais, complicações (até 30 dias), necessidade de hemotransfusão. O tempo cirúrgico foi significativamente menor na via convencional, com 150 minutos de média. Por outro lado, a via Laparoscópica teve menor tempo de internação, e menor tempo de sondagem vesical, com uma diferença significante do ponto de vista estatístico. A incontinência em até 30 dias também foi um fator favorável a técnica minimamente invasiva. Porém quando avaliamos incontinência a longo prazo (1 ano) não houve diferença entre os grupos. Quando falamos em disfunção erétil, tanto a curto como longo prazo não encontramos diferenças entre as técnicas. A sobrevida em 5 anos não apresentou diferença do ponto de vista estatístico, porém o grupo da Via Laparoscópica apresentou uma tendência superior.</p> <p>CONCLUSÕES: A técnica laparoscópica apresentou menor taxa de complicação pós-operatória, apesar de maior tempo cirúrgico. Disfunção urinária precoce foi menor nos pacientes operados por via laparoscópica.</p>

TL 246	TL 247
<p>CÂNCER DE RIM. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ANÁLISE DOS CASOS TRATADOS NO PERÍODO DE 2010 A 2014.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Phillipe Abreu, Guilherme Augusto Polaquini, Jaime Quirino Caon Nobre, Silvio Ivo Testa, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Kerle Wannlen Campos Silva Araujo, Thamyle Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar os dados coletados e processados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner no período de 2010 até 2014 referentes aos pacientes portadores de câncer de rim admitidos e tratados na instituição. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner realiza coleta de dados contínua e sistemática desde a admissão do paciente até o seguimento por no mínimo 5 anos, produz relatórios frequentes. A presente amostra foi obtida no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2014. Os casos classificados como analíticos foram coletados do prontuário único do paciente. Apresentamos a série histórica de cinco anos do RHC-HEG, utilizando o sistema desenvolvido pelo INCA – SisRHC, versão 3.2. O sistema gera tabelas de frequência absoluta e relativa, auxiliado pelo programa SPSS para a análise de dados. A determinação do tempo de sobrevida foi avaliada, em meses. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método descrito por Kaplan-Meier. As diferenças estatísticas foram testadas pelo teste de Log-Rank.</p> <p>RESULTADOS: Foram admitidos 173 casos de câncer de rim no período de 2010 a 2014. Sendo a distribuição por sexo 93 (53,8 %) homens e 80 (46,2%) mulheres. A procedência de 87,4 % da área rural. A distribuição por idade mostrou um pico de incidência entre 60 até 69 anos. O tipo histológico mais frequente foi o 43,9 % Carcinoma de Células Renais, seguido de adenocarcinoma de células claras, 33,5%. O estadiamento, baseado no TNM (UICC), apresentou a seguinte distribuição, 5,5 % eram estágio clínico I, 21,7 % eram estágio clínico II, 21,4 % eram estágio clínico III, 34,4 % eram estágio clínico IV, 17,0 % dos pacientes foram não estadiáveis e ou ignorados. Quanto ao tipo de tratamento realizado na instituição, 67,6 % foram submetidos à cirurgia. Ao final da primeira fase do tratamento (média de 8 meses), 66,4 % dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global média em dois e cinco anos foi de 91 % e 60 % respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: A maioria dos pacientes apresentava tumores estágio clínico II e III, sendo o tratamento mais empregado o operatório, estando vivos ao término do tratamento proposto aproximadamente 66 %. Nos últimos anos notamos um aumento da porcentagem de cirurgias, reflexos do aumento de suporte tecnológico e do aumento do diagnóstico em estádios que permitem este tipo de tratamento, que é o que proporciona melhores chances de cura.</p>	<p>Sobrevida pós-nefrectomia por câncer de rim: análise multivariável de 74 pacientes operados.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Ronald Kool, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Julia Goginski, Thamyle Moda Santana Rezende, Danilo Saavedra</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os resultados cirúrgicos e oncológicos das nefrectomias realizadas para tratamento de tumores renais, estabelecendo fatores de riscos para o procedimento cirúrgico e fatores prognósticos para a sobrevida global.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com Tumores Renais a Nefrectomia durante o período de jan-2010 a Nov--2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, o suporte destas análises foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: A idade mediana do grupo foi 63 anos, a maioria dos pacientes apresentavam bom estado geral, Performance Status 0 e 1 em 68 (91,9%) casos. O IMC médio foi de 27,20 kg/m². Do grupo de pacientes apresentavam histórico de tabagismo 42,6%, história familiar de cancer 39,2%. O tamanho mediano do tumor renal foi de 6,7 cm. O achado foi incidental em 63% dos casos. A principal: queixa foi hematuria, que aconteceu em 24,3%. Os principais tipos histológicos encontrados foram células claras 59 (79,7%), papilífero 10(13,5%). O Estádio Clínico I foi o mais comumente encontrado com 44 (59,5%) dos pacientes. Apesar disso em 21 (30,9%) pacientes encontramos invasão vascular. Por este motivo a Nefrectomia total foi o procedimento mais comum, Nefrectomia Parcial foi realizada em 16 (21,6%) pacientes. Houve Adrenalectomia associada em 12 (16,4%) casos. Necessidade de hemotransfusão em 11 (14,9%) pacientes. O tempo cirúrgico mediano foi de 180 minutos. Complicações graves aconteceram em 9 (12,2%) casos, necessitando de 2 reoperações. O estudo mostrou uma sobrevida global de 32,43% em 5 anos e sobrevida livre de doença de 31,08% em 5 anos. Foram considerados fatores de pior prognóstico a elevação da creatinina, pior grau de diferenciação. Já foram considerados fatores de bom prognóstico o achado incidental do tumor, e presença de hematuria.</p> <p>CONCLUSÕES: O tumor renal afeta pacientes mais velhos e predomina no sexo masculino. O estudo também mostrou a importância da análise da elevação da creatinina. O achado incidental do tumor e a presença de hematuria como sinal de alerta mostram-se como fatores protetores em relação a sobrevida</p>
<p>TL 248</p> <p>NEFRECTOMIA RADICAL E NEFRECTOMIA PARCIAL NO CÂNCER RENAL: QUAL O BENEFÍCIO?</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Murilo Almeida Luz, Raphaella Ferreira, Nickson Dalla Giustina, Thatiane Litenski, Danilo Saavedra Bussyguin, Guilherme Augusto Polaquini</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar comparativa e retrospectivamente o desfecho cirúrgicos e oncológicos de pacientes com câncer renal submetidos a Nefrectomia Radical e Nefrectomia Parcial.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com Tumores Renais submetidos a Nefrectomia durante o período de jan-2010 a Nov--2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. A análise foi comparativa entre os grupos que foram submetidos a Nefrectomia Radical com o grupo submetido a Nefrectomia poupadora de nefrons (Nefrectomia Parcial). Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, o suporte destas análises foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 74 pacientes, dos quais 16 foram submetidos a nefrectomia parcial e 58 a nefrectomia radical. Os pacientes foram operados tanto por cirurgia aberta quanto por via laparoscópica sendo, por esta última, 31,30% das nefrectomias parciais e 19,00% das nefrectomias radicais. Um dos pontos mais marcantes na avaliação do desfecho cirúrgico foi o tamanho do tumor, já que nas cirurgias radicais, os pacientes apresentavam tumores significativamente maiores ($p < 0.001$). Essas cirurgias também resultaram em um maior número de complicações pós-operatórias graus 3, 4 e 5 de Clavien-Dindo, enquanto os pacientes que tiveram somente o tumor retirado não apresentaram nenhuma complicação nestes graus ($p = 0.03$). Os pacientes submetidos a nefrectomia radical apresentaram um tempo médio de internação em enfermaria maior do que os pacientes submetidos a nefrectomia parcial ($p = 0.02$). Esses achados, no entanto, não se traduziram em diferença significativa na sobrevida global média em ambos os grupos ($p = 0.26$). Esse dado reforça o que tem sido discutido recentemente na literatura de que, apesar da maior incidência de complicações, a nefrectomia radical não está associada a aumento da mortalidade.</p> <p>CONCLUSÕES: A nefrectomia parcial é uma alternativa de tratamento segura no carcinoma renal e está associada a menor complicações e menor tempo de internação. É importante ressaltar que o tamanho do tumor torna seu uso limitado. Além disso, apesar dos problemas encontrados na nefrectomia radical, não houve diferença significativa na sobrevida global média nos grupos analisados</p>	<p>TL 249</p> <p>Nefrectomia laparoscópica apresenta menor tempo de internação e menos complicações cirúrgicas: análise dos casos operados pelo SUS em uma única instituição.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Jônatas Luiz Pereira, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Thatiane Litenski, Thamyle Moda Santana Rezende, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar comparativa e retrospectivamente o desfecho cirúrgico de pacientes com câncer renal submetidos a nefrectomia aberta e via laparoscópica em um hospital especializado em Câncer de Curitiba.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com Tumores Renais a Nefrectomia durante o período de jan-2010 a Nov--2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. A análise foi comparativa entre os grupo que foi submetido a nefrectomia via aberta com o grupo submetido a procedimento minimamente invasivo (Nefrectomia Vídeo Laparoscópica). Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, o suporte destas análises foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados os desfechos de 74 pacientes, 16 dos quais foram submetidos a nefrectomia via laparoscópica, sendo os 58 restantes submetidos a cirurgia aberta. A maioria dos casos referem-se a nefrectomias radicais, correspondendo a 68.80% dos casos de nefrectomias laparoscópicas e 81.00% das nefrectomias abertas. Em 21.10% dos casos de cirurgias abertas ocorreram adrenalectomias associadas, fato que não ocorreu pela via laparoscópica ($p = 0.04$). O número de complicações pós-operatórias grau 3, 4 e 5 de Clavien-Dindo também foi significativamente maior no grupo de cirurgias abertas, ocorrendo em 15.50% dos casos, enquanto o grupo submetido a laparoscopia não apresentou complicações nesses graus ($p = 0.03$). Estes achados são condizentes com os encontrados por outros autores, cujos resultados mostram que pacientes submetidos a cirurgias minimamente invasivas apresentam um número menor de complicações e, geralmente, necessitam de menor quantidade de transfusão de concentrado de hemácias. O desfecho pós-operatório pode ser analisado, também, pela avaliação do tempo de internação em dias, que foi maior em pacientes submetidos a cirurgia aberta ($p = 0.02$), e pelo tempo de internação em UTI, recurso que não foi necessário para os pacientes submetidos a nefrectomia laparoscópica ($p = 0.01$).</p> <p>CONCLUSÕES: Nosso estudo aponta que a cirurgia minimamente invasiva no câncer renal está associada a menores complicações graves, e menor tempo de internação em enfermaria e UTI. Dessa forma, a cirurgia laparoscópica desponta como uma alternativa de tratamento segura e efetiva para este tipo de câncer.</p>

TL 250	TL 251
<p>ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O ESTADIAMENTO DE CANCER DE PRÓSTATA POR IMAGEM (PI-RADS) E O ESCORE DE GLEASON</p> <p>Fernando Meyer, Fernanda Girardi, Guilherme Orlandini Abilas, Luciana Kim Nishimura, Conrado Sanson Tupich, Leandro Colita de Castro</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer de próstata é o câncer mais incidente na população masculina, excluindo-se o câncer de pele não-melanoma. Sua sobrevida está diretamente relacionada com a extensão do tumor no momento diagnóstico, dando-se cada vez mais importância aos métodos de avaliação destes. Entre eles, destacam-se o Escore de Gleason, baseado no padrão histológico, o método por Ressonância Magnética PI-RADS e a escala de graduação ISUP. Com eles, busca-se a habilidade de encontrar com acurácia lesões clinicamente significativas, verificar extensão da doença ao diagnóstico e caracterizar risco de progressão futura. O seguinte estudo objetiva analisar a Ressonância Magnética na escala PI-RADS e relacionar a uma significância comparativa ao Escore de Gleason obtido no exame anatomopatológico.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo com análise de prontuários de 64 pacientes diagnosticados com câncer de próstata do Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba, admitidos entre 2014 e 2017. As variáveis analisadas foram: Escore de Gleason, PI-RADS, PSA e idade. Os seguintes pacientes foram divididos em grupos conforme a classificação PI-RADS e ISUP, realizando-se a comparação entre altos valores e baixos valores para cada exame.</p> <p>RESULTADOS: A idade média foi de 63,2 anos e a divisão dos pacientes se deu da seguinte maneira: 8 pacientes PI-RADS 2 ou 3, 56 pacientes PI-RADS 4 ou 5, 58 pacientes ISUP 1,2 ou 3 e 6 pacientes ISUP 4 ou 5. Correlacionando os dados observou-se um baixo Valor Preditivo Positivo (8,9%) do PI-RADS, em contrapartida, um alto Valor Preditivo Negativo (87,55%) do mesmo. Também se observou uma alta sensibilidade (83,33%) e uma baixa especificidade (12,1%) desse exame.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes com PI-RADS baixo, na maioria dos casos, estarão relacionados a um ISUP de baixo grau, e pacientes com PI-RADS elevado possuem 5,6% de chance de apresentar um ISUP de alto grau.</p>	<p>A ASSOCIAÇÃO DE DIFERENTES TERAPIAS E A MELHOR OPÇÃO PARA O TRATAMENTO DA ENURESE NOTURNA?</p> <p>Karine Furtado Meyer, Samantha Nagasaki Soejima, Erika dos Santos Vieira, Tais Rodrigues Gasparini, Mariane Ritter Wodiani, Luiz Gonzaga de Freitas Filho, João Augusto dos Reis Guerra, Ana Carolina Fleig</p> <p><i>Hospital Santo Antônio e Hospital Santa Isabel - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: Enurese noturna é definida como a perda involuntária de urina durante o sono. Há três mecanismos envolvidos responsáveis por esta condição: poliúria noturna, hiperatividade do detrusor e distúrbio do sono. Objetivo: Comparar a eficácia da fisioterapia urológica e neuromodulação parasacral com biofeedback e eletromiografia associada ao uso de oxibutinina para tratamento da enurese noturna.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo controlado, não-cego, prospectivo e randomizado. É composto por 82 crianças entre 5 e 14 anos de idade, de ambos os sexos, atendidas em ambulatório de urologia pediátrica. Para o diagnóstico da enurese, os critérios utilizados foram: a idade superior a 5 anos, com pelo menos dois eventos de urina durante o sono em um mês entre cinco e seis anos de idade, ou um ou mais eventos após a idade de seis. Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: Grupo 1: uso de oxibutinina 0,2 mg/kg de 12/12 horas e Grupo 2: uso de oxibutinina 0,2 mg/kg de 12/12 horas + fisioterapia urológica com neuromodulação (SNM) e biofeedback. Os dados foram avaliados de acordo com a ICCS. Para análise estatística as variáveis contínuas foram analisadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado. O teste exato de Fisher foi utilizado para comparação de dados categóricos. Os resultados foram considerados estatisticamente e significante em $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: As crianças que fizeram oxibutinina com fisioterapia evoluíram melhor que as que receberam a droga sozinha. O grupo que realizou fisioterapia 88,9% das crianças apresentaram alguma melhora contra 62,6% do grupo que não realizou.</p> <p>CONCLUSÕES: Em nosso trabalho os dados demonstram que pacientes que realizaram fisioterapia com biofeedback e estimulação para sacral por 12 semanas tiveram taxa de cura e melhora parcial maiores que no grupo que apenas utilizou oxibutinina e terapia comportamental. Esse resultado foi encontrado tanto em pacientes com enurese monossintomática quanto os com enurese não monossintomática.</p>
<p>TL 252</p> <p>A IDADE NO MOMENTO DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA E O RISCO DE COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS</p> <p>Karine Furtado Meyer, Adriana De Sousa Rós, Amanda Blanski De Castro, João Augusto Dos Reis Guerra, Leonardo Getulio Piovesan, Ana Carolina Fleig, João Victor Mendes, Raquel Bittencourt Catto</p> <p><i>Hospital Santo Antonio e Hospital Santa Isabel - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Com a incidência de 1 a cada 250-300 nascimentos, a hipospádia é uma das anomalias congênitas urológicas mais comuns. O único tratamento para sua correção é a Cirurgia, a qual possui função tanto estética como funcional. Complicações pós-operatórias associadas à reconstrução peniana são evidentes. A mais comum é a persistência da curvatura anormal do pênis (chordee), seguida da fistula uretrocutânea e da deiscência da neouretra. Entretanto, estudos recentes têm demonstrado que a realização da cirurgia em idades precoces pode reduzir tais complicações. Objetivo: Avaliar as complicações pós-operatórias presentes em pacientes que são submetidos à correção da hipospádia. Além disso, serão realizadas comparações em relação à idade da primeira cirurgia, o tipo de técnica adotada e a necessidade de reoperação.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado no período de 1998 a 2015, com 119 pacientes submetidos à cirurgia de correção de hipospádia por uma única cirurgia urológica pediátrica pelas técnicas de MAGPI e TIP, sendo 51 e 68 pacientes respectivamente. A prevalência das complicações como fistula, estenose de meato, alteração da posição do meato, deiscência de glândula, retrações/cicatizes entre outras foi avaliada através de questionário. Os dados foram organizados em tabelas descritivas, constituídas de medidas como frequência absoluta e frequência relativa percentual das variáveis propostas.</p> <p>RESULTADOS: De todos os pacientes analisados, 76,5% não apresentaram complicações. De acordo com a idade da primeira cirurgia, 13 pacientes (35,14%) apresentaram complicações entre os menores de 18 meses, 7 pacientes (18,92%) na faixa etária de 18 a 36 meses e 17 pacientes (45,95%) nos maiores de 36 meses. O grupo de pacientes que mais realizou cirurgias para correção de uma complicação foi o dos maiores de 36 meses. A complicação mais encontrada foi a fistula uretral em 11,7% dos pacientes. No que se refere ao número de complicações ocorridas por paciente podemos afirmar que na técnica de MAGPI, os pacientes tiveram menos complicações (entre 0 e 2 complicações), ao passo que na técnica de TIP os pacientes desenvolveram um número maior (entre 3 ou mais).</p> <p>CONCLUSÕES: As taxas de complicações no pós-operatório de hipospádia atingiram um índice de 23,5%, sendo que destes pacientes alguns necessitaram de reintervenção (27,7%). A técnica de TIP teve índice de complicações maior do que a técnica de MAGPI. A hipospádia peniana distal foi a que apresentou maiores taxas de complicações. Os pacientes com menores complicações foram estavam na faixa etária entre 18 e 36 meses.</p>	<p>TL 253</p> <p>GASTRECTOMIA VERTICAL E BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX: ANÁLISE COMPARATIVA DE ENSAIOS CLÍNICOS DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS</p> <p>Laís Nóbrega Vieira, Hiago Dantas Medeiros, Tobias Sampaio, Lyndon Johnson Serra Junior, Adriano Dias Trajano</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os dois principais procedimentos cirúrgicos realizados na cirurgia de obesidade, gastrectomia vertical (GV) e bypass gástrico em Y de Roux (BGYR), através da análise da literatura de ensaios clínicos publicados nos últimos cinco anos, levando em consideração o tratamento mais eficaz na perda de peso, remissão da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), diabetes melitos tipo 2 (DM2), dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica (HAS), necessidade de novas intervenções e melhora na qualidade de vida. A relevância do estudo diz respeito ao aumento na prevalência da obesidade internacionalmente, vindo a necessitar de tal intervenção cirúrgica, a qual vem evoluindo nas suas técnicas com boa repercussão nos seus resultados. Entre esses procedimentos, o BGYR é mais tradicional, enquanto a GV é uma técnica desenvolvida mais recentemente, com eficiência comprovada para ambos.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando o banco de dados PubMed. Como critérios de inclusão na amostra foram considerados apenas ensaios clínicos sobre o tema, sendo publicados entre 2014 e 2018. O descritor empregado na pesquisa foi "sleeve gastrectomy" associado com "Roux-Y-Gastric bypass". Assim, a busca resultou em um total de 72 artigos, dos quais 22 artigos foram excluídos por não possuírem arquivo digital disponível na base e 34 por não abordar os aspectos desejáveis para a análise. Desse modo, a amostra da presente revisão foi composta por 16 artigos.</p> <p>RESULTADOS: Dentre todas as produções selecionadas (n=16), 62,5% (n=10) foram publicados no Obesity Surgery Journal. A média de idade dos participantes foi de 41,6 anos ($\pm 35,2-48,6$) e a média de IMC dos envolvidos foi de 41,6 Kg/m² ($\pm 30,5-50$). Considerando os artigos que compararam a perda de peso (n=16), 68,8% (n=11) mostraram superioridade estatística do BGYR com tempo variado para esse resultado (1, 2, 3, 4 e 5 anos) e os demais não evidenciaram diferença estatística. Dos estudos que avaliaram detalhadamente a DRGE (n=4), 100% indicaram piora após GV. Em relação à remissão do DM2 (n=11), 81,8% (n=6) não apresentaram diferença estatística e os demais foram favoráveis ao BGYR. Quanto à remissão da dislipidemia (n=9), 66,7% (n=6) mostraram superioridade estatística do BGYR, sendo os demais estudos sem diferença estatística. Das análises da remissão da HAS (n=10), 100% não tiveram diferença estatística, mas com melhora para ambos procedimentos. Em relação ao índice de intervenção e/ou reoperação (n=10), 50% demonstraram pior resultado com o BGYR e 50% sem diferença estatística. Sobre a qualidade de vida (n=11), 100% não tiveram diferença estatística.</p> <p>CONCLUSÕES: Partindo dessa análise, conclui-se que ainda não há uma superioridade absoluta de nenhum dos procedimentos comparados quanto a eficiência terapêutica para a obesidade. Até então, o BGYR se mostrou superior estatisticamente em alguns aspectos, mas maiores pesquisas sobre a GV são necessárias, visto que já apresenta bons resultados em pouco tempo de aplicação.</p>

TL 254	TL 255
<p>ALTERAÇÕES NO PERFIL LIPÍDICO E NA HOMEOSTASE GLICÊMICA APOS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX</p> <p>Pedro Freire Guerra Boldrin, Cristiano Mendonça Sarkis, Bruno Justiniano Vieira Paixão, Nara Andrade Freitas, Fernanda Oliveira Feitosa Castro, Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva, Irmautra Araci Hoffmann Pfrimer, Vicente Guerra Filho</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar as alterações no índice de massa corporal, colesterol total e frações, triacilglicerol, glicemia de jejum e hemoglobina glicosada após BPGYR em pacientes com obesidade.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, que compreende o período de janeiro de 2002 a dezembro de 2018. Foi feita a revisão de 118 prontuários de pacientes submetidos ao BPGYR. Foram analisados o IMC (índice de massa corporal) e os níveis séricos de glicemia de jejum, hemoglobina glicosada (HG), colesterol total (CT), LDL, HDL e triacilglicerol (TA), antes e após a cirurgia bariátrica. As amostras foram separadas em quatro grupos: até um ano; maior que um ano e menor ou igual a três anos; maior que três anos e menor ou igual a cinco anos; e maior que cinco anos após o BPGYR. As cirurgias foram realizadas no Hospital Santa Terezinha, Rio Verde, Goiás.</p> <p>RESULTADOS: Notou-se diminuição do IMC pós-operatório em relação ao pré-operatório nos quatro grupos avaliados, de acordo com tempo de cirurgia ($p < 0,0001$). Os níveis prévios de CT também apresentaram diminuição em comparação àqueles subsequentes, com p-valores, respectivamente, de: 0,019; $< 0,0001$; 0,0004; e 0,0006. Em relação ao HDL, houve aumento após o bypass gástrico nos últimos três intervalos de tempo avaliados (respectivamente, $p = 0,039$; 0,0003; e 0,0006). O LDL, por sua vez, apresentou diminuição também nos últimos três intervalos de avaliação (com p-valores respectivos de 0,006; 0,0008; e $< 0,0001$). De forma semelhante, o TA mostrou-se também diminuído no pós-operatório, com significância estatística nos três primeiros momentos de avaliação, com valores de $p = 0,0008$; $< 0,0001$; e $< 0,0001$. Em relação às concentrações plasmáticas de glicose e HG, constatou-se redução pós-cirúrgica estatisticamente significativa de ambas nos dois primeiros grupos. Já no terceiro grupo de avaliação, a validação estatística deu-se exclusivamente para a glicemia ($p = 0,0006$).</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de todos as variáveis analisadas terem evoluído positivamente no pós-cirúrgico, houve variação quanto à significância estatística para cada uma delas de acordo com os grupos amostrais. O IMC e o CT apresentaram redução nos quatro grupos avaliados de acordo com o tempo de cirurgia. O aumento do HDL e a diminuição do LDL ocorreu significativamente nos três últimos intervalos de tempo, o que permite concluir que o efeito da bariátrica sobre o metabolismo dessas lipoproteínas e, possivelmente, sobre seus efeitos relacionados à aterogênese são mais tardios. Entretanto, a hipótese carece de estudos mais específicos. O TA se mostrou diminuído no pós-operatório nos três primeiros períodos. Por fim, a glicemia e a HG sofreram redução significativa nos dois primeiros grupos, apesar da glicemia ter obtido também o mesmo resultado no terceiro grupo. Assim, conclui-se que o BPGYR foi eficaz no controle dos distúrbios glicêmicos e lipídicos pesquisados, retificando, portanto, os efeitos metabólicos sistêmicos desse tipo de cirurgia.</p>	<p>HERNIA DE PETERSEN: UMA MANEIRA SIMPLES PARA O DIAGNOSTICO ENVOLVENDO A ALÇA BILIOPANCREÁTICA</p> <p>Carlos Alberto Perim, Marcelo Arimateia esteves Guedes, Marcus Flávio Carvalho Carvalho, Polibio Guedes Ferreira Lopes, Tinzia Márcia Alves Carvalho, Romeo Lages Simões</p> <p><i>1-Hospital São Lucas-Governador Valadares-Minas Gerais, Brasil. 2-Universidade Federal de Juiz de Fora(UFJF) Campus Governador Valadares-Minas Gerais. 3-Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). 4-Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV)-MG - Governador Valadares - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Propor um novo método simples e de fácil acesso para o diagnóstico rápido e seguro da hérnia de Petersen envolvendo a alça biliopancreática.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal – descritivo – analítico, realizado no período de Fevereiro de 2016 a dezembro de 2017, que visa descrever uma proposta de método para o diagnóstico da hérnia de Petersen em pacientes submetidos a Gastroplastia em Y-Roux (Bypass Gastrointestinal). O novo método consiste em fixar dois cliques metálicos no mesentério do jejuno a 10 cm do ângulo de Treitz, que assim, ficam posicionados à esquerda da coluna vertebral. Os cliques são facilmente visualizados através de raio X simples ou tomografia computadorizada de abdome. Ocorrendo hérnia de Petersen, os cliques serão vistos à direita da coluna vertebral, confirmando o diagnóstico.</p> <p>RESULTADOS: Entre os 165 pacientes em que o método proposto foi utilizado, 19 pacientes (11,5%) apresentaram dor abdominal e retornaram ao pronto socorro para reavaliação de urgência, sendo submetidos a estudos de imagem (radiografia de abdome e tomografia de abdome). Em um único paciente constatou-se a hérnia de Petersen através do método proposto por visualização do Rx de Abdome, assim como excluiu-se o referido diagnóstico pelo mesmo método de avaliação.</p> <p>CONCLUSÕES: É um método muito simples que permite assegurar o diagnóstico precoce de hérnia de Petersen envolvendo a alça biliopancreática.</p>
<p>TL 256</p> <p>AValiação DA GASTRECTOMIA VERTICAL COMO CIRURGIA BARIATRICA DE ESCOLHA EM PACIENTES COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO</p> <p>Ray Costa Portela, Bernardo D'Ávila Castro Borges, Ítalo Nunes Vieira, Louizi Oliveira Souza, Anna Martins Carvalho, Leandra dos Reis Nunes, Orlando Pereira Faria, Sílvia Leite Faria</p> <p><i>Gastrocirurgia de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os efeitos da gastrectomia vertical na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo embasado na análise de 31 prontuários de pacientes da Clínica Gastrocirurgia de Brasília. Os critérios de inclusão foram pacientes submetidos a Sleeve gástrico e com DRGE pré-operatória clínica ou confirmada por endoscopia digestiva alta (EDA). Os dados foram analisados por meio de modelos de análise de variância para medidas repetidas.</p> <p>RESULTADOS: A partir das análises estatísticas, evidenciou-se que os pacientes avaliados permaneceram sem melhora clínica da DRGE no pós-operatório. Ademais, constataram-se modificações no padrão endoscópico, o qual passou a apresentar caráter de maior gravidade. Notou-se também maior uso de medicamentos inibidores da bomba de prótons (IBPs) entre os pacientes avaliados.</p> <p>CONCLUSÕES: A gastrectomia em Sleeve não esteve associada à melhora clínica da DRGE. Relacionou-se também à piora do padrão endoscópico e, por sua vez, ao maior uso de medicamentos. Dessa forma, é importante que as implicações gastroesofágicas dessa técnica sejam consideradas na escolha da cirurgia bariátrica em questão.</p>	<p>TL 257</p> <p>PADROES ANATOMICOS PARA A TECNICA CIRURGICA DO BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX</p> <p>Luan Mateus Rodrigues Sousa, Francisco Danies Nunes Cruz, Artur Neves Cardoso, Evelyn Karolayne Bispo Andrade, Manuelli Antunes da Silva, José Aderval Aragão, Lucas Figueredo Moura</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar as nuances da técnica cirúrgica do bypass gástrico em y-de-roux, bem como as características morfológicas do estômago e intestino após o procedimento cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Consiste numa revisão bibliográfica baseada em artigos científicos de acesso livre na base de dados BIREME, no qual foi utilizado como palavra chave o termo "bypass gástrico em y-de-roux", para pesquisa de artigos de texto completo, escritos em língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2014 e 2019, e com assunto principal anastomose em Y-de-roux. Após a leitura e análise dos resumos dos 47 artigos encontrados, foram incluídos os artigos que abordavam sobre a técnica cirúrgica e os aspectos morfológicos pós-cirúrgicos. Foram descartados do presente resumo aqueles que não explanavam integralmente acerca desse assunto.</p> <p>RESULTADOS: O bypass gástrico consiste num tipo de cirurgia bariátrica, cuja técnica de abordagem cirúrgica por via aberta se dá através de uma incisão mediana superior, que permite acesso a cavidade peritoneal, local em que, auxiliado por afastadores autostáticos, o cirurgião busca pelo ponto de referência do ângulo duodenojejunal, visto que aproximadamente a 100cm distais ao ângulo, existe uma porção do jejuno que detém considerável frouxidão, além de que a ramificação dos vasos nessa região permite um bom suprimento sanguíneo mesentérico arterial e venoso, essenciais para situar a alça de roux, e é justamente nessa região onde será determinado o ponto da enteroenteroanastomose terminolateral, anastomose essa que perfaz o y-de-roux, resultando em dois segmentos intestinais: a alça biliopancreática e a outra porção, que será levada para fazer anastomose com a bolsa gástrica. A delimitação da bolsa gástrica superiormente deve ser feita com cautela, grameando as regiões imediatamente adjacentes a curvatura menor do estômago, de forma que diminui consideravelmente os riscos de lesão do pedículo neurovascular presente na região. Os grameamentos devem ter topografia criteriosamente semelhante a cárdia do estômago. Por último, se faz a anastomose gastrojejunal terminolateral, onde todos os grameamentos são sobressuturados. A patência da anastomose da extremidade da alça do Y-de-Roux é testada instilando-se azul de metileno para dentro da bolsa gástrica e exercendo leve pressão. Há dois defeitos mesentéricos que devem ser ocluídos, o 1º perto da enteroenterostomia e o 2º onde a alça do Y de Roux passa no mesocólon transversal.</p> <p>CONCLUSÕES: O Bypass gástrico em y-de-roux, consiste numa técnica cirúrgica para tratamento cirúrgico da obesidade, sendo uma das mais realizadas no Brasil e no mundo, visto que é uma técnica que reúne mecanismos importantes para a perda de peso em longo prazo, pois gera uma saciedade precoce, o que facilita no controle de algumas doenças associadas a obesidade, além de ser uma opção técnica factível e segura, que tem baixo índice de complicações, fácil reprodutibilidade e aplicabilidade no cotidiano de cirurgiões.</p>

TL 258	TL 259
<p>DIAGNOSTICO DA ESTEATO-HEPATITE NAO-ALCOOLICA (EHNA) EM PACIENTES OBESOS MORBIDOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA.</p> <p>Thais Lucena Reis, Lucas Soares de Aguiar, Maylon Rudney Ferreira de Sousa, Ronaldo Mafía Cuenca, Alessio Cervantes Sartorelli, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Henrique Horta Barbosa Filgueiras Pohl</p> <p><i>Universidade de Brasília e Instituto Brasileiro do Aparelho Digestivo - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Diagnosticar Esteato-Hepatite Não-Alcoólica nos pacientes obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, de forma a demonstrar o achado de biópsia hepática intraoperatória com diagnóstico mais grave do que o resultado da ecografia.</p> <p>MÉTODO: Estudo com 46 pacientes obesos mórbidos (IMC>40 ou >35 associado à comorbidades), de ambos os sexos (37 do sexo feminino), submetidos à cirurgia da obesidade, sendo todos os procedimentos realizados pela mesma equipe cirúrgica, com pacientes dos serviços público e privado, no período compreendido entre 21/11/2018 e 30/01/2019. Desses pacientes, 45 apresentavam ecografia no pré-operatório e, destes, 33 realizaram a biópsia hepática intraoperatória. Os dados da ecografia de abdome realizada antes do procedimento cirúrgico foram contrastados com os achados da biópsia intraoperatória do fígado. Foi utilizado o critério histopatológico das Sociedades Brasileiras de Hepatologia (SBH) e Patologia (SBP) para diagnóstico de EHNA.</p> <p>RESULTADOS: Entre os pacientes com ecografia normal, 14.29% apresentaram alterações histopatológicas em graus considerados detectáveis com precisão por exames de imagem (>33% de depósito gorduroso, de acordo com a Organização Mundial de Gastroenterologia) e 64.29% apresentaram algum grau de esteatose hepática (>5% de depósito gorduroso, de acordo com os padrões SBH/SBP). Entre os pacientes com alterações ecográficas indicando esteatose, 57.89% apresentaram graus de esteatose considerados na faixa de imprecisão dos exames de imagem (<33% de depósito gorduroso) e 21.05% apresentaram grau de esteatose dentro dos padrões de normalidade (<5% de depósito gorduroso). Já em relação à presença de EHNA, de acordo com os critérios da Sociedade Americana para Estudo do Fígado, 21.43% dos pacientes com ecografia normal e 52.63% dos pacientes com ecografia alterada tinham EHNA à histopatologia. Por fim, foi constatado que 72.73% dos pacientes obesos mórbidos estudados apresentaram algum grau de esteatose hepática e 39.39% possuíam EHNA. Em outra perspectiva, ao comparar os critérios da Associação Americana para Estudo do Fígado e o escore NAS para diagnóstico de EHNA, foi constatado que o segundo foi capaz de diagnosticar metade dos pacientes em relação ao primeiro.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste trabalho percebeu-se a imprecisão do exame ecográfico quanto à detecção de alterações gordurosas no fígado, já que aproximadamente 2/3 dos pacientes com ecografia de laudo normal apresentaram algum grau de alteração esteatótica à histopatologia, além da alta taxa de exames ecográficos realizados com baixa precisão diagnóstica. Foi possível ainda demonstrar uma relação íntima entre a doença gordurosa hepática e a obesidade mórbida, de modo que mais de 70% dos pacientes obesos mórbidos desta amostra tinham esteatose hepática e aproximadamente 40% apresentaram EHNA. No que diz respeito aos critérios para diagnósticos de EHNA, este estudo reafirma o achado de outros trabalhos de que o escore NAS não deve ser utilizado para diagnóstico</p>	<p>IMPACTOS DA CIRURGIA METABOLICA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2</p> <p>Ray Costa Portela, Ítalo Nunes Vieira, Louizi Oliveira Souza, Anna Martins Carvalho, Leandra dos Reis Nunes, Bernardo Castro Borges, Orlando Pereira Faria, Sílvia Leite Faria</p> <p><i>Gastrocirurgia de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar variáveis metabólicas no pós-operatório de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 submetidos ao bypass gástrico e a influência deste na regressão da diabetes.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, quantitativo e observacional com base na análise e revisão de 150 prontuários da clínica Gastrocirurgia de Brasília. Foram utilizados como critérios de seleção pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, com hemoglobina glicada > 6,5% ou glicemia de jejum >100 mg/dL, submetidos à cirurgia metabólica. As variáveis estudadas foram IMC, glicemia de jejum, hemoglobina glicada triglicérides, colesterol e frações.</p> <p>RESULTADOS: Observou-se uma redução significativa de parâmetros metabólicos, como peso, IMC, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total, triglicérides e LDL em até 24 meses, inclusive com diminuição da necessidade terapêutica de insulina. Além disso, constatou-se aumento considerável dos valores de HDL em comparação com o período pré-operatório, inclusive a longo prazo, o que está associado a um menor risco cardiovascular. O uso ou não do medicamento metformina e sua correlação com o percentual de perda de peso não foi relevante estatisticamente. Vale ressaltar também o impacto da cirurgia bariátrica na perda de peso que é um dos fatores de risco para o DM2.</p> <p>CONCLUSÕES: As alterações observadas no decorrer do período pós-cirúrgico corroboram para a hipótese que a cirurgia metabólica auxilia no controle da DM2, quando tratada a doença metabólica leva a um menor risco cardiovascular.</p>
<p>TL 260</p> <p>IMPACTOS NA ABSORÇÃO DE FÁRMACOS APOS BYPASS GÁSTRICO - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</p> <p>Emilly Tais de Souza Rodrigues, Marcelo Regis Lima Corrêa, Marveen Victor de Carvalho e Santos, Ana Julia de Medeiros Fernandes, Kislila Gondim Barreto, Kamila de Deus Passos Leles, Emilli Lorraine Bertão Vieira, Ivan Gregório Ivankovics</p> <p><i>Centro Universitário São Lucas - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A técnica do Bypass Gástrico é o procedimento cirúrgico indicado para o tratamento da obesidade mórbida e, atualmente, o mais realizado. Porém, altera a anatomia e a fisiologia do trato gastrointestinal, podendo interferir na absorção de medicamentos. O objetivo deste estudo é analisar os impactos do Bypass na absorção de fármacos através de estudos disponíveis, visando compreender de que forma a farmacocinética e a farmacodinâmica de drogas pode ser afetada.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura. Para tanto, realizou-se busca eletrônica no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo as obras dos bancos de dados Medline, LILACS e Scielo. Foram utilizados os MeSH/DeCS Terms "Gastric Bypass", "Pharmaceutical Preparations", "Pharmacology" e "Absorption". Incluíu-se estudos a partir de 2008, em inglês, espanhol e português e que estivessem disponíveis na íntegra. Além disso, foram incluídos nesta obra aqueles estudos que descreviam os efeitos do Bypass Gástrico sobre a absorção de fármacos. Após aplicação dos critérios de inclusão, 11 estudos foram selecionados para composição desta revisão, incluindo estudos de casos, revisões sistemáticas, revisões literárias e estudos prospectivos longitudinais.</p> <p>RESULTADOS: As obras analisadas nesta revisão discorrem acerca dos efeitos do Bypass na absorção de diversos fármacos, dentre eles: Amoxicilina, Tamoxifeno, Imatinib, Midazolam, Digoxina, Levotiroxina, Rocurônio, Varfina, Metformina, Amiodarona e Anti-inflamatórios Não Esteróides. Foi relatado que a Metformina, o Midazolam, a Digoxina e a Morfina têm absorção aumentada após RYGB. Já o Tamoxifeno, o Imatinib e a Varfina podem ter absorção diminuída após este procedimento. Quanto à Levotiroxina foi observado que a mesma não apresenta redução na absorção, apenas absorção tardia. Por fim, convém salientar que os Anti-inflamatórios Não Esteróides devem ser evitados em pacientes submetidos ao Bypass, pois pode provocar úlceras gástricas devido às alterações anatômicas e fisiológicas após a cirurgia, assim como a Amiodarona que pode ter sua biodisponibilidade alterada.</p> <p>CONCLUSÕES: O Bypass Gástrico pode afetar a absorção de diversas classes medicamentosas, devido a alteração causada pelo procedimento. Porém, apesar das obras já publicadas, ainda faltam estudos específicos para que se chegue a uma conclusão peculiar.</p>	<p>TL 261</p> <p>INFLUENCIA DO REGANHO DE PESO APOS BYPASS GASTRICO EM Y DE ROUX SOBRE A EVOLUCAO DA RESISTENCIA A INSULINA</p> <p>MATHEUS MATHEDI CONCON, TIAGO BEZERRA DE FREITAS DINIZ, JOÃO MARCOS IBRAHIM DE OLIVEIRA, LAISA SIMAKAWA JIMENEZ, JOAO GABRIEL ROMERO BRAGA, EVERTON CAZZO, ELINTON ADAMI CHAIM</p> <p><i>UNICAMP - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: INVESTIGAR OS EFEITOS DA RECIDIVA DA OBESIDADE SOBRE A RESISTÊNCIA À INSULINA EM INDIVÍDUOS NÃO DIABÉTICOS SUBMETIDOS AO BGYR EM UM SEGUIMENTO DE 3 ANOS.</p> <p>MÉTODO: COORTE HISTÓRICA BASEADA EM BANCO DE DADOS PROSPECTIVAMENTE COLETADOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO UNIVERSITÁRIO, COMPOSTO POR INDIVÍDUOS COM OBESIDADE MÓRBIDA SUBMETIDOS AO BGYR E SEGUIDOS POR TRÊS ANOS. O REGANHO DE PESO FOI CLASSIFICADO EM TRÊS CATEGORIAS: 1) AUSÊNCIA DE REGANHO; 2) REGANHO ESPERADO (REGANHO MENOR OU IGUAL A 20% DO PESO MÁXIMO PERDIDO); 3) RECIDIVA DA OBESIDADE (REGANHO ACIMA DE 20% DO MÁXIMO DE PESO PERDIDO). A EVOLUÇÃO DOS VALORES DO MODELO DE AVALIAÇÃO HOMEOSTÁTICO (HOMA-IR) FORAM COMPARADOS ENTRE OS GRUPOS AO LONGO DA EVOLUÇÃO.</p> <p>RESULTADOS: DE 100 PACIENTES, 20% APRESENTARAM RECIDIVA DA OBESIDADE E 52% REGANHO ESPERADO APÓS 3 ANOS DE CIRURGIA; 28% NÃO APRESENTARAM REGANHO. O GRUPO DA RECIDIVA APRESENTOU AUMENTO SIGNIFICATIVO DO HOMA APÓS TRÊS ANOS DE CIRURGIA (p=0,02). O GRUPO DA RECIDIVA APRESENTOU UM HOMA SIGNIFICATIVAMENTE MAIOR APÓS TRÊS ANOS DE CIRURGIA QUE O APRESENTADO PELOS OUTROS GRUPOS (p<0,001), ASSIM COMO UMA VARIAÇÃO PERCENTUAL DO HOMA SIGNIFICATIVAMENTE MAIOR AO LONGO DO SEGUIMENTO (p=0,02).</p> <p>CONCLUSÕES: A RECIDIVA DA OBESIDADE TRÊS ANOS APÓS RYGB ESTÁ SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADA COM A PIORA DA RESISTÊNCIA À INSULINA ENTRE INDIVÍDUOS OBESOS NÃO DIABÉTICOS. PORTANTO, A PERDA DE PESO PARECE DESEMPENHAR UM PAPEL SIGNIFICATIVO NA MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS METABÓLICOS OBTIDOS APÓS O BGYR</p>

TL 262	TL 263
<p>PERFIL PRE-OPERATORIO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA EM HOSPITAL TERCIARIO DA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>Roger André Molina Claros, Marcelo Regis Lima Corrêa, Ivan Gregório Ivankovics</p> <p><i>Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia bariátrica dispõe-se como mais efetivo tratamento para a obesidade grau III, influenciando na qualidade de vida, tempo de vida e em problemas da ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta. Além disso, o tratamento cirúrgico da obesidade atua de forma benéfica em muitas das comorbidades relacionadas à obesidade, incluindo hipertensão, apneia do sono, hiperlipidemia e diabetes tipo 2. Isso posto, buscando compreender os principais determinantes em saúde associados aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, o que permite planejamento das ações cirúrgicas de forma mais eficaz, esta obra visa traçar o perfil demográfico e clínico dos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico da obesidade em um hospital terciário da amazônia ocidental, além de avaliar a escala de risco de mortalidade na população estudada.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, realizado no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo de um hospital terciário de Porto Velho/RO, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. A população do estudo foi composta por 78 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica nessa instituição. Foram analisados os dados referentes à sexo, idade, peso pré-cirúrgico, IMC pré-cirúrgico e incidência de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Além disso, foi calculado o OS-MRS para cada paciente, classificando-os em baixo risco (A), moderado risco (B) e alto risco (C).</p> <p>RESULTADOS: Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (88,46%) e de pacientes da classe III (92,3%). O IMC pré-cirúrgico médio foi 46,86 ± 6,12 kg/m², sendo maior no sexo masculino em todos os anos estudados, enquanto o peso pré-cirúrgico teve média geral de 123,8 ± 19,05 kg. Além disso, a média de idade apresentou-se como 39,8 ± 9,22 anos. 59% dos pacientes apresentaram hipertensão arterial sistêmica, enquanto 21,8% apresentaram diabetes mellitus. Ao classificar os pacientes quanto ao OS-MRS, houve preponderância dos pacientes na classe de baixo risco (A), contabilizando 52,6% (n = 40/76) da população em estudo, seguido por 43,4% (n = 33/76) do grupo de moderado risco (B) e 3,9% (n = 3/76) de alto risco (C). No período estudado a taxa de mortalidade foi de 1,3%.</p> <p>CONCLUSÕES: Infere-se, portanto, que o perfil clínico e demográfico dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico da obesidade neste serviço corroboram com os dados encontrados na literatura: prevalência do sexo feminino, de obesidade grau III, sendo a principal comorbidade associada a HAS. Ademais, dados convergem para a compreensão de que as mulheres de meia idade e com obesidade mórbida procuram mais os serviços de saúde.</p>	<p>USO DOS METODOS VISCOELASTICOS DE AVALIAÇÃO DA COAGULAÇÃO (ROTEM) COMO FERRAMENTA PARA LIMITAR TRANSFUÇÕES EM VITIMAS DE TRAUMA</p> <p>José Gustavo Parreira, J. Carolina Gomez-Builes, Pedro Souza Lucarelli Antunes, José Cesar Asséf, Joao Rezende-Neto, Sandro B Rizoli</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a importância dos parâmetros da tromboelastometria rotacional (ROTEM) como ferramenta para limitar as transfusões em pacientes vítimas de trauma.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de registro de trauma em um período de 12 meses, a começar em novembro de 2014, incluindo todos os pacientes que tiveram uma avaliação pelo ROTEM na sua admissão no hospital. Foram utilizados os parâmetros de cut-off do ROTEM (Extem CT, Extem A10, Extem MCF, Extem CFT, Extem ML, Extem Angle, FitemA10 e Fitem MCF), como definidos pelos fabricantes, para dividir os pacientes em dois grupos: "normal" ou "anormal". A variável "ROTEM normal" (NL ROTEM) foi criada para identificar os pacientes nos quais todos os parâmetros estavam normais. Os dois grupos foram comparados no que se refere a transfusão de derivados sanguíneos em tabelas 2x2. O Valor Preditivo Negativo (VPN) para transfusão de derivados sanguíneos foi calculado. A utilização de derivados sanguíneos foi avaliada de acordo com o tipo e volume da transfusão. A análise foi repetida em para subgrupos de pacientes com ISS>15, bem como com Pressão Arterial Sistólica (PAS) menor que 90 mmHg na admissão. Para análise estatística foram utilizados os testes de Chi quadrado e Fisher, considerando p<0,05 como estatisticamente relevante.</p> <p>RESULTADOS: 793 pacientes atenderam aos critérios de inclusão. Traumas fechados foram responsáveis por 80,2% das admissões (73,5% eram homens). A mediana de idade foi de 42 anos (15-96). Quarenta e seis pacientes (5,8%) foram admitidos com PAS menor que 100 mmHg e 161 (20,3%) mantiveram o AIS do segmento cefálico maior que 2. A mediana do ISS foi de 9 (2-19) e 269 pacientes mantiveram um ISS>15 (33,9%). Pelo menos uma unidade de derivados sanguíneos foi transfundida nas primeiras 24 horas em 92 (11,6%) casos e NL ROTEM foi observado em 604 (76,2%) pacientes. O VPN do NL ROTEM em prever a transfusão de qualquer derivado sanguíneo (BBP), de plasma (FFP), de plaquetas (PLT) e maciça (MT) foi de, respectivamente, 83,8%, 92,5%, 96,3% e 98,8%. No subgrupo dos pacientes admitidos com PAS <90 mmHg, NL ROTEM predisse 14/15 (93,3%) casos nos quais a transfusão maciça não ocorreu.</p> <p>CONCLUSÕES: Há evidência que o padrão NL ROTEM é capaz de identificar pacientes que não irão necessitar da transfusão de qualquer derivado sanguíneo nas primeiras 24 horas depois do trauma, mesmo em subgrupos de pacientes com lesões graves e instabilidade hemodinâmica sustentada.</p>
<p>TL 264</p> <p>DRENAGEM DE TORAX EM VITIMAS DE TRAUMA ESTAVEIS: ANALISE CRITICA</p> <p>Helena Machado Morad, Isis Kobashigawa Nascimento, José Gustavo Parreira, Jacqueline A. Giannini Perlingeiro, Sílvia C. Solda, José Cesar Asséf</p> <p><i>Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma análise geral das lesões identificadas, complicações e óbitos das vítimas de trauma submetidas a drenagem torácica em condições estáveis.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva do banco de dados do serviço de emergência, incluindo vítimas de trauma admitidas em 2014, com idade superior a 14 anos que foram submetidas à drenagem torácica. Foram excluídos os submetidos à drenagem na sala de trauma (por instabilidade hemodinâmica ou insuficiência respiratória). Foi utilizado a Abbreviated Injury Scale (AIS) para estratificação de gravidade de lesões.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta por 82 pacientes, sendo 48 vítimas de ferimentos penetrantes e 34 vítimas de trauma fechado. Na admissão, as médias ± DP da frequência cardíaca, frequência respiratória, Escala de Coma de Glasgow e saturação O₂ foram, respectivamente, 97,5 ± 20,6 bpm; 20,2 ± 9,3 ipm; 12,8 ± 3,8; 93,4 ± 7,6. Do total de pacientes, 43 apresentaram frequência respiratória inferior a 24 ipm, e 16 apresentaram saturação O₂ superior a 95%. Apenas 4 foram submetidos a intubação orotraqueal. Dos 68 pacientes submetidos a radiografias de tórax AP, 56 apresentaram alterações que indicaram a drenagem. A respeito de lesões torácicas, 44 pacientes apresentavam hemopneumotórax, 20 lesão diafragmática, 19 hemotórax isolado, 15 fraturas de costelas e 10 pneumotórax isolado. Trinta e seis pacientes tiveram sua lesão classificada como AIS 3, 29 com AIS 2, e 17 com AIS 4. Quatorze foram submetidos a toracotomia e 14 a videotoracoscopia (uma convertida em toracotomia). As lesões mais frequentemente associadas foram as abdominais (29 casos), sendo que 20 realizaram laparotomia. Quatorze vítimas apresentaram TCE, 2 apresentaram lesões cervicais e 22 tinham lesões em extremidades. Média dos índices de gravidade RTS, ISS, NISS e TRISS foram, respectivamente: 6,42; 18; 27 e 78%. Entre as complicações, houve 5 pacientes com hemotórax coagulados e 3 com pneumotórax residual, entre esses 2 evoluíram com empíema e um necessitou de 1 decorticção pulmonar. De 11 óbitos, 4 ocorreram por traumatismo craniocéfálico e 5 por infecções.</p> <p>CONCLUSÕES: Os pacientes vítimas de trauma que realizaram drenagem torácica em condições estáveis apresentaram baixo índice de complicações (10%) e nenhum óbito relacionados ao tórax nessa casuística.</p>	<p>TL 265</p> <p>TRAUMA DE BAIXA ENERGIA</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, GUSTAVO LIMA NEVES, GABRIEL CADIDÉ MELO, MATHEUS ESTIDES RODRIGUES FARIA SOUZA, MATHEUS SOARES BUISSA, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o perfil dos atendimentos de traumatizados de causas externas levando-se em conta tipo de trauma, incidência e fatores mais relevantes pertinentes ao trauma e quais medidas poderiam ser tomadas para minimizar ou diminuir esse tipo de trauma.</p> <p>MÉTODO: Levantamento histórico das fichas de atendimento de vítimas de trauma, independente da gravidade ou complexidade, que deram entrada no pronto socorro cirúrgico do Hospital Estadual Vila Alpina - SECONCI-OSS, hospital de nível secundário localizado na região Leste de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2018, avaliando-se a predominância quanto ao sexo, faixa etária e mecanismo de trauma.</p> <p>RESULTADOS: Foram atendidos no período analisado, no pronto socorro, 191.587 pacientes, sendo destes 17.236 (8,9%) pela equipe da cirurgia e 14.293 (7,4%) pela equipe da ortopedia. Prevaleram os atendimentos no sexo masculino (59,4%) em relação ao feminino (40,6%), com média de idade de 37 anos, prevalecendo a faixa dos 20 aos 58 anos (34,8%). Em relação ao tipo de trauma houve predomínio de colisão de auto (4,2%), trauma de motocicleta (6,3%), queda de bicicleta (0,7%), atropelamento por carro (2,4%), atropelamento por motocicleta (0,9%), queda da própria altura (13%), queda de altura ± 2m (4,5%), queda da laje (0,7%), agressão por socos e pontapés (4,5%) e outros tipos de traumas leves, como ferimentos de partes moles, contusão e entorses (15,5%).</p> <p>CONCLUSÕES: Prevaleceu no atendimento o perfil do sexo masculino, adulto jovem, com maior incidência a queda de altura, seguido dos acidentes de trânsito. A diminuição da agressão e violência interpessoal são fundamentais para diminuição de causas externas, causadas por atitudes agressivas ou não, passivas ou intencionais, evitáveis, através de conscientização da população. Medidas preventivas de educação, leis rígidas e punitivas podem ser um fator de inibir e prevenir certos tipos de trauma.</p>

TL 266	TL 267
<p>TRAUMA NO IDOSO</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, CAMILA COSTA SILVA, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, CAMILA MIE KAWATA YOSHIDA, BEATRIZ TEBALDI CARVALHO, GUSTAVO LIMA NEVES, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Uma das grandes preocupações mundial é melhorar os índices de sobrevivência, aumentar a longevidade e obviamente aumentando o número de idosos. O objetivo é analisar vítimas de trauma de causas externas com idade acima de 60 anos, levando-se em conta o tipo de acidente, sua evolução, já que é um percentual com características específicas de evolução e resposta decorrentes de sua fisiologia e alterações consequentes do envelhecimento, assim como de comorbidades pertinentes ao fator idade.</p> <p>MÉTODO: Levantamento histórico dos atendimentos realizados pela equipe do pronto socorro cirúrgico do Hospital Estadual Vila Alpina, SECONCI-OSS, hospital de nível secundário, localizado na região Leste de São Paulo, nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2018, de vítimas de trauma com 60 anos ou mais, avaliando-se prevalência quanto ao sexo, faixa etária, mecanismo de trauma, tipo de lesão, atendimento e evolução.</p> <p>RESULTADOS: Foram atendidos pela equipe cirúrgica no período 4.182 pacientes, sendo 34,8% vítimas de trauma, compreendendo 8,9% na faixa de 60 a 75 anos com prevalência do sexo feminino em 71,2%, em relação ao masculino em 28,8%, predominando a queda da própria altura em 41,7%, queda de degraus da escada em 23,2%, ferimentos por arma branca em 17,3%, queda de laje em 7,1%, outros tipos de trauma de baixa energia em 10,7%. Na faixa dos 75 aos 102 anos tivemos 5,6% vítimas, prevalecendo o feminino em 80% em relação ao masculino com 20%, com queda da própria altura em 64%, queda de altura em 12%, queda de degraus da escada em 12%, outros tipos de trauma, como agressão e ferimentos de partes moles em 12%</p> <p>CONCLUSÕES: A maior incidência de trauma no idoso observado no período, em todas as faixas etárias, foi queda da própria altura, prevalecendo em ambas o sexo feminino, com ocorrência dos traumas preferencialmente na própria residência ou no entorno da mesma, relacionado as atividades diárias rotineiras. Causa provável deve-se as características fisiológicas próprias do idoso, assim como as comorbidades, facilitam o trauma na faixa etária em questão, devendo-se ter em mente todos os fatores de prevenção, pois muitos dos traumas são devidos a perda da acuidade visual, auditiva, dificuldade de deambulação, entre outros fatores inerentes ao envelhecimento, sendo factíveis de prevenção.</p>	<p>TRAUMA PEDIÁTRICO</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, GABRIEL CADIDÉ MELO, MATHEUS SOARES BUISSA, MATHEUS ESTIDES RODRIGUES FARIA SOUZA, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trauma na faixa pediátrica merece importância redobrada por serem essas vítimas mais suscetível a lesões graves superando as principais doenças inerentes da criança e adolescente. Mortes e sequelas nessa faixa de idade são decorrentes de trauma, assim como a alta morbidade das lesões. Devemos pensar em traumatismos multissistêmicos no trauma fechado devido suas características físicas e anatômicas peculiares ao seu tamanho e estruturas. A intensão deste levantamento foi de avaliar quais as causas mais comuns de trauma na faixa pediátrica e adolescente, sem avaliar a complexidade das lesões, e se é factível medidas de prevenção que possam diminuir a incidência de trauma.</p> <p>MÉTODO: Levantamento histórico dos atendimentos na emergência cirúrgica do Hospital Estadual Vila Alpina – SECONCI-OSS, realizados no período de outubro a dezembro de 2018, de vítimas de trauma que deram entrada no pronto socorro com idade de zero a quatorze anos, avaliando-se a predominância quanto ao sexo, idade, mecanismos de trauma e tipo de lesão. No período foram atendidos 4182 pacientes pela equipe cirúrgica sendo selecionados 535 atendimentos na faixa do estudo (12,7%), sendo excluídos os atendimentos ortopédicos sem patologia cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Houve predominância de vítimas do sexo masculino (61%) em relação ao feminino (39%), com 37% na faixa etária dos 9 aos 14 anos, seguida de 26% na faixa dos 3 a 5 anos, 18% dos 6 a 8 anos, 14% de zero aos 2 anos e 5% nos menores de 1 ano de idade. A causa predominante foi devido a quedas (56%), sendo 27% da própria altura, 16% da escada e outros, como da cama, berço, muro, vaso sanitário, 13% devido queda da bicicleta, 11% de ferimentos corto contusos e 10% vítimas de atropelamento, sendo 60% por carro e 40% por moto ou bicicleta, em baixa velocidade.</p> <p>CONCLUSÕES: Houve prevalência de trauma no sexo masculino na faixa dos 9 aos 14 anos, decorrente de queda da própria altura, correspondendo aos achados na literatura mundial, embora raramente resultem em morte, e de atropelamento. Grande parte dos traumas nos casos avaliados eram passíveis de prevenção com aplicação de estratégias simples em casa e na comunidade, evitando o sofrimento da vítima e familiar decorrente do trauma, assim como os gastos consequentes do atendimento e seguimento da criança traumatizada, podendo ficar muitas das vezes, com sequelas graves e irreparáveis.</p>
<p>TL 268</p> <p>FISTULA TARDIA DE ARTERIA LOMBAR – COLÔNICA POS TRAUMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, VITOR AMARAL VIDAL, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, FELIPE GUEDES SIQUEIRA, GABRIEL HENRIQUE ELISIO SANTOS ROCHA, BERNARDO GONÇALVES BASTIAN PINTO</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relato de caso de fístula de artéria lombar – colônica pós traumática por arma de fogo e reconstrução tardia de parede abdominal com revisão bibliográfica.</p> <p>MÉTODO: Paciente, W.S. 19 anos, vítima de agressão por projétil de arma de fogo em região abdominal submetido a laparotomia exploradora identificada lesão de colon Esquerdo sendo realizada refia primária . Evoluiu no D10 de pós-operatório com hemorragia digestiva maciça e grave instabilidade hemodinâmica . Submetido a nova laparotomia Na cirurgia identificado hematoma na região lombar sendo feito packing local e colectomia esquerda e deixado em peritoneostomia(Bogotá) .Reoperado 48hs após sendo confeccionada colostomia, retirada compressas e nova peritoneostomia por dificuldade de fechamento. 2 hs a cirurgia apresentou volumoso hemoperitônio sendo submetido a nova intervenção . Realizado ligadura de artérias lombares inferiores e hemostasia local com sucesso . Paciente submetido a técnicas combinadas para o fechamento da parede abdominal com sucesso . (Fechamento progressivo com tela e curativo VAC). Foi realizada uma revisão da literatura no banco de dados do PUBMED, MEDLine , LILLACS. Pouca literatura relacionada identificada , nenhuma semelhante ao caso. Além disso, buscamos nas referências dos artigos selecionados, outros trabalhos relevantes para essa revisão, assim como sugestão de especialistas na área.</p> <p>RESULTADOS: Paciente tratado com sucesso por meio de identificação do trajeto fistuloso, ligadura da artéria lombar e hemostasia local, além de técnicas combinadas para reconstrução parede abdominal. Não foi identificado nenhum artigo com essa complicação e essa apresentação clínica tratado com técnicas cirúrgicas convencionais . Apenas alguns relatos com abordagem endovascular .</p> <p>CONCLUSÕES: Os pseudoaneurismas lombares e as fistulas de artéria lombar – colônicas pós trauma são entidades raras. Tratamentos com angioembolização são descritos com sucesso, entretanto, em alguns casos, foram observados a formação de hematoma e coleções intra-abdominais que necessitaram de abordagem cirúrgica adicional. Conclui-se que o uso da terapia combinada, na maioria dos casos, se mostra como uma alternativa eficaz. O caso foi tratado de forma totalmente cirúrgica convencional , demonstrando ser uma opção técnica para abordagem destas raras lesões.</p>	<p>TL 269</p> <p>PERFIL DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS AUTOMOBILÍSTICOS ATENDIDOS EM SALA DE EMERGÊNCIA E RELACAO COM TIPOS DE VIAS PUBLICAS</p> <p>Regina Maria Goolkate, Barbara Seidinger Souza, Eduardo Raboni, Carolina Kutscher Ulguim, André Barausse, Luiz Carlos Von Bahten, Gabriel Ramos Jabur</p> <p><i>hospital universitário cajuru - Curitiba - Parana – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar relação entre o tipo de via pública e o perfil das vítimas de traumas automobilísticos, avaliando diferentes parâmetros como idade, gênero, mecanismo, horário do trauma, consumo de bebida alcoólica, local de lesão e escores de gravidade.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa é de natureza descritiva e quantitativa, desenvolvida em um Hospital Universitário de Curitiba, através da aplicação de questionários em 785 vítimas de acidentes automobilísticos que adentraram a sala de emergência entre dezembro do ano de 2016 a fevereiro do ano de 2018. O questionário contém 54 questões, abordando condições do acidente e aspectos clínicos dos pacientes. Descartaram-se questionários incompletos. Os dados foram dispostos em planilha do EXCEL® e analisados através de números absolutos, percentuais e do software Epi Info.</p> <p>RESULTADOS: Cerca de 26,28% dos pacientes são do sexo feminino, 73,62% do masculino, 75,25% dos politraumatizados estão na faixa etária entre 15 e 45 anos e a média de idade foi 34,48 anos (±30,35). Relacionado aos tipos de vias, 77,96% dos pacientes tiveram traumas em vias urbanas comuns, 15,29% em rodovias e 6,75% em vias calmas. Não houve diferença estatística comparando as vias calmas com as vias não-calmas em relação à idade, sexo, uso de bebidas alcoólicas, horário do trauma, número total de lesões corporais e escores de risco - GAP e MGAP. O RTS médio foi 7,72 (+0,92), entretanto a maioria dos questionários coletados apresenta RTS acima de 5,5.</p> <p>CONCLUSÕES: Os traumas ocorridos em vias calmas são de menor gravidade, considerando os escores calculados. Estudos seguintes com amostras maiores são necessários para avaliar a efetividade das vias calmas em relação ao custo de internamento, às complicações e à taxa de óbito.</p>

TL 270	TL 272
<p>AUMENTO DE CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE X AUMENTO DO NÚMERO DE CIRURGIÕES E VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL NO BRASIL</p> <p>Antoninho José Tonatto Filho, José Gustavo Olijnyk, Thiago Kreutz Grossmann, Thiago Filomena Lombard, Alberto Treiguer, Felipe Melloto Gallotti</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar se o aumento do número de vagas de residência médica em Cirurgia Geral no Brasil, e consequentemente de novos cirurgiões, vem aumentando o número de cirurgias vídeo-assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS)</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo transversal com análise de prevalência de colecistectomias abertas e laparoscópicas de 2008 a 2017. Posteriormente, estes dados foram comparados ao número de vagas de residência médica no Brasil e ao número de cirurgiões gerais no país. Os dados foram retirados do DATASUS, Ministério da Educação e Conselho Federal de Medicina, respectivamente.</p> <p>RESULTADOS: As colecistectomias videolaparoscópicas, procedimento videoassistido mais realizado no país, passaram de 19.277 cirurgias em 2008, para 81.072 em 2017, enquanto o aumento do número de cirurgiões no mesmo período foi de 174%, e das vagas em cirurgia geral de 63%. Alguns padrões puderam ser observados: A região Norte, que proporcionalmente apresentou o maior aumento percentual (85%) referente às vagas de residência médica em cirurgia geral, 55 para 102, também apresentou o maior aumento percentual do número de novos cirurgiões gerais, com 308%, e teve aumento de colecistectomias laparoscópicas (CL) de 333%. A região Sudeste, que detém em 2018 o maior número absoluto de vagas de R1 em cirurgia geral, 1.024, também é onde encontramos o maior número absoluto de cirurgiões, 17.401, e onde se realizam o maior número de CL (43.307). Não foi observado, em nenhuma região do país, decréscimo tanto do número de vagas de residência como do número de cirurgiões absolutos por região, assim como houvessem aumentos expressivos do número de cirurgias vídeoassistidas em todo país, sem decréscimos. Os autores ainda debatem sobre todas as regiões do país, correlacionando os dados com o número de vagas, bem como comparam o número de cirurgiões gerais novos com o aumento de cirurgias vídeoassistidas e debatem sobre os demais motivos que estão levando à melhora dos índices das cirurgias vídeoassistidas no país.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir com o levantamento que houve conexão entre os dados e que este aumento não apenas se encontrou nos principais centros do país como difundiu-se para as áreas interiores, fazendo com que o cirurgião já formado com os ensinamentos videolaparoscópicos implemente seus conhecimentos e técnicas em regiões previamente carentes de tal. Todavia, os autores destacam que este é apenas um dos fatos que contribuíram para que este aumento de cirurgias videolaparoscópicas tenha ocorrido e que os dados ainda encontram-se longe dos países desenvolvidos ou até mesmo dos sistemas privados do país. Este levantamento ajuda a conduzir estratégias de saúde pública a fim de comparar o uso de cirurgia vídeoassistida entre as regiões do território nacional em comparação às vagas ofertadas pelos hospitais e universidades brasileiras, ajudando para que medidas públicas de saúde sejam adotadas para que ainda mais pacientes possam se beneficiar das novas técnicas cirúrgicas disponíveis por todo o país.</p>	<p>APRENDIZAGEM EM GRUPO COMO FERRAMENTA ATIVA NO ENSINO MÉDICO</p> <p>José Guilherme Belchior Costa, Suzane Katy Rocha Oliveira, Manoel Lages Castello Branco Neto, Carlos Brandão Feitosa Nina, João Marcelo Garcez Alves, Hiago Sousa Bastos, Loryayne Lino Sousa</p> <p><i>UNIceuma - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A aprendizagem de forma ativa é empregada desde a medicina hipocrática, apesar de ter sido categorizada muito tempo depois. A metodologia ativa trouxe várias vertentes para o ensino médico como o PBL (problem based learning), CBL (case based learning) e o TBL (team based learning), sendo este último o destaque neste presente artigo. Este artigo tem como objetivo fazer uma revisão sistemática sobre o uso do método Team Based Learning que vem sendo recentemente empregado no ensino médico com muita efetividade, evidenciando os benefícios do aprendizado em grupo e o desenvolvimento de habilidades para prática médica.</p> <p>MÉTODO: O método realizado para confecção do artigo foi uma busca na base de dados Pubmed, SciELO, Crochcrane, BVS e Lilacs nos anos de 2016-2018, com as seguintes palavras chaves: ensino médico, TBL, ensino tradicional, assim como seus correlatos em inglês. Os critérios de inclusão foram: trabalho publicado entre os anos de 2016-2018, trabalho escrito na língua Inglesa, Portuguesa e Espanhola, estudos que relatassem o uso da metodologia ativa como forma principal de ensino. Com base nesse critério, foram selecionados 15 artigos, sendo excluídos dois trabalhos que colocavam enfoque em outra metodologia ativa, o PBL (problem based learning), permanecendo 13 artigos. Os artigos selecionados foram submetidos a uma primeira leitura, para uma compreensão global do conteúdo, o método empregado na realização do estudo e as demais características presentes no trabalho. Em seguida, foi feita análise crítica do foco de discussão, assim como também o seu desfecho</p> <p>RESULTADOS: Os resultados foram obtidas através da análise dos 13 artigos selecionados, sendo os estudos elaborados no Brasil, Estados Unidos, China e Austrália. Todos os artigos demonstraram resultados positivos ao uso do TBL, mesmo quando comparado aos métodos ativos como por exemplo o PBL. O TBL mostrou resultado eficaz no ensino acadêmico e em programas de residência médica. A análise comparativa de um ano após implementação do método na universidade de Washington revelou uma superioridade de 20% nos testes aplicados em relação ao ano anterior com o método tradicional. Outro estudo publicado pela Universidade Do Alabama apontou um aumento de 75% nos testes teóricos e práticos no ensino de Anatomia Básica com uso do TBL. Quanto ao PBL, este se mostrou com algumas limitações quando comparado ao TBL, mas equivalente no que diz respeito ao aspecto cognitivo. O TBL obteve resultados superiores no desenvolvimento de habilidades, tais como a cooperação, conversação e trabalho em equipe. O estudo percebeu ainda, que os alunos submetidos ao TBL se mostraram com mais engajamento no processo de busca pelo conhecimento, influenciados também pelo o estudo em equipe.</p> <p>CONCLUSÕES: A revisão torna-se repleta de evidências que colocam o TBL como uma boa opção em metodologias ativas, comprovando a necessidade em adquirir mais habilidades no método em grupo do que no individual e retenção maior de conteúdo em relação ao método tradicional.</p>
<p>TL 273</p> <p>CURSO DE SUTURAS E RETALHOS DESENVOLVIDO PELA LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA PLÁSTICA(LIPLAS) DA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU</p> <p>Christine Bouwman, Giulia Orlandi Teske, Rafaela Roedel, Bruno Antunes Wiethorn, Maitê Correia Jacobsen, Matheus Nogueira Santos Araújo, Lukas Henryk Pereira, Luísa Stülp Vieira</p> <p><i>Universidade Regional de Blumenau(FURB) - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica(LIPLAS) da FURB objetiva desenvolver atividades e conteúdos didáticos que busquem auxiliar na formação dos acadêmicos de medicina e o seguinte trabalho tem por finalidade mostrar os resultados efetuados por meio do curso de suturas e retalhos desenvolvido pela liga no primeiro e segundo semestre de 2018.</p> <p>MÉTODO: O curso apresentou caráter teórico-prático e teve como público-alvo alunos da graduação de medicina que buscavam ampliar seus conhecimentos e aprimorar suas técnicas. O módulo teórico consistiu em uma breve revisão dos principais tipos de suturas e retalhos e foi ministrado por um cirurgião plástico. O treinamento prático ocorreu durante um sábado, onde pela manhã foi ensinada a maneira correta de manusear os instrumentos e buscou-se habilitar os participantes a identificarem e realizarem as diferentes técnicas de suturas. Já durante o período vespertino o foco foi nos retalhos. O curso prático contou com a divisão dos participantes em grupos de 3 a 4 integrantes. Cada grupo ficou em uma mesa e por ela passavam monitores, os quais eram acadêmicos de medicina que receberam treinamento prévio. Além disto um cirurgião plástico também estava presente para auxiliar nas atividades e responder aos questionamentos que fossem surgindo. Com a finalidade de mensurar o processo de aprendizagem dos participantes houve a aplicação de questionários, os quais consistiam em associar os nomes das suturas e retalhos com a imagem dos mesmos. Estes questionários foram empregados anteriormente ao curso e também após o término dele, assim sendo possível verificar os conhecimentos prévios de cada participante e se ocorreu após o curso uma evolução em relação ao número de acertos. Foi feito um levantamento de dados dos cursos que ocorreram durante o ano de 2018 e os resultados foram expostos no trabalho.</p> <p>RESULTADOS: O curso efetuado durante o primeiro semestre de 2018 apresentou 28 participantes e os dados mostraram que 67.85% dos alunos tiveram uma evolução em relação ao número de acertos, 28.57% estabilizaram e 3.57% regrediram na quantidade de acertos em relação às suturas. Já no questionário referente aos retalhos 29.62% dos participantes apresentam uma elevação em relação ao número de acertos, 40.74% estabilizaram e 29.62% acertaram menos questões após o curso. No que se refere ao curso realizado no segundo semestre de 2019 foram ao total 15 participantes, onde 86.66% dos alunos evoluíram no número de acertos após o curso, 6.66% estabilizaram e 6.66% regrediram na quantidade de acertos referente às suturas. E no questionário dos retalhos 66.66% permaneceram com o mesmo número de acertos e 33.33% aumentaram o número de acertos.</p> <p>CONCLUSÕES: Por meio do levantamento de dados foi possível verificar que grande parte dos alunos progrediram após o curso e também indicou que a maior dificuldade foi em relação aos retalhos, assim revelando o que podemos melhorar nas próximas edições. Além disto, foi um meio de aproximar os participantes de fundamentos cirúrgicos básicos relevantes.</p>	<p>TL 274</p> <p>A Experiência de sucesso da Liga de Trauma e Emergência na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.</p> <p>PIETRO WALTRICK BRUM, FILIPE ABTIBOL, ARTHUR SARDI MARTINS, ANDERSON ROBERTO MACHADO dos SANTOS, VANESSA CÉ BRESSAN, KAREN LIZ ARAÚJO SOUZA, LUIZ OTÁVIO CORSO, LUIZ ANTÔNIO NASI</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Liga acadêmica de Trauma e Emergência (LTE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi fundada no início dos anos 2000, por iniciativa acadêmica e sob coordenação de professor da faculdade de medicina da UFRGS e com o principal propósito de propiciar aos graduandos interessados um maior contato com estas áreas do que o que é oferecido pela faculdade como parte do currículo.</p> <p>MÉTODO: LTE é um projeto da Pró-Reitoria de Extensão da UFRGS com configuração de 24 membros ligantes e 8 membros diretores. As atividades realizadas pela LTE baseiam-se no tripé ensino, pesquisa e extensão.</p> <p>RESULTADOS: Na questão do ensino, é seguido um cronograma teórico-prático com aulas quinzenais sobre temas de medicina de emergência e de cirurgia do trauma, as quais são ministradas por médicos que atuam nas áreas propostas; é exigida uma frequência mínima de 75%, condição para a emissão de certificado expedido pela faculdade. Como forma de avaliar o aprendizado dos ligantes e também de ter um retorno quanto aos assuntos específicos em que podemos melhorar a abordagem, compara-se um pré-teste (aplicado antes da primeira aula) com um pós-teste (aplicado no fim do ano letivo). Em pesquisa, os ligantes são estimulados a executar projetos de pesquisa na área e a apresentar trabalhos em eventos científicos. No que tange extensão, a liga oferece aos ligantes a oportunidade de, ao menos uma vez ao ano, participarem como manequins dos cursos "Advanced Trauma Life Support" ou "Pre Hospitalar Trauma Life Support" e do curso "Point-of-Care Ultrasound" (POCUS); além disso, em função de um convênio da LTE com um centro de simulação realística, os ligantes tem acesso a um curso POCUS e a um curso de acessos venosos guiados por ultrassom. Ademais, os membros realizam ao longo de todo o ano estágio em um hospital de pronto-atendimento, acompanhando o fluxo da sala vermelha da emergência e a equipe da cirurgia geral e do trauma. Para a comunidade acadêmica, são realizados os eventos: Simpósio Gaúcho de Emergência e Trauma, Minicurso de POCUS para graduandos e Curso de Sutura. Ainda na parte de extensão, a LTE organiza eventos com o propósito de aproximar a comunidade não-acadêmica do tema: Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar e o Curso de Primeiros Socorros, o qual vem sendo ministrado a professores da rede pública de ensino.</p> <p>CONCLUSÕES: Considerando o retorno positivo dos participantes, que também é aferido de maneira objetiva através do pós-teste, a LTE acredita que suas atividades são fundamentais para aprimorar a formação profissional dos estudantes de medicina e para suprir eventuais lacunas do ensino curricular em Medicina de Emergência e em Trauma, bem como para levar o tema para fora da universidade, alcançando o público leigo.</p>

TL 275	TL 276
<p>Relato do curso de sutura das ligas de trauma e emergência e de cirurgia plástica e do centro acadêmico da medicina: análise do projeto</p> <p>PIETRO WALTRICK BRUM, FILIPE ABTIBOL, ARTHUR SARDI MARTINS, ANDERSON ROBERTO MACHADO dos SANTOS, VANESSA CÉ BRESSAN, KAREN LIZ ARAÚJO SOUZA, LUIZ OTÁVIO CORSO, LUIZ ANTÔNIO NASI</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Com a constante deficiência no ensino de técnicas de sutura nos cursos de graduação em medicina e a necessidade dos estudantes em suprir essa demanda extra-classe, a Liga de Trauma e Emergência, a Liga de Cirurgia Plástica e o Centro Acadêmico Sarmento Leite, todos vinculados a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desenvolveram um curso de sutura para alunos da região de Porto Alegre, objetivando ensinar técnicas básicas que todo médico deveria saber.</p> <p>MÉTODO: O curso foi dividido em dois momentos, ocorrendo inicialmente uma aula teórica com um residente em cirurgia plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e posteriormente as atividades práticas, que foram orientadas pelos alunos das ligas. Para estas atividades foram utilizados materiais cirúrgicos e o treinamento foi executado em cortes realizados em língua bovina. Foram abordadas técnicas de sutura como pontos simples, Donati e tensão moderada e aposição. Os estudantes foram convidados a responder questionário sobre seus conhecimentos em sutura antes e depois das práticas.</p> <p>RESULTADOS: Participaram dos questionários 205 alunos, sendo 68% da UFRGS, com média de idade de 22 anos, 51% feminino e a maioria (26%) do 2º semestre. Quase 82% deles afirmaram não terem realizado um curso de sutura previamente. Em uma escala de 0-4, a média geral atribuída pelos alunos à importância do conhecimento de sutura para um médico generalista foi de 3, sendo que 44% classificava como de importância fundamental (nota 4). Do total de alunos, 10% respondeu que possuía nível de confiança médio para suturar um paciente antes de realizar as tarefas práticas do curso. Após essa atividade, esse percentual de alunos aumentou para 51%.</p> <p>CONCLUSÕES: O curso teórico-prático se mostrou uma estratégia factível para ampliar o conhecimento dos estudantes, além de fornecer maior segurança durante o atendimento ao paciente que necessita desses procedimentos.</p>	<p>CURSO DE INTRODUÇÃO EM TÉCNICA OPERATORIA- PRINCÍPIOS E ABORDAGEM</p> <p>MILLA GABRIELE SALLENAVE ANDRADE, ANA CELIA DINIZ CABRAL BARBOSA ROMEO, ANDRÉ LUIS BARBOSA ROMEO, HORTENSIA SOUZA GUEDES DE OLIVEIRA, PEDRO PAULO SANTOS AREIAS VIANNA, EMILY JORDANA ARAÚJO OLIVEIRA BARBOSA, PAULO EDUARDO DIAS LAVIGNE, ALEX MIRANDA DE OLIVEIRA</p> <p>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Relatar a organização e o desenvolvimento de um Curso de Introdução à Técnica Operatória, destinado a estudantes de Medicina, promovido anualmente pela Liga Acadêmica de Anatomia Clínico Cirúrgica, objetivando a aquisição e atualização dos fundamentos e noções básicas da técnica operatória e do ato cirúrgico como um todo.</p> <p>MÉTODO: O curso acontece em dois dias, e tem início com uma Conferência Magna ministrada pelos orientadores da liga acadêmica, ambos cirurgiões e docentes, que ampliam os horizontes dos participantes indo além das leis, regras e vivências da Técnica Operatória, passando pela história da cirurgia, valorizando-a e questionando-a, para puxar o gatilho que instiga o conhecimento e corrobora a formação de profissionais de saúde diferenciados. Todo o restante do curso é composto por estações teórico-práticas, nas quais os ligantes explicam alguma etapa do ato cirúrgico aos participantes, e logo em seguida, estes têm a oportunidade de praticar essa etapa, sendo supervisionados pelos ligantes e professores para garantir que compreenderam e executaram bem a etapa em questão. O curso abrange desde conceitos básicos sobre centro cirúrgico, como assepsia, antisepsia, lavagem de mãos, paramentação e preparo do paciente, até instrumentação, abordando ainda nós e suturas e acessos vasculares. Por fim, há ainda uma estação de simulação, na qual os alunos conseguem relacionar todas as etapas aprendidas nas estações.</p> <p>RESULTADOS: Ao final, os participantes do curso responderam a um questionário de auto avaliação sobre sua evolução técnica. Todos os alunos participantes relataram melhora nas suas habilidades manuais para sistematizar, automatizar, harmonizar e aprimorar as técnicas operatórias trabalhadas. Os integrantes da Liga Acadêmica, que atuaram como monitores do curso, consideraram a experiência enriquecedora, pois, para esses que já demonstram inclinação/vocação para a grande área da cirurgia, não há método melhor do que o ensino de modo metódico e continuado para aprimorar e lapidar sua formação técnico-cirúrgica durante a vida acadêmica, além de irradiar conhecimento.</p> <p>CONCLUSÕES: O curso cumpre com o propósito de preparar o acadêmico para atividades realizadas no componente curricular na sua respectiva instituição, assim como incentiva a prática continuada dos princípios da cirurgia, para que alcance a excelência, com elegância e habilidade necessárias, para fazer da cirurgia uma arte.</p>
<p>TL 277</p> <p>A EXPERIÊNCIA LAMIC: IMPACTOS E CONQUISTAS NOS DOIS ANOS DE VIVÊNCIA DA LIGA CIRURGICA BAIANA EM ENSINO MEDICO</p> <p>Joao Henrique Fonseca do Nascimento, Rebeca Ferreira de Souza, Selton Cavalcante Tomaz, Adriano Tito Souza Vieira, Matheus Teles de Sousa, Alan Rodrigues de Azevedo, Andre Bouzas de Andrade, Andre Gusmao Cunha</p> <p>CBC-BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Ligas Acadêmicas (LA) de medicina são, hoje, realidade presente em quase toda escola médica do Brasil e é espaço de protagonismo e aprimoramento estudantil. Aflorou-se, no final do séc. XX, equivocada ideia, inclusive por docentes, de que as LA seriam reflexos de falhas curriculares, sendo assim, fator prejudicial. Assim, no presente trabalho objetiva-se discutir sobre impactos e fenômenos pedagógicos associados à Liga Acadêmica de Medicina Interna e Cirúrgica (LAMIC) da UNEB</p> <p>MÉTODO: Este relato de experiência, de fundadores e ligantes, discorre criticamente, sobre desempenhos e conquistas alcançadas pela LAMIC, nos breves dois anos de existência (2017-2018)</p> <p>RESULTADOS: A LAMIC se apresentou extensivamente ativa neste tempo, alicerçada na tríade: extensão, ensino e pesquisa. Em extensão, foram realizados 4 eventos científicos, discutindo-se relevantes assuntos de impacto médico-social, como o suicídio e o lúpus. Foi instituído, também, o "#CineMIC", o qual provocou o debate médico por meio do cinema. Ademais, foi realizada ações em promoção de saúde, junto a abrigo de idosos, orfanato sociojudicial e abrigo para crianças HIV+, em Salvador. No tocante ao ensino, a liga e seus ligantes foram autores em capítulos de 03 livros sobre casos clínicos e prática cirúrgica, também desenvolveu-se o "LAMICQuizz" e o "Ambulatório Simulado" como ferramentas pedagógicas lúdico-educativas, inspiradas no construtivismo piagetiano, buscando aprimorar continuamente o raciocínio médico; atividades, estas, que culminaram em curso prático aplicado no III Congresso Baiano de Ligas Acadêmicas. Outrossim, promoveu-se regular capacitações internas e sessões científicas, a fim de se garantir a excelência dos ligantes e uma horizontalização do nível intelectual, para que esses, experientes ou novos membros, discutissem os temas, partindo de um mesmo nível de conhecimento. Já na pesquisa, foi desenvolvida investigação analítico sobre as capacitações interna como instrumento de ensino em cirurgia, aplicado na LA, a qual foi apresentada e premiada em evento científico internacional, além de investigações nos temas de apendicectomia, saúde pública, queimaduras e suicídio, comparativo sobre o uso de stent em obstrução maligna do cólon, dentro outros. No cunho social, a existência da liga permitiu aos alunos aproximação com diversas instituições conceituadas da medicina em âmbito nacional, a exemplo do CBC-Bahia, ABRAMEDE, ABLAM e ABLAC-Ba, vínculos, esses, que foi indiscutivelmente possibilitado pela existência da LAMIC</p> <p>CONCLUSÕES: É indubitável, nos produtos e falas dos alunos, que a experiência como ligante se apresentou como oportunidade transformadora a esse, que de fato participou, investiu e ampliou sua formação. Para além, ser ligante-LAMIC foi exercício de autonomia, criticidade, criatividade e de comprometimento, em detrimento da falsa ideia prejudicial de liga, a qual foi agregadora e desenvolvimentista, entrando em consonância com as novas diretrizes curriculares para a formação médica do novo século</p>	<p>TL 279</p> <p>RECIDIVA DO VIRUS DA HEPATITE B EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE HEPATICO</p> <p>MELQUIOR BRUNNO MATEUS de MATOS, MIGUEL TOMITA YASUO NICACIO, ALBERTO PEREIRA FIRMINO FILHO, EVERTON FELIPE DO VALE ARAUJO, JOÃO VITOR COELHO PACHECO, TERCIO GENZINI, CIRLEY MARIA DE OLIVEIRA LOBATO</p> <p>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</p> <p>OBJETIVO: Avaliar fatores relacionados à recidiva do Vírus da Hepatite B (VHB) em pacientes pós transplante hepático (TH).</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal, realizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Rio Branco - Acre de janeiro de 2008 a julho de 2018, através de análises de prontuários médicos. Para avaliar os fatores relacionados a recidiva viral foram utilizados os testes qui quadrado de Pearson e de Monte Carlos e para os fatores relacionados a sobrevida foram utilizados a Análise de Sobrevida de Kaplan-Meier e teste de regressão Cox.</p> <p>RESULTADOS: Dos 21 pacientes analisados, 85,7% eram masculino com idade média 46,23 (DP±14,05). Todos eram portadores de cirrose por infecção crônica pelo VHB, sendo 16 (76,2%) coinfectados com Vírus da Hepatite D e 3 (14,3%) coinfectados com Vírus da Hepatite C. 6 (28,6%) pacientes tinham Carcinoma Hepatocelular (CHC) e 17 (81%) possuíam sinais clínicos de hipertensão portal. No pré-operatório, 86,7% dos pacientes estavam em tratamento, sendo mais comum a monoterapia com entecavir (83,3%), e os demais com lamivudina monoterapia ou em associação com adefovir. 9 (42,8%) pacientes possuíam PCR-DNA positivos no momento da cirurgia e 6 (28,6%) possuíam HBeAg reagente. O TH em sua maioria foi por doador morto (95,2%), sem nenhuma mortalidade operatória e com média do MELD 23,75 (DP±7,15). O imunossupressor mais utilizado foi o tacrolimus (90,6%). No pós-TH, 90,5% utilizaram a monoterapia com entecavir, seguido do esquema lamivudina e adefovir (9,2%) e apenas 2 pacientes utilizaram Imunoglobulina Anti-hepatite B. Como desfecho primário houve 1 óbito e 2 falhas do enxerto seguidas de re-transplante, estando os mesmos relacionados aos valores de PCR-DNA pós-TH (p < 0,001). A recidiva do VHB ocorreu em apenas 3 (14,4%) dos pacientes, estando estatisticamente relacionada ao diagnóstico pré-transplante de CHC (p = 0,003), sinais clínicos de hipertensão portal (p = 0,012) e valor do PCR-DNA pré-transplante (p = 0,045).</p> <p>CONCLUSÕES: A presença do PCR-DNA detectável no período pós-transplante implica em maior mortalidade e falha de enxerto. Para minimizar este desfecho é importante manejar adequadamente a hipertensão portal e tratar a infecção pelo VHB, a fim de alcançar carga viral indetectável, sobretudo nos pacientes portadores de CHC, uma vez que são fatores relacionados a recidiva viral</p>

TL 280	TL 281
<p>AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS MICCIONAIS E SEUS FATORES PREDITIVOS EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS NO ESTADO DE RONDONIA</p> <p>Renata Gonçalves Santos Rodrigues, Kézia Jahél Santos Tomaz, Guilherme Rodrigues Schwamback, Diego Henrique Gomes Sobrinho, Alessandro Corrêa Prudente dos Santos</p> <p><i>Fundação Universidade Federal de Rondônia - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência de sintomas miccionais e seus fatores preditivos em pacientes acompanhados no ambulatório de transplante renal do Estado de Rondônia, a partir de variáveis clínico-demográficas e relacionadas ao processo de doação e transplante.</p> <p>MÉTODO: Resultados preliminares de um estudo observacional, transversal e analítico, no qual o conjunto dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de transplante renal no Estado de Rondônia foi avaliado através de entrevistas utilizando-se o Questionário de Avaliação da Bexiga Hiperativa (OAB-V8), o Escore Internacional de Sintomas Prostatáticos (I-PSS) e o International Consultation Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). Foi realizado a análise de registros, quanto ao perfil clínico-demográfico e quanto aos sinais e sintomas de disfunção miccional.</p> <p>RESULTADOS: Foram entrevistados 33,5% (n=65/194) dos pacientes transplantados acompanhados pelo ambulatório, sendo 49,2% (n=32/65) transplantados em Porto Velho. A maioria do sexo masculino (73,8%; n=48), idade média de 42,17 anos (D.P.=12,24). O tempo médio de diálise é de 36,61 meses (D.P.=31,39) e o tempo médio de isquemia total é 11,3 h (D.P.=9,75). As comorbidades mais frequentes foram HAS com 70,2% (n=33/47) e Diabetes mellitus com 31,91%(n=15/47). As principais causas de doença renal crônica foram etiologia desconhecida com 33,8% (n=22) e Hipertensão com 15,4% (n=10). 44,6% (n=29) usaram cateter duplo J e 43,1% (n=28) dos pacientes apresentaram função retardada do enxerto. Para manutenção se usou: Tacrolimo (92,3%;60), Prednisona (93,84%;61) e Micofenolato (80%;52). A média dos resultados de creatinina sérica mais recente foi de 1,67 e 30,8% (n=20) dos pacientes apresentaram infecção por CMV (acima de 2000 cópias). Pelo questionário OAB-V8 35,4% (n=23/65) apresentaram bexiga hiperativa (pontuação maior ou igual a 8). O questionário ICIQ-SF demonstrou que 6,2% (n=4/65) dos pacientes sofrem de incontinência urinária, sendo que 4,7% (n=3/65) consideram de leve impacto sobre a qualidade de vida e 1,5% (n=1/65) de grave impacto. Com relação ao I-PSS, 45,8% (n=22/48) dos pacientes apresentaram sintomas leves de trato urinário inferior (0 a 7 pontos), 50% (n=24/48) sintomas moderados (8 a 19 pontos) e 4,2% (n=2/48) sintomas graves (20 a 35 pontos).</p> <p>CONCLUSÕES: Transplantados renais de Rondônia apresentam alta prevalência de sintomas miccionais, com destaque para a síndrome de bexiga hiperativa.</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE EFICIÊNCIA NO POS-TRANSPLANTE RENAL EM PORTO VELHO, RONDONIA</p> <p>Guilherme Rodrigues Schwamback, Renata Gonçalves Santos Rodrigues, Brenda Karine Souza da Silva, Pedro Henrique Silva e Souza, Carol Pagung, Diego Henrique Gomes Sobrinho, Alessandro Corrêa Prudente dos Santos</p> <p><i>Fundação Universidade Federal de Rondônia - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Promover uma extensão de modo que seja possível analisar indicadores de eficiência no pós-transplante renal em pacientes acompanhados no serviço ambulatorial da Policlínica Oswaldo Cruz, em Porto Velho, Rondônia, com a finalidade de qualificar a tomada de decisões, identificar eventuais falhas do serviço e possíveis melhorias.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma extensão universitária, através do estudo descritivo e retrospectivo, na qual os pacientes transplantados renais em seguimento no ambulatório do transplante renal da Policlínica Oswaldo Cruz, em Porto Velho, Rondônia, são acompanhados, através de análises de seus registros virtuais ou físicos quanto aos indicadores de eficiência selecionados. Indicadores: 1. Número de transplantes realizados; 2. Função do órgão transplantado (MDRD - Modification of Diet in Renal Disease); 3. Ocorrência de rejeição aguda ao enxerto transplantado; 4. Ocorrência de infecções por Citomegalovírus (CMV); 5. Percentual de sobrevida do enxerto em 1 ano após o transplante; 6. Tempo médio de sobrevida do enxerto (em meses).</p> <p>RESULTADOS: Com início em 2014, foram realizados 75 transplantes de rim no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro até novembro de 2018. Destes, 8 pacientes perderam a função do enxerto e 6 foram a óbito, representando 10,67% e 8%, respectivamente, do total de transplantes realizados. A taxa de filtração glomerular foi estimada através do cálculo MDRD nos 61 pacientes com enxerto funcionantes e sua média foi de 59,53 (dp=0,49). Observamos que a ocorrência de rejeição aguda ao enxerto transplantado foi de 18,67% (n=14/75) e a de pacientes que tiveram pelo menos 1 episódio de infecção por CMV, 60% (n=45/75). O percentual de sobrevida do enxerto após 1 ano ao transplante é de 96,65% (n=66/69) e o tempo médio de sobrevida do enxerto de 25 meses (n=73; dp=16,67).</p> <p>CONCLUSÕES: A extensão possibilita a análise dos indicadores de eficiência no pós-transplante renal, permitindo assim a melhoria do Serviço de Transplante Renal no estado de Rondônia, a partir do monitoramento da qualidade em assistência à saúde.</p>
<p>TL 282</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRANSPLANTE RENAL NO ESTADO DE GOIÁS</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Carlucio Cristino Primo Júnior, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Mariana Thees Perillo Rodrigues, Isabella Rodrigues Pereira, Mateus Aua Santos, Humberto Souza Pires Filho</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a evolução dos transplantes renais em Goiás, comparando-a com o cenário nacional, uma vez que a incidência desse tipo de transplante vem crescendo consideravelmente.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo realizado com dados provenientes do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Nesse estudo, foram analisadas a quantidade de transplantes renais realizados, a relação de potenciais doadores (PD) por milhão de população (MP), a relação de doadores efetivos (DE) por MP e a porcentagem de negativas familiares, no estado de Goiás e no Brasil, durante o período de 2014 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período avaliado, o estado de Goiás realizou 468 transplantes renais. O ano de 2018 representou 25,6% (120) do total, sendo observado um aumento de 184,6% em relação ao número de transplantes realizados no ano de 2014. Verificou-se também que, em todo o período, os órgãos de doadores cadáveres, representaram 77,9% do total de transplantes. Em relação à média do número de PD por MP, de todo o período, notou-se que a de Goiás aproximou-se da média nacional de 49,9, com 49,2. Entretanto, em relação ao número de DE por MP, foi observada uma média de 15,2 em todo o Brasil, enquanto Goiás revelou-se com 8,1. O percentual de recusa familiar em Goiás foi superior ao percentual nacional, principalmente no ano de 2014, onde o estado apresentou 82% de recusa familiar, enquanto, no Brasil, o percentual era de 46. Observou-se que no ano de 2018, os valores diminuíram para 44%, no Brasil, e 65% em Goiás - ainda permanecendo acima do percentual nacional.</p> <p>CONCLUSÕES: O número de transplantes renais em Goiás cresceu consideravelmente. Segundo a Central Estadual de Transplantes, houve boa resposta às campanhas, o que elevou potenciais doadores e reduziu a recusa familiar. Naturalmente, a captação de órgãos aumentou. Os cuidados exigentes com pacientes em coma, a capacitação para diagnóstico de morte encefálica (ME), a consolidação de um sistema de notificação de ME e a preparação das equipes (que passam maior credibilidade para a população) foram outros fatores contribuintes. O principal motivo que leva as famílias a doarem é o respeito à vontade do doador. Enquanto os de recusa familiar variam desde a não aceitação de ME até fantasias sobre tráfico de órgãos e retaliação religiosa. O conhecimento permite uma decisão mais racional e minimiza o sentimento de responsabilidade pelo corpo do outro, enquanto a falta de informações/preparo deixa a - tão importante - decisão da doação sob influência do turbilhão de sentimentos após a morte do ente. O grande percentual de recusa familiar em Goiás pode explicar a incoerência entre a quantidade de PD e DE no estado, e em comparação com os dados nacionais. Logo, percebe-se a importância de campanhas voltadas para informatização e conscientização sobre a doação de órgãos e o estímulo dessa conversa entre os familiares, bem como da capacitação das equipes - facilitadoras em meio a um contexto tão emocional quanto o momento decisório.</p>	<p>TL 283</p> <p>TRANSPLANTES NO CENTRO-OESTE - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PERÍODO DE 2012 A 2017</p> <p>Charles Alberto da Cunha Melo Júnior, Anna Clara Gomes Machado, Ana Flávia Reboças Fernandes Borges Alves, Fernanda Nunes Garcia, Paulo Eduardo Silva Sousa, Raissa Silva Frota, Vitória Pontes Cavalcante, Luciano Bernardinho da Costa Leão</p> <p><i>Universidade de Rio Verde campus Goianésia - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho objetiva apresentar dados epidemiológicos dos transplantes de órgãos sólidos e tecidos realizados na região Centro-Oeste (CO - 2012 a 2017), os órgãos transplantados e fatores de influência na lista de espera.</p> <p>MÉTODO: O levantamento baseou-se nas plataformas do Governo Federal e no Registro Brasileiro de Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Para inclusão adotaram-se: estudos epidemiológicos, número de doadores, a realidade de transplantes no CO e a evolução da prática no referido período, no qual destacam-se os de córnea (tecido), 1º lugar no Brasil em 2016, seguido por rim e fígado (órgãos sólidos).</p> <p>RESULTADOS: Em que pese o crescente aumento de tais procedimentos no CO, destacando-se o transplante cardíaco (o DF ultrapassou a meta do Brasil) e de córneas, permanece elevada a taxa de recusa familiar (43% em 2017), enquanto que as notificações de potenciais doadores/ano e o número de doadores efetivos/ano encontram-se em 2º e 3º lugares respectivamente em relação às demais regiões. Utilizando-se o índice internacionalmente aceito (por milhão de população - pmp), o CO é líder em transplantes de córneas desde 2011, que atingiram, em 2017, a marca de 119,5 transplantes/pmp. Em relação aos transplantes renais com doador vivo, o CO fica em 3º lugar, posição essa que cai para 4º lugar com doador falecido. Os transplantes de fígado encontram-se em constante crescimento e os pulmonares e pancreáticos necessitam maior incremento. De acordo com a lista de espera de pacientes para transplantes (dezembro 2015), GO e DF possuíam o maior número para rim e MT e MS para córnea. Em 2016 e 2017 tal situação se manteve. O Brasil tem como meta reduzir as filas de espera para um transplante, (25.000 pessoas em 2016), na qual o tempo de espera por um transplante renal é o maior comparativamente aos transplantes de coração, fígado, pâncreas, pulmão, córnea e medula óssea (aparentado e não aparentado).</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre os principais desafios, é necessário vencer a elevada taxa de recusas familiares à doação de órgãos e tecidos, implementar a política de transplantes do Sistema Nacional de Transplantes/MS, realizar constantes campanhas de esclarecimento à população sobre a importância de tais procedimentos e inserir no currículo de graduação das faculdades da área da saúde disciplinas pertinentes ao assunto. Como dado auspicioso, registra-se que mais de 90% dos transplantes realizados no país são financiados pela integralidade do SUS.</p>

TL 284	TL 285
<p>ASPECTOS SOCIAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS DE TRANSPLANTE FACIAL</p> <p>Mariana Thees Perillo Rodrigues, Renan Lorenzini, Ana Letícia Argentino Bononi, Mayza Maressa Oliveira, Marieli Declindo Vieira, Ludymilla Alves Silva</p> <p><i>Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho tem por finalidade explicar acerca das possíveis influências socioculturais de procedimentos cirúrgicos de transplante facial que datam seu início a partir de 2005, e, por conseguinte, ainda enfrentam desafios tanto para o receptor, quanto para os familiares do doador e a sociedade.</p> <p>MÉTODO: Foi efetuada uma revisão da literatura bibliográfica relacionada ao tema, publicada nas bases de dados Web of Science, SciELO e PubMed, com as palavras-chave: transplante de face, transplante facial e a sociedade e aspectos sociais do transplante de face.</p> <p>RESULTADOS: Desde os primórdios a identidade tornou-se fundamental nas relações sociais, sobrepondo todo o conchavo de reconhecimento à face. Os transplantes sempre fizeram parte da sociedade, porém, as cirurgias "visíveis" foram desbravando um olhar comedido. Partes corpóreas transplantadas de um indivíduo para o outro de forma exteriorizada, além de representarem uma maior complexidade imunológica, oriunda por si só, uma maior reação social. Por tratar-se de uma cirurgia complexa, apenas receptores com indicação absoluta tornar-se-ão candidatos à cirurgia, que conta com duas equipes de cirurgiões e complexa rede de trabalho, que ocasiona um futuro cirúrgico após mais de dez horas de procedimento. Apesar dos constantes resultados de sucesso dessas cirurgias, muitas vezes, expressões faciais são perdidas devido a lesões neuromusculares e a os processos neuroanatomofisiológicos são afetados, resultando em emoções como alegria, tristeza, raiva, desprezo, emoção, entre outras pormenorizadas na sua conjuntura diária. Vale destacar que tanto o pré-operatório como o pós-operatório são de valiosa observação por equipe multidisciplinar, composta por médicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos incumbidos de capacitar o paciente e os familiares para as animosidades sociais advindas do resultado cirúrgico. É de suma importância a observação dos processos neuropsicofisiológicos na exibição das emoções por parte do paciente transplantado, e, por conseguinte, suas dificuldades de expressão e comunicação, em detrimento de um resultado de autoestima, qualidade de vida e reconstrução de identidade. Contrapondo toda essa irresolução, o paciente vê-se frente à inúmeras exigências em relação ao doador, como: mesmo tipo sanguíneo e fator Rh, idade, sexo e porte físico, tornando a decisão para ambos (receptor e família do doador) mais laborioso do ponto de vista de identidade social. Chega-se, portanto, ao infortúnio narcisista em contrapartida a imagem satisfatória do corpo e de uma vida passada desaparecida frente ao olhar julgador da sociedade.</p> <p>CONCLUSÕES: Assim, torna-se conclusivo a assistência psicossocial desses pacientes transplantados, visto a realidade social a qual ele insere-se e o potencial julgador que tal procedimento acarreta. Também, infere-se a importância do acompanhamento do paciente e de suas dificuldades em expressar-se e aceitar-se com uma nova identidade visual.</p>	<p>Perfil epidemiológico histórico do tratamento do câncer colorretal: evolução do tratamento e melhora de sobrevida global.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Maria Julia Macedo Bonatto, Thamyle Moda Santana Rezende, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os resultados do tratamento do câncer colorretal de um grupo recente de pacientes com os dados históricos obtidos do Registro Hospitalar de Câncer, da própria instituição. Verificando se houve evolução nos resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Um grupo de dados é obtido de um estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico oncológico durante o período de set-2009 a dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. O outro grupo de dados (dados históricos) é obtido do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da própria instituição, no período de 2005 a 2009. Por tanto esta análise não inclui os mesmos pacientes nos grupos. As análises estatísticas das taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Para a comparação entre os grupos foi utilizado teste Anova. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo</p> <p>RESULTADOS: No estudo recente foram incluídos 515 pacientes, todos submetidos a tratamento cirúrgico. Na análise histórica do RHC foram incluídos 457 pacientes. A análise das idades entre os grupos não foi significativa. O sexo masculino representou 267 (51,8%) da atual amostra, contra 47,7% da media histórica, este aumento não é estatisticamente significante. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em ambos os estudos, 95,3% atualmente e 95,8% na análise do RHC. Os dados do estadiamento se mantiveram estáveis no decorrer do tempo, considerando tumores localmente avançados tínhamos 40,8 % no passado e um leve decréscimo para 39,4 % recentemente, não sendo estatisticamente significante Tratamento neoadjuvante também se manteve estável, realizado em 17,3% no grupo recente e 17,9% no grupo histórico. Avaliando a sobrevida global em 5 anos de ambos os grupos encontramos uma sobrevida muito superior no grupo recente, isto pelas características de cada um dos tipos de levantamento, desta maneira não sendo comparável. Porém, quando avaliamos a sobrevida em 5 anos relacionada ao estadiamento clínico, encontramos no grupo recente ECI 73,6 %, ECII 69,4 %, EC III 59 %, já no grupo histórico institucional o EC I 52,5 %, EC II 42,3 %, EC III 28,3%. $P < 0,03$</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico histórico do câncer colorretal se manteve estável, com tendência ao aumento dos casos em homens. A sobrevida global apresentou aumento significativo sugestivo de melhoria dos resultados cirúrgicos e oncológicos neoadjuvantes.</p>

TL 287	TL 288
<p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER COLO-RETAL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS DESFECHOS DOS PACIENTES TRATADOS PELA TÉCNICA ABERTA E VIDEOLAPAROSCÓPICA.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Raphaella Ferreira, Ewerson Luiz Cavalcanti Silva, Thátiane Litenski, Julia Goginski, Kelre Wannlen Campos Silva Araujo, Regina Maria Goolkate</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar os dados do tratamento cirúrgico de pacientes com tumores de cólon e reto, realizando uma análise comparativa dos resultados (cirúrgicos e oncológicos) de acordo com a via de acesso escolhida.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Incluídos pacientes com câncer de cólon e reto submetidos a cirurgia de ressecção no período de set-2009 a dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. As várias análises estatísticas foram realizadas utilizando os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Estudo de 515 pacientes com mediana de idade de 63,66 (54-71) anos. O sexo masculino representou 267 (51,8%). Apresentavam bom estado geral (P S Zubrod 1 ou 2) 430 (83,5%) pacientes. O estágio clínico se concentrou em II ou III em 61,7% dos casos. Necessitaram de tratamento neoadjuvante 92 (17,9%) dos pacientes. As opções de acesso para a operação foi 447 (86,8%) casos para cirurgias via aberta e 68 (13,2%) por via laparoscópica. A distribuição dos tipos de procedimentos (Retossigmoidectomia, Colectomia, etc.) realizados não variou em virtude da via de acesso escolhida. As seguintes variáveis estudadas não apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos: Tempo Cirúrgico, Complicações pós-operatórias, reoperações, óbito relacionado a cirurgia, Estada Hospitalar, Estada na UTI, margens cirúrgicas livres. Dado relevante em favor da cirurgia convencional é o fato que por esta via se atingiu um número de vezes significativamente maior a linfadenectomia ampla, considerada adequada para o tratamento oncológico. Como na análise univariada e multivariada deste grupo de pacientes, os linfonodos positivos foram o principal fator prognóstico, se torna de extrema importância a meta cirúrgica de uma linfadenectomia adequada. O seguimento médio dos pacientes foi de 3,4 anos. A sobrevida global em 5 anos foi de 72,4%, sem diferença entre os grupos.</p> <p>CONCLUSÕES: Ambas vias de acesso mostraram-se equivalentes em morbimortalidade operatória. A sobrevida global em 5 anos foi equivalente, apesar de ter sido realizada linfadenectomia mais ampla por via aberta.</p>	<p>Colostomia protetora preemptiva no tratamento do câncer colorretal: menos reoperações e menor mortalidade cirúrgica.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Philippe Abreu, Cristiano Ontivero Pereira, Nickson Dalla Giustina, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Eduardo Da Cás, Danilo Saavedra Bussyguin, Thamyle Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A retossigmoidectomia e colectomia esquerda são procedimentos amplamente utilizados no tratamento do cancer colorretal. A confecção de estoma protetor e assunto bastante controverso na literatura. Apresentamos casuística de serviço de referência em Oncologia no Sul do Brasil, analisando comparativamente o desfecho dos casos em relação a presença ou não da colostomia protetora.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Incluídos pacientes submetidos a retossigmoidectomias /colectomias esquerdas no período de set-2009 a dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Realizando análise comparativa entre os grupos de pacientes de acordo com a realização ou não de colostomia protetora. Várias análises estatísticas foram realizadas com o suporte dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Realizadas 355 retossigmoidectomias/colectomias esquerdas, todas de caráter oncológico, sendo 136 (38,3%) sem estoma protetor e 219 (61,7%) com estoma. O risco anestésico mensurado pelo ASA foi significativamente maior no grupo de pacientes com estoma protetor. Na análise estatística a confecção do estoma não acrescentou tempo ao procedimento cirúrgico. Complicações Graves (Clavien-Dindo 3-4-5) aconteceram em geral 84 (23,7%) do total de pacientes, sendo 61(27,9%) com estomas e 23 (16,9%) sem estomas ($p=0,01$). Não houve diferença significativa no índice de reoperação e na mortalidade cirúrgica entre os grupos. A cirurgia por via laparoscópica, como era de prever foi associada a um numero menor de confecções de estomas. O tempo de estada hospitalar não foi diferente entre os grupos, porem a permanência na UTI foi significativamente maior no grupo de pacientes com estoma protetor.</p> <p>CONCLUSÕES: A realização de colostomia preemptiva em pacientes com maior potencial de complicação cirúrgica evita reoperações e reduz mortalidade pós-operatória. Estatisticamente o grupo que realizou a colostomia protetora apresentou um desfecho pior. Clinicamente podemos interpretar que a decisão de realizar a colostomia foi tomada nos pacientes em que se esperava um desfecho pior. A discussão continua!!!</p>

TL 289	TL 290
<p>UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO PARA A DOENÇA HEMORROIDÁRIA (BPRST) E ALGORITMO TERAPEUTICO.</p> <p>Carlos Walter Sobrado, Carlos Almeida Obregon, Lucas Faraco Sobrado, Afonso Henrique Silva Sousa Junior, Sérgio Carlos Nahas, Ivan Ceconello</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP) - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A doença hemorroidária-DH afeta uma parcela considerável da população adulta, e estima-se ser responsável por 30% dos atendimentos nos serviços especializados. A DH ainda hoje, constitui-se em importante problema de saúde pública, acarretando em múltiplas consequências desagradáveis aos indivíduos afetados. O estudo desta condição levou ao surgimento de várias classificações, que visam padronização de condutas para o seu tratamento. Publicada em 1980, a Classificação de Goligher é a mais utilizada pelos médicos e demais profissionais de saúde, por ser considerada prática, reprodutível e de fácil memorização. No entanto, esta é uma classificação estritamente anatômica, pois leva em consideração somente a presença de sangramento e de prolapso (e a sua redutibilidade), não contemplando a presença de plicomas anais (fibróticos e inelásticos), e complicações (trombose, tromboflebite, pseudo-estrangulamento), fatores importantes que devem ser avaliados quando da escolha do melhor método terapêutico. A classificação proposta neste trabalho leva em consideração aspectos subjetivos (clínicos) e objetivos (morfológicos), e apresentamos um algoritmo de tratamento que inclui as novas opções terapêuticas descritas nestas últimas 2 décadas. Estas classificações têm como objetivo facilitar a escolha da melhor opção de tratamento de acordo com o grau de DH, e também ser um parâmetro para comparar os resultados.</p> <p>MÉTODO: O estudo, até o momento, traz um modelo para classificação da doença hemorroidária, criado por médicos assistentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), em que descreve as hemorroidas segundo a proposta BPRST (B: bleeding; P: prolapse; R: return; S: skin tags; T: thrombosis).</p> <p>RESULTADOS: Serão apresentados exemplos de casos acompanhados e tratados pelo Serviço de Coloproctologia do HCFMUSP, para descrever detalhadamente (e de forma prática) a proposta do modelo de classificação BPRST e compará-la com a de Goligher.</p> <p>CONCLUSÕES: Acreditamos que esta nova classificação da DH é mais completa, pois contempla fatores clínicos, anatômicos e suas complicações, facilitando a tomada de decisão de acordo com as várias formas de apresentação das hemorroidas sintomáticas. O planejamento do grupo de estudo envolve a criação de uma base de dados prospectiva, para contraposição desta proposta à classificação vigente (de Goligher).</p>	<p>BENEFÍCIOS E COMPLICAÇÕES DO POS-OPERATORIO DA CIRURGIA DE DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANSANAL</p> <p>Beatriz Oliveira Viana, Camila Rodrigues Ribeiro, André Metzker Ferro, Aquiles Leite Viana, João Batista Monteiro Tajra</p> <p><i>UnICEUB, UnB e IHBDF - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os benefícios e complicações observados no pós-operatório da cirurgia Desarterialização Hemorroidária Transanal (THD) com doppler, técnica minimamente invasiva para o tratamento de hemorroidas sintomáticas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, por meio da coleta de dados pré-operatórios e pós-operatórios de 51 pacientes submetidos à técnica THD. As cirurgias foram executadas por quatro médicos coloproctologistas, em um hospital particular de Brasília-DF, no período de abril de 2013 a janeiro de 2019. Os dados coletados foram: sexo, idade, grau da hemorroida, dor, complicações pós-operatórias e período de absenteísmo.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 51 prontuários, dentro os quais 34 pacientes eram do sexo masculino (66,6%) e 17 do sexo feminino (33,3%), com média de idade da amostra de 51,58±13,75. Do total, 5 pacientes (9,8%) apresentavam hemorroida de 1º grau, 20 (39,2%) de 2º grau, 18 (35,3%) de 3º grau e os 8 restantes (15,6%) de 4º grau. Utilizou-se a técnica THD em pacientes com hemorroida de 1º grau devido ao sangramento apresentado por esses, o qual se estendia a um quadro de anemia. Após o procedimento, 10 pacientes evoluíram com alguma complicação, distribuídos em: 5 casos de tenesmo (9,8%), 2 de trombose (3,9%), 2 de retenção urinária (3,9%) e 1 paciente que apresentou fecaloma (1,9%). Para avaliar a complicação de tenesmo não se usou manometria, pelo fato da técnica THD não comprometer a pressão exercida pelo esfíncter anal. Dos 51 pacientes submetidos à THD, 32 (62,7%) não referiram dor alguma no pós-operatório imediato, 9 (17,6%) relataram dor leve, 6 (11,7%) dor moderada e 4 (7,8%) dor intensa. Em 8 casos houve algum grau de sangramento ou prolapso no pós-operatório, sendo 1 necessário reabordagem. A mediana do período de absenteísmo foi de 14 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: Os resultados sugerem que o procedimento THD com doppler traz benefícios em pacientes com doença hemorroidária em todos os graus e está associado a baixas taxas de complicações, período curto de absenteísmo e alto percentual de sucesso no tratamento.</p>
<p>TL 291</p> <p>APENDICECTOMIA VIDEOASSISTIDA POR ACESSO TRANSUMBILICAL POR ACESSO UNICO (AVATU) ANALISE DE 1000 CASOS.</p> <p>GERALDO JOSE SOUZA LIMA, GUSTAVO MUNAYER ABRAS, LUCIANO ORNELAS CHAVES FILHO, LUCAS ALCEU RIBEIRO LOPES, LUIZ FELIPE PIMENTA NOGUEIRA SOUZA LIMA, GUILHERME STIVAL CANDIDO, LEONARDO VILAS FREIRE GODOY, LIVIO JOSE SURETTI PIRES</p> <p><i>HOSPITAL MADRE TEREZA - BELO HORIZONTE - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a efetividade e a segurança da AVATU, uma técnica videoassistida, por acesso único, com o objetivo de combinar a simplicidade e baixo custo da técnica convencional aos atrativos da técnica laparoscópica. Paralelamente à análise dos resultados obtidos, somados aos atrativos desta técnica, poderemos discutir nova proposição de abordagem inicial dos pacientes com diagnóstico pressuposto de apendicite aguda.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados, retrospectivamente, 1000 pacientes com diagnóstico pressuposto de apendicite aguda, com idade mínima de 12 anos, nos quais indicou-se a AVATU como abordagem terapêutica inicial no Hospital Madre Teresa, em Belo Horizonte, MG, entre Julho/2001 a Abril/2013.</p> <p>RESULTADOS: Neste estudo foram consideradas como variáveis-resposta o tempo operatório, dor pós-operatória, complicações precoces e tardias, permanência hospitalar, retorno às atividades habituais e a necessidade de conversão da operação videoassistida para outras técnicas. O grupo de casos foi composto por 1000 pacientes. Desses, 626 (62,6%) eram do gênero feminino e 374 (37,4%) do gênero masculino. A idade variou de 12 anos a 72 anos (média de 29,2 anos). O tempo operatório médio foi de 48 minutos, variando de 25 a 150 minutos. Houve necessidade de conversão para a via convencional (AC) ou laparoscópica (AL) em 127 casos (12,7%). As principais causas de conversão foram apendicite aguda nas suas formas mais avançadas (48 casos, 37,7%). Dois casos foram convertidos devido à laceração cecal durante a manipulação do bloco ceco-apendicular (Tabela). Dos 127 pacientes que foram submetidos à AVATU e que exigiram conversão, 28 (22%) foram convertidos em AL, 38 (29,9%) em apendicectomia videoassistida por 2 acessos (AVA 2), 61 (48%) em apendicectomia convencional. As principais complicações pós-operatórias foram seroma (46 casos, 4,6%), infecção de ferida operatória (28 casos, 2,8%), abscesso intra-abdominal (11 casos, 1,1%) e hérnia incisional (4 casos, 0,4%). Não ocorreram óbitos. A maioria dos pacientes da casuística (442 pacientes, 76,3%) retornou às suas atividades habituais até o 7º dia pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: A AVATU mostrou-se uma técnica efetiva e segura. A efetividade foi confirmada pela exequibilidade da técnica em 87,3% dos 1000 casos de apendicite aguda em todos os estágios de evolução. A segurança pode ser validada pelo baixo índice de complicações pós-operatórias precoces e tardias e nenhum caso de mortalidade. A AVATU se mostra uma técnica interessante para abordagem inicial dos pacientes com apendicite aguda, visto que reúne as vantagens da técnica convencional como maior simplicidade técnica, menor custo e menor tempo operatório com os benefícios da laparoscopia como menor tempo de internação hospitalar e menor dor pós-operatória e se mostrou segura e efetiva</p>	<p>TL 295</p> <p>SINGLE PORT: LESAO DA ARTERIA CISTICA DURANTE COLECISTECTOMIA POR SINGLE PORT</p> <p>Jehovah Guimarães Tavares, Douglas Guimarães Tavares, Letícia Morgada Tavares, Júliah Fernandes Pereira, Marina Tosi Torres, Paulo César Antunes, Victor Souza Ferreira, Diego Santana</p> <p><i>São José do Avai - ITAPERUNA - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar um caso de colecistectomia laparoscópica em incisão única transumbilical que houve lesão de artéria cística, seguida de resolução da mesma, sem a necessidade de converter para a colecistectomia laparoscópica convencional. Desse modo, avaliar a sua efetividade e segurança.</p> <p>MÉTODO: Relato de caso. M.E.S., 27 anos, feminino, apresentando cólica biliar e diagnóstico de colelitíase. Exame físico e laboratorial sem alterações. Submetido à anestesia geral e intubação orotraqueal, posicionado em decúbito dorsal com o cirurgião à sua esquerda o auxiliar à direita. É realizada uma incisão supra umbilical de 1,2 cm onde é introduzido o Device especializado para single access com capacidade de entrada de 6 instrumentos cirúrgicos ao mesmo tempo. Em seguida é instalado o pneumoperitônio. Nesta mesma incisão serão introduzidos, 3 trocartes de 5 mm. Os instrumentos são flexíveis com "Roticulator" e a ótica é de 5 mm. Durante a secção do triângulo de Calot houve lesão da artéria cística com sangramento importante dificultando o procedimento cirúrgico. Foi mantido o método na abordagem da artéria, optou-se por manter o single port, não convertendo para colecistectomia laparoscópica. Utilizou-se um clipador de 10mm de titânio para clipar a artéria e o ducto cístico. Houve controle da hemorragia com continuação padronizada da cirurgia por single port.</p> <p>RESULTADOS: Não houve necessidade de conversão para via convencional ou laparoscópica. Tempo cirúrgico foi de 32 minutos. O paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no dia seguinte.</p> <p>CONCLUSÕES: O SPA – (Single port access) se mostrou eficaz e seguro, resultando em uma combinação de mínima invasão e estética satisfatória. As vantagens desta abordagem consistem em menos dor, mais rápida recuperação pós-operatória e melhor resultado cosmético. Sendo possível cada vez mais realizar os procedimentos mais complexos com esse método assim como tratar complicações. O efeito e os atrativos da técnica mostraram-se recomendáveis na abordagem inicial de pacientes adolescentes e adultos, com colelitíase.</p>

TL 296	TL 297
<p>CISTO DE COLEDOCO - ABORDAGENS CIRÚRGICAS</p> <p>Yasmin Duarte Bogossian, Carlos Manoel Pedra Petro Gomes, Laryssa Nayana Sousa Silva De Oliveira, Bruna Brandao de Rezende Gondim, Gustavo Sampaio Pereira Rocha</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Ernesto - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar as opções na abordagem cirúrgica do cisto de colédoco em adultos, baseando-se em um caso abordado pela equipe de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados artigos de revisão de revistas científicas certificadas, comparando as diversas formas de abordagem cirúrgica do cisto de colédoco e os diferentes desfechos. Os artigos selecionados deveriam preencher critérios pré determinados como intervalo de confiança descrito, comparação exclusiva entre abordagens cirúrgicas e avaliação de acompanhamento pós operatório, demonstrando possíveis complicações e evolução dos pacientes avaliados.</p> <p>RESULTADOS: Os cistos de via biliar são doenças raras e 80% dos casos são descritos na primeira década de vida. Apesar de ser doença benigna, é fator de risco para transformação maligna, colangite ou pancreatite e, por isso, deve ser tratado tão logo dado o diagnóstico. O padrão ouro na abordagem é ressecção cirúrgica e reconstrução com hepaticojunoanastomose em Y de Roux. O cisto de coledoco foi classificado por Todani em 1977. A abordagem videolaparoscópica iniciou-se em 1995, porém, as cirurgias hepatobiliares têm longa curva de aprendizado e dificuldades técnicas, o que a torna ainda pouco usada nesses casos. No HUPE, abordamos paciente de 32 anos com quadro de abdominal associado a náuseas cuja investigação com USG de abdome e colangiograma, demonstraram o diagnóstico de cisto de colédoco Todani tipo Ib. Foi realizada ressecção cirúrgica do cisto por via laparotômica e reconstrução em Y de Roux com anastomose manual. Paciente com boa evolução pós operatória e alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>CONCLUSÕES: A abordagem videolaparoscópica dos cistos de colédoco pode ser difícil, principalmente quando o paciente apresenta via biliar muito fina, dificultando a anastomose e aumentando as chances de estenose. A via aberta convencional, apesar de facilitar o acesso, é preterida devido à questões estéticas e pior recuperação pós operatória, principalmente quando o cisto é abordado na vida adulta, uma vez que o segundo grupo mais atingido pela doença são mulheres jovens. A cirurgia robótica parece ser uma possibilidade segura, com bons resultados em curto prazo. Ainda precisando de mais estudos que avaliem complicações a longo prazo.</p>	<p>LUMA - LAPAROENDOSCOPIA TRANSSUBILICAL MINIASSISTIDA, UMA NOVA ALTERNATIVA EM CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA. ANÁLISE DE 20 CASOS DE COLECISTECTOMIA.</p> <p>Geraldo Jose Souza Lima, Gustavo Munayer Abras, Lucas Alceu Ribeiro Lopes, Luciano Ornelas Chaves Filho, Luiz Felipe Pimenta Nogueira Souza Lima, Guilherme Stival Candido, Thiago Augustus Blasco Silva, Leonardo Vilas Freire Godoy</p> <p><i>Hospital Madre Tereza - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivos: Apresentar uma nova abordagem cirúrgica para realização de procedimentos minimamente invasivos e a experiência preliminar com o método na colecistectomia. O papel da videolaparoscopia na era moderna da cirurgia encontra-se bem estabelecido. Com a perspectiva de ser possível melhorar a já privilegiada situação atual, novas alternativas têm sido propostas, como a cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais (NOTES), o método por acesso único transumbilical (LESS), a minilaparoscopia (MINI) e a tecnologia robótica.</p> <p>MÉTODO: A técnica proposta pelos autores, laparoendoscopia transumbilical miniassistida (LUMA), utiliza-se de óptica com canal de trabalho como o endoscópio flexível do NOTES, executam-se os tempos operatórios principais pelo trocar umbilical, como no LESS, e é assistido por pinça de MINI.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados o tempo operatório, complicações per e pós-operatórias e conversão para outras vias de acesso em 20 colecistectomias LUMA.</p> <p>CONCLUSÕES: Esta nova técnica combina e resulta da racionalização de particularidades técnicas e do sinergismo das três abordagens de invasividade mínima clássicas, buscando agregar suas vantagens e minimizar as suas desvantagens</p>
<p>TL 298</p> <p>COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR PORTA ÚNICA / LESS (ALTERNATIVA TÉCNICA) POR MEIO DE ÓPTICA COM CANAL OPERATORIO</p> <p>Gustavo Munayer Abras, Geraldo Jose Souza Lima, Guilherme Stival Candido, Lucas Alceu Ribeiro Lopes, Luiz Felipe Pimenta Nogueira Souza Lima, Luciano Ornelas Chaves Filho, Leonardo Vilas Freire Godoy, Thiago Augustus Blasco Silva</p> <p><i>hospital madre tereza - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O método LESS (Cirurgia por acesso único) tem despertado maior interesse a medida que proporciona melhores resultados cosméticos e a possibilidade do uso de instrumentos laparoscópicos amplamente disponíveis e com os quais o cirurgião já está habituado. Este estudo apresenta a nossa experiência inicial com a colecistectomia LESS, utilizando óptica com canal operatório, consolidando tática diferente daquelas divulgadas na literatura. Com objetivo de mostrar a aplicação de técnicas cada vez menos invasivas</p> <p>MÉTODO: Foram estudados, retrospectivamente, 50 pacientes submetidos à Colecistectomia LESS por meio de óptica com canal operatório. Todos os casos foram operados pela mesma equipe, no Hospital Madre Teresa, em Belo Horizonte, MG, entre junho/2010 a junho/2012. As indicações para a colecistectomia foram colelitíase sintomática (n=43), colelitíase assintomática (n=5) e colelitíase aguda (n=2). Foram excluídos os pacientes com IMC > 30 kg/m², operação prévia em abdome superior e risco cirúrgico elevado (ASA > II). Considerou-se como dor pós-operatória a ocorrência deste sintoma naqueles pacientes que necessitaram de analgésico opióide e/ou analgesia endovenosa a partir do segundo dia pós-operatório. Considerou-se como conversão a necessidade de laparotomia, colecistectomia laparoscópica clássica ou de gestos laparoscópicos por trocar adicional</p> <p>RESULTADOS: O tempo cirúrgico médio foi de 65 minutos, variando de 25 minutos a 120 minutos. A permanência hospitalar média de 24 horas, variando de 14 horas a 2 dias. A colecistectomia foi concluída pela técnica proposta em 48 pacientes (96%). Em apenas 2 casos (4%) foi necessária conversão para outra técnica operatória. A maioria dos pacientes não apresentou complicações pós-operatórias (88%). Seis pacientes (12%) apresentaram critérios de dor pós-operatória. O retorno às atividades profissionais ou em condições para reassumi-la deu-se em até sete dias após a operação em 42 pacientes (84%). Quatro pacientes (16%) necessitaram entre 8 e 14 dias para regressarem às atividades profissionais</p> <p>CONCLUSÕES: Os cirurgiões continuam desenvolvendo a cirurgia minimamente invasiva, buscando um menor estresse fisiológico, recuperação mais rápida e melhores resultados estéticos. O acesso e o instrumental deste método, familiares ao cirurgião laparoscópico, são características adicionais que facilitaram a nossa motivação com o LESS, comparado com o NOTES. Concluímos então que a técnica descrita nesse estudo prescinde do terceiro pórtico da plataforma, propiciando amadurecer a ideia da criação de dispositivos menores para remoção de peças menos avantajadas, como a vesícula biliar, e ainda, viabiliza a promessa do LESS de melhores resultados cosméticos e menor trauma parietal.</p>	<p>TL 299</p> <p>RESULTADOS DA DUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTES COM TUMORES PERIAMPULARES NA REGIAO DO ALTO TIETE</p> <p>Franz Apodaca Torrez, Fernando Orioli Moraes, Priscila Argento Rebelo, Gilberto Nunes de Oliveira Junior, Silvia Caroline Neves Ribeiro, Victor Luis do Vale Braz</p> <p><i>Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo - SPDM - Mogi das Cruzes - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as características clínicas, epidemiológicas e fundamentalmente, as complicações decorrentes do tratamento cirúrgico de pacientes com neoplasias periampulares no serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo em Mogi das Cruzes - SPDM.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo com coleta de dados do prontuário médico e dos resultados do estudo histopatológico de pacientes submetidos a duodenopancreatectomia clássica ou com preservação do piloro de forma consecutiva, no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: RESULTADOS: Após confirmação do estudo histopatológico de pacientes submetidos a duodenopancreatectomia, foram incluídos 31 pacientes. Destes, 14 (45%) eram do sexo feminino e 17 (55%) do masculino. A faixa etária dos doentes variou de 37 a 76 anos (média de faixa etária de 58 anos). Segundo a localização da neoplasia, 15 pacientes foram de cabeça de pâncreas (48%), 12 de ampola de Vater (39%), 3 do colédoco distal (10%) e um do duodeno (3%). Quatorze doentes (45%) apresentaram complicações, sendo cinco de Cabeça de Pâncreas, cinco de Ampola de Vater, três de Colédoco e um de duodeno. A fistula pancreática foi observada em 6 doentes, porém também observou-se Pneumonia em 4 pacientes; ICC descompensada, Infecção de Ferida Operatória, Deiscência de sutura da pele e Abscesso Hepático foram observadas em 4 pacientes (um cada). A mortalidade perioperatória decorrente de complicações sépticas e descompensação clínica foi observada em 3 pacientes (10%).</p> <p>CONCLUSÕES: CONCLUSÃO: A epidemiologia destes tumores no estudo apresentado foi semelhante aos já relatados, confirmando a prevalência maior do tumor de cabeça de pâncreas. Devido ao tamanho da nossa amostra, não foi possível realizar análise estratificada das complicações e da mortalidade segundo o tipo de neoplasia, no entanto, observamos um índice maior de mortalidade quando comparado aos previamente relatados na literatura.</p>

TL 300	TL 303
<p>TAXA DE CONVERSÃO DA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA O MÉTODO CONVENCIONAL</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, GABRIEL CADIDÉ MELO, MATHEUS SOARES BUJISA, BEATRIZ TEBALDI CARVALHO, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, MATHEUS ESTIDES RODRIGUES FARIA SOUZA, GUSTAVO LIMA NEVES, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colecistectomia corresponde a um dos procedimentos mais realizados ao redor do mundo. A técnica videolaparoscópica é considerada como "padrão ouro" frente às vantagens da técnica convencional, ou aberta. Essa técnica não é isenta de riscos sendo às vezes necessário a conversão, sendo relatado na literatura um percentual de 5 a 10% desse tipo de atitude, devido a fatores inerentes ao procedimento cirúrgico. Nosso estudo tem por objetivo avaliar os motivos das conversões de técnica frente aos pacientes internados para procedimento eletivo de colecistectomia por videolaparoscopia.</p> <p>MÉTODO: Levantamento histórico dos pacientes internados em caráter eletivo, encaminhados do ambulatório de cirurgia geral, para procedimento cirúrgico de colecistectomia por videolaparoscopia, internados no Hospital Estadual Vila Alpina, SECONCI-OSS, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, que tiveram conversão para método aberto, avaliando-se as indicações, prevalência quanto ao sexo e conduta adotada para resolução do problema.</p> <p>RESULTADOS: Foram internadas para colecistectomia por videolaparoscopia eletiva no período estudado 1431 pacientes, sendo 748 (52,3%) em 2017 e 683 (47,7%) em 2018, prevalecendo o sexo feminino em 62,5%, com média de idade 63,6±16,6 anos. A indicação de conversão correspondeu a 12 pacientes (0,5%) sendo 7 (0,4%) por dificuldade de identificação das estruturas, 2 (0,1%) por vesícula escleroatrófica, 1 (0,06%) por Síndrome de Mirizzi, 1 (0,06%) por sangramento e 1 (0,06%) por lesão de via biliar. Dos casos onde houve mudança de procedimento 5 (0,3%) tiveram internação prévia por colecistite aguda, colangite e pancreatite aguda biliar, sendo que 4 (0,2%) realizaram colangiografia transpapilar com papilotomia e colocação de prótese biliar. O tempo médio de internação na mudança de procedimento foi de 7 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: A técnica laparoscópica é a técnica de escolha para o tratamento da colecistite calculosa. Nosso trabalho confirma a literatura quanto a dificuldade na identificação das estruturas decorrentes de aderências ou processo inflamatório crônico. A síndrome de Mirizzi quando diagnosticada no pré-operatório, em muitos casos, já indica de imediato a técnica aberta. Na literatura encontramos predominância de conversão no sexo masculino, o que contradiz nosso Serviço, onde prevaleceu o sexo feminino.</p>	<p>EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA RECIDIVA APOS CIRURGIA DE HERNIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA EM UM UNICO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL, ANÁLISE DE 12 ANOS.</p> <p>LEONARDO EMILIO DA SILVA, MAXLEY MARTINS ALVES, CAROLLYNE RODOVALHO GUERRA CARNEIRO, MARIA FLÁVIA VAZ DE OLIVEIRA, ANDRESSA MARIANE BORBA LIMA, CRISTAL GEOVANA BARUFFI BRITO E CUNHA, RODRIGO BARCELOS FERREIRA DE CARVALHO, CAMILA BOCCHI SIQUEIRA</p> <p><i>Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Obesidade - ICAD Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A recidiva após a cirurgia de hérnia inguinal é um problema clínico considerável, e vários fatores de risco de recorrência, como técnica cirúrgica, re-ocorrência e história familiar, foram identificados. O objetivo do nosso estudo foi descrever as características epidemiológicas da recorrência de hérnia inguinal tratada por videolaparoscopia, bem como investigar os fatores de risco relacionados ao paciente, levando à recidiva após a cirurgia de hérnia inguinal.</p> <p>MÉTODO: estudo descritivo, retrospectivo e observacional de uma série de 44 doentes com recidiva de hérnia inguinal operados todos por videolaparoscopia, nenhum pela técnica de TEP ("total extraperitoneal patch plasty") e todos submetidos ao tratamento laparoscópico da recidiva pela técnica TTPA ("transabdominal preperitoneal patch plasty") pela mesma equipe cirúrgica no período compreendido entre janeiro de 2007 a março de 2019.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade foi de 44±12anos. A maioria foram homens 90% (40). A taxa global de reoperação da hérnia inguinal foi de 4,5% e subdividida em hérnias inguinais indiretas e hérnias inguinais diretas, com taxas de reoperação de 2,2% e 6%, respectivamente (p <0,001 - qui-quadrado). Destes doentes reoperados, 33 (75%) foram doentes operados em outro serviço. Sexo feminino, hérnias inguinais diretas no procedimento primário; operação re-recorrente e tabagismo foram fatores de risco para recidiva após a cirurgia de hérnia inguinal. Em 18 (41%) doentes ficou evidente que o tamanho da tela empregada na primeira cirurgia foi insuficiente para a cobertura do defeito herniário. Para nossa surpresa, em 3 doentes (7%) não foi feita a reparação do defeito herniário. Em 4 doentes houve a migração da tela para cavidade abdominal. Em 2 doentes as telas estavam dobradas sendo que em 1 doente houve recidiva como hérnia femoral; Tivemos 3 doentes com dor inguinal pós-operatória que necessitou tratamento medicamentoso e houve resolução com neurologista. A mortalidade foi zero.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados mostraram que os fatores de risco técnicos relacionados a avaliação criteriosa do tamanho da tela a ser empregada assim como fatores de risco não técnicos (como tabagismo, sexo feminino e hérnias diretas) têm grande impacto no risco de recorrência após a cirurgia de hérnia inguinal. A razão pela qual as hérnias inguinais recidem é mais provavelmente multifatorial e reside na extensão de fatores de risco técnicos e não técnicos relacionados ao paciente e é possível que os diferentes subtipos de hérnia inguinal tenham fisiopatologia diferente.</p>
<p>TL 304</p> <p>HERNIAS INCISIONAIS COMPLEXAS - SERIE DE CASOS TRATADOS COM REALIZACAO DE PNEUMOPERITONEO PRE-OPERATORIO PROGRESSIVO COMPLEX VENTRAL HERNIAS - SERIES OF CASES TREATED WITH REALIZATION OF PRE-OPERATORY PROGRESSIVE PNEUMOPERITONEO LEONARDO MACIEL DA FONSECA,</p> <p>LEONARDO MACIEL DA FONSECA, TIAGO GIAJ-LEVRA VANDALETI, MAX WELLINGTON SATIRO JUSTINO, JUBERT JUNIOR MAGALHAES LIMA, DIEGO DERLY CACERES LESSA</p> <p><i>HOSPITAL DE AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO - INDAIATUBA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: OBJETIVO: Descrever uma série de casos de pacientes Hernias Incisionais Complexas, em que foi empregado o uso de pneumoperitônio progressivo seguido de herniorrafia, bem como discutir suas indicações e limitações. MOTIVAÇÃO: Relatar uma série de casos em que o pneumoperitônio progressivo foi empregado na correção de hérnias complexas com sucesso uma vez que sua indicação ainda se mantém controversa.</p> <p>MÉTODO: MÉTODO: Descrição de casos de pacientes em que foram utilizados a técnica de pneumoperitônio pré-operatório progressivo por 21 dias em pacientes com hérnias incisionais complexas. O Pneumoperitônio Pré-operatório progressivo é um procedimento idealizado há mais de 60 anos, sendo recomendado para pacientes com grandes hérnias da parede abdominal. Esse artifício visa aumentar o espaço intra-abdominal para acomodar melhor o conteúdo herniado.</p> <p>RESULTADOS: RESULTADOS: Série de casos com quatro pacientes com grandes hérnias incisionais, associadas a colostomias e hérnias paracolostômicas, em que foi utilizado o pneumoperitônio progressivo. Recente revisão sistemática listou 15 estudos, envolvendo 269 pacientes, em que foi empregado o PPP no tratamento de hérnias incisionais complexas. O fechamento fascial primário foi alcançado em 226 pacientes (84,0%). Dos pacientes que atingiram o fechamento fascial, 16 pacientes apresentaram recidiva (7,2%). Telas foram utilizadas em um total de 124 pacientes. No total, 33 (12%) pacientes complicações associadas com o PPP.</p> <p>CONCLUSÕES: CONCLUSÃO: Nesta série de casos, o pneumoperitônio pré-operatório progressivo foi eficaz.</p>	<p>TL 308</p> <p>PREVALENCIA DE ACIDENTES MOTOCICLISTICOS E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CURITIBA</p> <p>Regina Maria Goolkate, Barbara Seidinger Souza, Fernanda Proença Lepca, André Barausse da Silva, Gabriel Ramos Jabur</p> <p><i>hospital universitário cajuru - curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar a incidência de acidentes envolvendo motocicletas e fatores que estão associados a esse tipo de trauma, tais como idade das vítimas, principais lesões associadas e a prevalência de acidentes de trabalho envolvendo esse tipo de trauma.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa é de natureza descritivo-quantitativa, desenvolvida em um Hospital Universitário de Curitiba. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário em 1654 pacientes atendidos em sala de emergência, abordando dados demográficos, condições do acidente e aspectos clínicos do paciente entre dezembro do ano de 2016 a fevereiro do ano de 2018. Os dados obtidos foram dispostos em planilha do EXCEL® e analisados de forma descritiva.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, foram avaliados 1654 pacientes e, dentre estes, 387 pacientes foram vítimas de acidente de moto, correspondendo a 23,3% de traumas atendidos, sendo duas vezes mais prevalente que o segundo mecanismo mais relevante (acidente automobilístico – 12,2%). As colisões de moto envolveram principalmente pacientes jovens (0-19 anos - 24%) e adultos (20-59 anos - 27,4%), superando acidentes automobilísticos (jovens 9,3% e adultos 13,7%) e acidentes de bicicleta (jovens 8,6% e adultos 5,4%). As principais lesões envolvidas foram lesões ortopédicas (245 pacientes) e, destas, 35 fraturas expostas (37,2% de todos os casos analisados). O restante abrangeu 8,7% de traumas neurológicos, 7,5% traumas torácicos e 5,94% de abdominais. Além disso, foi constatado que 25% dos paciente envolvidos nesse tipo de trauma estava em horário de trabalho, classificando essas ocorrências, portanto, como acidente de trabalho.</p> <p>CONCLUSÕES: Acidentes de motocicletas representam o principal mecanismo de trauma em um importante serviço de emergência de Curitiba, especialmente na população jovem e adulta. Tais informações são importantes para elaboração de medidas efetivas de prevenção e melhor compreensão dos principais mecanismos de trauma e lesões associadas, pontos chaves para o efetivo atendimento inicial desses pacientes.</p>

TL 309	TL 310
<p>AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A IDADE DE VITIMAS DE TRAUMA E O MECANISMO DE TRAUMA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CURITIBA</p> <p>Regina Maria Goolkate, Barbara Seidinger Souza, Isadora Souza Rocha, Bruno Mancini, Lucas Borsari, Gabriel Ramos Jabur, Luiz Carlos Von Bahten</p> <p><i>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a relação entre o mecanismo de trauma e a idade das vítimas atendidas em sala de emergência de um Hospital Universitário de Curitiba.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritivo-quantitativa. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário em 1654 dos atendidos nesse serviço, abordando condições do acidente e aspectos clínicos da vítima, entre dezembro de 2016 a fevereiro de 2018. Descartaram-se dados incompletos. Os dados obtidos foram dispostos em planilha do Microsoft Excel® e analisados de forma descritiva. Para análise, foram estabelecidas três faixas etárias: 0-18, 19-55 e 56-100 anos. Os mecanismos de trauma avaliados no questionário foram: acidentes de trânsito, ferimentos penetrantes, mordedura animal, queda de nível; havendo ainda um espaço denominado "outros" caso nenhum dos mecanismos acima fosse o responsável pelo trauma.</p> <p>RESULTADOS: Verificou-se que o principal mecanismo de trauma nos pacientes com 0-18 anos e 19-55 anos foi colisão de moto, responsável por 22% e 29% dos traumas nestas faixas etárias, respectivamente. Nos pacientes com 56-100 anos, a queda de mesmo nível foi responsável por 50% dos atendimentos, sendo assim o principal mecanismo traumático nesta faixa etária. Percebeu-se que o segundo principal mecanismo de trauma nas faixas etárias de 0-18, 19-55 e 56-100 anos, foi, respectivamente, queda de mesmo nível, colisão automobilística e atropelamento.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que diferentes faixas etárias são acometidas em diferentes proporções pelos mecanismos de trauma. Desta forma, ações preventivas podem ser desenvolvidas de forma direcionada à cada faixa etária e aos mecanismos de trauma que mais a acometem.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES VITIMAS DE TRAUMA ATENDIDAS EM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CURITIBA-PR</p> <p>Regina Maria Goolkate, Barbara Seidinger Souza, Caroline Montenegro, Isadora Souza Rocha, Gabriel Ramos Jabur, Eduardo Raboni, Luiz Carlos Von Bahten</p> <p><i>Hospital Universitario Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil das vítimas de trauma atendidas em sala de emergência de um Hospital Universitário de Curitiba.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, de característica descritivo-quantitativa. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário em 1654 vítimas atendidas neste serviço, abordando dados demográficos, condições do acidente e aspectos clínicos dos pacientes. Descartaram-se questionários incompletos, restando 1088. As variáveis analisadas neste estudo foram: sexo, idade, escolaridade, acidente de trabalho e mecanismo de trauma. Os dados foram dispostos em planilha do Microsoft Excel® e analisados através de forma descritiva.</p> <p>RESULTADOS: : A razão de atendimento de homens para mulheres foi de 2,2 para 1. Verificou-se que 52,3% dos pacientes possuíam de 16 a 35 anos. Neste intervalo, a faixa etária mais acometida foi a de 21 a 25 anos (15,63%), composta majoritariamente (78,82%) por homens. A maioria dos pacientes (31,6%) possuía Ensino Médio completo. Os mecanismos de trauma mais observados foram: colisão de motocicleta (26%), queda de mesmo nível (18,2%) e colisão automobilística (13%). Em 85,1% dos casos, o trauma não foi devido a acidente de trabalho. Entre os homens, o mecanismo mais comum foi colisão de motocicleta (30,31%) e, entre as mulheres, queda de mesmo nível (30,97%). Porém, na faixa etária mais prevalente (21-25), o mecanismo mais comum foi colisão de motocicleta, independente do sexo, escolaridade e da colisão ter ocorrido em horário de trabalho ou não.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que o perfil da vítima de trauma mais atendida no hospital em questão compreende homens, de 21 a 25 anos, que completaram o Ensino Médio e foram vítimas de colisão de motocicleta fora do horário de trabalho. Tais informações podem direcionar medidas de prevenção voltadas ao perfil de pacientes mais comumente vítima de trauma.</p>

TL 311	TL 313
<p>QUAL O PERFIL DOS PACIENTES TRAZIDOS POR DIFERENTES TIPOS DE TRANSPORTE PRE-HOSPITALAR? ANÁLISE EM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CURITIBA-PR</p> <p>Regina Maria Goolkate, Barbara Seidinger Souza, Brenda Zeferino, William Guizzo, Luiz Carlos Von Bahten, Gabriel Ramos Jabur</p> <p><i>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil dos pacientes trazidos ao serviço de emergência do hospital, avaliando dados como idade, gênero, tipo de trauma, escores de gravidade e procedimentos realizados na cena.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa é de natureza descritivo-quantitativa, desenvolvida em um serviço de emergência de um Hospital Universitário de Curitiba. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário, abordando aspectos do trauma e do paciente, em 1654 vítimas de trauma que adentraram a sala de emergência através de serviços de pré-hospitalar, entre dezembro do ano de 2016 a fevereiro do ano de 2018. Descartaram-se questionários incompletos. Os dados obtidos foram dispostos em planilha do EXCEL® e analisados de forma descritiva.</p> <p>RESULTADOS: 562 (33,97%) foram trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 859 (51,93%), pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Destes últimos, 242 pacientes (28%) eram do sexo feminino e 616 (72%), do sexo masculino. A média de idade dos homens foi de 36 anos (dp:15,11) e a das mulheres, de 38,7 anos (dp:18). Referente aos homens, 82% foram acometidos por traumas contusos, 10% por penetrantes e 7% por traumas combinados. Tais proporções para mulheres foram de 89% para contusos, 7% para penetrantes e 4% para combinados. Essas proporções não apresentam alterações significativas com relação ao tipo de transporte pré-hospitalar. Quando aos escores de gravidade, os pacientes homens trazidos pelo SIATE apresentaram MGAP, GAP e RTS, respectivamente, de 26,49, 22,45 e 7,62; e pelo SAMU, 26,53, 22,36, 7,65. Já as mulheres trazidas pelo SIATE apresentaram respectivamente 27,1, 22,66, 7,69; e pelo SAMU, 26,26, 22,14, 7,74. Durante os atendimentos do SIATE, 88 pacientes necessitaram de procedimentos em cena, sendo 68 acessos venosos e 12 intubações orotraqueais. Nos atendimentos do SAMU, 54 pacientes receberam procedimentos na cena, sendo desses 50 acessos venosos e 3 intubações orotraqueais.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil geral de pacientes trazido pelo pré-hospitalar a esse hospital é homem, por volta da 4ª década de vida, vítima de trauma contuso, de baixo risco, sem necessidade de procedimentos em cena. Além disso, os dados se mostraram com poucas variações quando analisados os mecanismos de trauma e os escores de riscos separadamente segundo o serviço pré-hospitalar realizado.</p>	<p>Considerações a Respeito do Autotransplante Esplênico Pós Esplenectomia Total por Trauma – Revisão Literária</p> <p>MAYZA MARESSA OLIVEIRA, ALBA ALMEIDA RODRIGUES GODOY, ISABELLA PEREIRA MOURA, MARIELI DEOLINDO VIEIRA, BRUNA MARRA SILVA, RENAN LORENZINI, MARIANA THEES PERILLO RODRIGUES, ANA LETICIA ARGENTINO BONONI</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - DF - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A esplenectomia total pós trauma resulta em grandes riscos ao paciente, sendo a sepse o maior deles. Uma alternativa terapêutica que vem sendo utilizada é o autotransplante esplênico, a revisão tem por objetivo elucidar sobre os benefícios que essa técnica pode apresentar para pacientes esplenectomizados.</p> <p>MÉTODO: No mês de fevereiro, foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: PubMed, SciELO. Foi utilizado as seguintes palavras-chave controladas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através do DeCS (descritores em ciências da saúde): "autotransplante", "esplenectomia", onde foram encontrados 105 artigos, dos quais foram selecionados 15. Os artigos incluídos são em inglês e português, de 1994 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: O baço tem funções hematológicas e imunológicas, o que define a sua importância no organismo, a sua retirada pode trazer consequências indesejáveis ao paciente, podendo evoluir até para óbito. Segundo a Associação Americana para Cirurgia de Trauma (AAST), foi estabelecida uma escala de classificação para lesões esplênicas, para diagnosticar o trauma e decidir sobre a conduta mais adequada. Graus I e II podem ser tratados conservadoramente, grau III dependerá da situação de cada paciente e da experiência do cirurgião, pois pode ser usado tanto tratamento conservador quanto cirúrgico, já nos graus IV e V geralmente culminam em cirurgia, seja ela esplenectomias total ou parcial. A ideia de semear tecido esplênico em diferentes locais do abdome se baseia na esplenose, que consiste na implantação natural de segmentos de baço rompido após trauma. O implante autólogo de tecido esplênico tem sido realizado em vários sítios, sendo o grande omento o mais utilizado devido a sua rica vascularização, drenagem pelo sistema porta e alta taxa de depuração bacteriana. O autotransplante de tecido esplênico em bolsas omentais é um procedimento relativamente simples, exigindo não mais do que dez minutos desde a preparação dos fragmentos até a sutura no grande omento. Entretanto, é importante que o paciente esteja hemodinamicamente estável, sem acidose, hipotermia ou coagulopatia, não apresentando lesão grave concomitante. Segundo estudos experimentais, macroscópicos e microscópicos, há confirmação que pacientes após o autotransplante recuperam eficácia morfológica e funcional do tecido esplênico implantado no grande omento. A taxa de complicações é baixa, sendo comparada a taxas de procedimentos cirúrgicos de rotina.</p> <p>CONCLUSÕES: O autotransplante esplênico representa portanto uma alternativa eficaz para pacientes que sofreram esplenectomias totais, principalmente aqueles vítimas de trauma. Em casos onde as lesões esplênicas não podem ser tratadas conservadoramente ou por outras técnicas cirúrgicas, o cirurgião pode avaliar seu paciente individualmente, decidindo se o autotransplante esplênico deve ser tentado para preservar a função esplênica.</p>

<p style="text-align: center;">TL 314</p> <p>PSEUDOANEURISMA POS-TRAUMÁTICO DA ARTERIA ESPLÊNICA . COMPLICAÇÃO NÃO DEPREZÍVEL NO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DO TRAUMA ESPLÊNICO - SÉRIE DE CASOS</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, VICTOR AMMAR VIDAL, Matheus Rangel dos Santos, ALINE DE QUADDROS RANGEL, GABRIEL HENRIQUE ELISIO SANTOS ROCHA</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: DESCREVER UMA PEQUENA SÉRIE DE CASOS E SUA ABORDAGEM EM PACIENTES QUE APRESENTARAM PSEUDOANEURISMA DA ARTERIA ESPLÊNICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE TRAUMA ESPLÊNICO</p> <p>MÉTODO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS PACIENTES QUE APRESENTARAM PSEUDOANEURISMA DA ARTERIA ESPLÊNICA OU RAMOS DURANTE O CURSO DE TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO(TNO) , ANALISANDO MÉTODO DIAGNÓSTICO , MOMENTO DO DIAGNÓSTICO , INCIDÊNCIA DA LESÃO, GRAU DA LESÃO, TIPO DE TRATAMENTO , COMPLICAÇÕES E MORTALIDADE</p> <p>RESULTADOS: NESTA PEQUENA SÉRIE 4 PACIENTES APRESENTARAM PSEUDOANEURISMA NA SUA EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO (EM TORNO DE 8%). TODOS OS DIAGNÓSTICOS FORAM FEITOS POR TOMOGRAFIA . OS PACIENTES APRESENTAVAM LESÕES GRAU III/IV . EM 3 PACIENTES O DIAGNÓSTICO FOI FEITO NO SÉTIMO DIA DO TNO OU APÓS . EM 1 PACIENTE FOI FEITO NO 3 DIA . 2 PACIENTES FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO SENDO REALIZADA ESPLENECTOMIA PARCIAL COM RESSECÇÃO DA LESÃO VASCULAR EM AMBOS OS CASOS . 2 PACIENTES FORAM SUBMETIDOS A ABORDAGEM ENDOVASCULAR . EM 1 PACIENTE FOI REALIZADA EMBOLIZAÇÃO TRONCULAR DA ARTERIA ESPLÊNICA E OUTRO PACIENTE EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DE RAMOS . TANTO NOS PACIENTES SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO E NOS SUBMETIDOS A ABORDAGEM ENDOVASCULAR NÃO HOVERAM COMPLICAÇÕES . A MORTALIDADE FOI NULA . OS PACIENTES FORAM ACOMPANHADOS AMBULATORIALMENTE SEM COMPLICAÇÕES TARDIAS</p> <p>CONCLUSÕES: A COMPLICAÇÃO VASCULAR NOS TRAUMAS ESPLÊNICOS NÃO SÃO DESPREZÍVEIS , COMO MOSTRADA NESTA PEQUENA SÉRIE E DEVEM SER BUSCADAS ATIVAMENTE ATRAVÉS DE MÉTODOS DE IMAGEM . O TRATAMENTO NESTA PEQUENA SÉRIE , SEJA O CIRÚRGICO OU ENDOVASCULAR NÃO APRESENTARAM COMPLICAÇÕES E MORTALIDADE FOI ZERO , PARECENDO SER ABORDAGENS SEGURAS(NESTA PEQUENA SÉRIE!!!) PARA ABORDAGEM DESTA COMPLICAÇÃO DO TNO DE BAÇO .</p>	<p style="text-align: center;">TL 315</p> <p>TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DAS LESÕES CONTUSAS DO BAÇO: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS RESIDENTES EM CIRURGIA GERAL</p> <p>Patrícia Aline Ferri Vivian, André Luiz Tessaro, Douglas Acosta Lemos, Gabriel Rodighiero, Lucas Duda Schmitz, Juarez Antonio Dal Vesco, Jorge Roberto Marcante Carlotto</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O baço é o órgão mais suscetível a lesões graves trauma abdominal contuso, associadas a significativa morbidade e mortalidade. O tratamento das lesões esplênicas evoluiu muito com mudança de uma abordagem estritamente cirúrgica para outra conservadora. Logo, é fundamental que o cirurgião tenha conhecimento a respeito desta terapêutica, a fim de estar habilitado a tomá-la sempre que couber. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de residentes em Cirurgia Geral sobre as medidas que envolvem o tratamento não operatório (TNO) das lesões contusas do baço.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de dezembro de 2016 a março de 2017. Foram estudados, prospectivamente, residentes em Cirurgia Geral de dois serviços na cidade de Passo Fundo-RS, através da aplicação de um questionário que avaliou seu conhecimento sobre elegibilidade de pacientes para TNO das lesões esplênicas contusas, sua aplicação e seguimento. A amostra foi composta por 27 participantes, cujos dados foram analisados em programa estatístico e compilados em forma de artigo científico.</p> <p>RESULTADOS: A maioria dos residentes estava cursando o primeiro ano de residência (77,8%). Grande parte esteve presente em algum tratamento de lesão traumática de baço (70,4%), porém 55,6% acompanharam menos que cinco casos ao ano. 59,3% já acompanharam casos de TNO. Contudo, 74,1% não assistiram a nenhuma aula sobre o tema durante a residência médica; e 59,3% não assistiram a nenhuma sobre trauma abdominal. 51,9% tem conhecimento da escala de lesão esplênica da "American Association for The Surgery of Trauma", e um total de 70,4% acredita que a Tomografia Computadorizada (TC) com contraste é o melhor exame de imagem para a caracterização da lesão esplênica. A estabilidade hemodinâmica mostrou-se o principal quesito relatado para a continuidade desse tratamento (88,9%) e 59,3% dos entrevistados acredita que o grau da lesão é indispensável no seguimento dos pacientes. Equipe cirúrgica 24 horas foi acreditada por 55,6% como essencial para a implementação de TNO. Por outro lado, a 59,3% e 63%, respectivamente, acredita que a caracterização da lesão por TC e o serviço de hemoterapia disponível 24 horas são dispensáveis na implementação dessa conduta. 81,5% dos residentes acredita que não se pode realizar TNO em lesões contusas grau V hemodinamicamente estáveis.</p> <p>CONCLUSÕES: Ainda que as lesões contusas de baço sejam frequentes, o conhecimento teórico e prático dos residentes em Cirurgia Geral sobre seu manejo mostrou-se débil. Portanto, é necessário que seu estudo seja fomentado, o ensino aprimorado e que protocolos sejam implantados para garantir uma formação de qualidade e uma conduta adequada.</p>
<p style="text-align: center;">TL 316</p> <p>APLICAÇÃO DA LAPAROSCOPIA NO TRAUMA COM O OBJETIVO DE REDUZIR A INCIDÊNCIA DE LAPAROTOMIAS</p> <p>Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Sérgio Henrique Bastos Damous, Marcelo Cristiano Rocha, Pedro Henrique Ferreira Alves, Francisco Salles Collet e Silva, Edivaldo Massazo Utiyama</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As laparotomias não terapêuticas ocorrem em até 30% dos traumas contusos, resultam em algum tipo de morbidade em cerca de 20%, e levam ao óbito em até 5% dos casos. Ainda, há um potencial risco de 3% de obstrução intestinal futura decorrente dessa exploração desnecessária. No caso do trauma penetrante, alguns estudos mostram taxas de até 60% de laparotomias não terapêuticas, com uma morbidade de até 40%. A laparoscopia é um método minimamente invasivo que pode ser utilizado em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem trauma cranioencefálico grave. Apesar do potencial diagnóstico e terapêutico dessa abordagem, poucos centros utilizam a laparoscopia nos pacientes traumatizados seja por falta de recursos, por limitações técnicas, ou pelo risco de complicações e lesões despercebidas. Este trabalho tem o objetivo de avaliar a aplicação da laparoscopia em vítimas de trauma contuso ou penetrante na redução da incidência de laparotomias exploradoras, e a segurança dessa abordagem.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo avaliando vítimas de trauma submetidas a abordagem laparoscópica entre Março de 2010 e Março de 2018. Foram coletados dados demográficos, de mecanismo e de gravidade do trauma, perioperatórios e de tempo de internação. As complicações foram avaliadas de acordo com a classificação de Clavien-Dindo modificada para cirurgia de emergência. As laparoscopias foram classificadas em diagnósticas negativas, diagnósticas positivas e terapêuticas. O índice de conversões, o de lesões despercebidas e a taxa de laparotomias evitadas foram determinados.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos 128 pacientes neste estudo. Cento e três são do sexo masculino (80,4%) e 70 casos (54,7%) são de trauma penetrante. Os mecanismos mais frequentes foram ferimento por arma branca (40%), acidente automobilístico (25%), ferimento por arma de fogo (15%) e atropelamento (11%). A mediana de RTS e de ISS foram, respectivamente, 7,84 e 13, tanto para trauma contuso como para penetrante. O TRISS médio dos traumas contusos foi 94% e 83%, dos penetrantes. As indicações mais prevalentes de abordagem laparoscópica foram ferimentos toracoabdominais (28%) e a presença de líquido livre sem lesão de víscera maciça (27%). Houve 94 (73,5%) laparoscopias positivas, das quais 42 (44,6%) foram terapêuticas e 26 (27,7%), não terapêuticas. Apenas doze casos (9,3%) foram convertidos para laparotomia exploradora, e as razões mais comuns de conversão foram dificuldade técnica (33%) e a presença de hemoperitônio moderado/grande (33%). Houve 8 casos (6,2%) de complicações Clavien-Dindo maior ou igual a 3 e apenas um caso de lesão despercebida, que não exigiu reoperação.</p> <p>CONCLUSÕES: A abordagem laparoscópica vítimas de traumatismo evitou uma laparotomia exploradora em 92% dos casos, com uma baixa incidência de complicações relevantes e apenas um caso de lesão despercebida. Dessa forma, a utilização da laparoscopia em casos selecionados permite evitar laparotomias exploradoras, mantendo um perfil de segurança satisfatório.</p>	<p style="text-align: center;">TL 317</p> <p>CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO . PROCEDIMENTO DO PASSADO?</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, FELIPE GUEDES SIQUEIRA, VICTOR AMMAR VIDAL, CARLOS EDUARDO PEÇANHA DE BARROS, BERNARDO GONÇALVES BASTIAN PINTO, LAILA MAGLIANO LEITE, PATRICK SILVEIRA GUIMARÃES</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: NOS DIAS ATUAIS O TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO(TNO) DAS LESÕES ESPLÊNICAS TEM SIDO PRECONIZADO COMO DE ESCOLHA NAS CONDIÇÕES ADEQUADAS . A CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO , TRATAMENTO PADRÃO NOS ANOS 80 , FOI PERDENDO ESPAÇO E HOJE PRATICAMENTE NÃO REALIZADA NA GRANDE MAIORIA DOS SERVIÇOS . O OBJETIVO DO TRABALHO É DEMONSTRAR UMA SÉRIE DE CASOS (60 PACIENTES) ONDE A CIRURGIA CONSERVADORA FOI EMPREGADA COMO FORMA DE TRATAMENTO .</p> <p>MÉTODO: ANÁLISE RETROSPECTIVA E DESCRITIVA BASEADA EM BANCO DE DADOS DO SERVIÇO DE UMA SÉRIE DE 60 CASOS ONDE FORAM UTILIZADAS TÉCNICAS DE CIRURGIA CONSERVADORA NO TRATAMENTO DAS LESÕES ESPLÊNICAS ANALISANDO AS VÁRIAS: MECANISMO DE TRAUMA , TÉCNICA UTILIZADA , MOMENTO DA INDICAÇÃO , COMPLICAÇÕES E MORTALIDADE</p> <p>RESULTADOS: FORAM ANALISADOS 60 PACIENTES NESTA SÉRIE . O MECANISMO DE TRAUMA MAIS FREQUENTE FOI O TRAUMA CONTUSO (85%) . A GRANDE MAIORIA FOI REALIZADA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS . EM 4 PACIENTES FORAM EM FALHAS DO TNO, NUMA FASE MAIS TARDIA .AS LESÕES GRAU III/IV FORAM AS MAIS FREQUENTES TRATADAS . A ESPLENECTOMIA PARCIAL FOI PROCEDIMENTO MAIS REALIZADO. PATCH FORAM UTILIZADOS NA MAIORIA DOS CASOS . EM ALGUNS CASOS (NÃO DESTA SÉRIE) A CIRURGIA CONSERVADORA FOI TENTADA SEM SUCESSO . RAFIA COM PACTH FOI O SEGUNDO PROCEDIMENTO MAIS REALIZADOS . SEGUIDOS DE HEMOSTASIA DIRETA E DE TÉCNICAS DE ESPECIAIS , PARTICULARMENTE NAS LESÕES PENETRANTES . NÃO HOVE NECESSIDADE DE REINTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM NENHUM PACIENTE . EM 1 PACIENTE APRESENTOU SANGRAMENTO PELO DRENO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA . A MAIORIA DOS PACIENTES FOI REALIZADO CONTROLE RADIOLÓGICO COM TOMOGRAFIA MOSTRANDO BOM RESULTADO . A MORTALIDADE DA SÉRIE FOI NULA .</p> <p>CONCLUSÕES: A CIRURGIA CONSERVADORA FOI ABANDONADA NOS ÚLTIMOS ANOS , PRINCIPALMENTE PELO AUMENTO DO TNO DAS LESÕES ESPLÊNICAS . VÁRIOS SERVIÇOS NÃO APRESENTAM AS CONDIÇÕES IDEIAS E SEGURANÇA PARA REALIZAÇÃO DO TNO NO TRAUMA ESPLÊNICO SENDO TRATADOS NA IMENSA MAIORIA COM ESPLENECTOMIA TOTAL. ESTA SÉRIE DEMONSTRA QUE É UM PROCEDIMENTO SEGURO , FACTÍVEL EM VÁRIOS PACIENTES COM UMA PORCENTAGEM MUITO PEQUENA DE COMPLICAÇÕES E SEM MORTALIDADE . A CIRURGIA CONSERVADORA DEVERIA PERMANECER NO ARSENAL TERAPÊUTICO DO CIRURGIÃO DO TRAUMA SENDO UMA DAS OPÇÕES PARA TRATAMENTO DAS INJÚRIAS DO BAÇO , COM BONS RESULTADOS , SEGURANÇA , MANTENDO A FUNÇÃO DO ÓRGÃO MESMO EM CASOS DE LESÕES MAIS GRAVES (LESÃO GRAU III/IV).</p>

TL 318	TL 319
<p>QUAL O MOMENTO IDEAL PARA A TRAQUEOSTOMIA? UM ESTUDO CASO-CONTROLE COMPARATIVO EM UM CENTRO DE TRAUMA NÍVEL 1</p> <p>Silvania Klug Pimentel, Daniela Thais Lorenzi, Marina Capaverde Keller, Thais Fernanda da Luz Filla, Alana Padilha Fontanella, Beatriz Maria Vilaça, Maria Alice Zarate Nissel, Emily Lindsey Pilato</p> <p><i>Hospital do Trabalhador - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo comparar o tempo de internação e de ventilação mecânica invasiva (VMI) entre os pacientes submetidos a traqueostomia (TQT), segundo o momento de sua realização (precoce ou tardia).</p> <p>MÉTODO: Através de estudo retrospectivo observacional tipo caso-controle, foram analisados 91 prontuários de pacientes que realizaram traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um centro de trauma nível 1, no período de janeiro a julho de 2017. As traqueostomias foram consideradas precoces entre 0-6 dias de intubação orotraqueal (IOT) e as tardias após o sétimo dia. A análise estatística foi realizada através do Teste Qui-Quadrado.</p> <p>RESULTADOS: Dos 91 pacientes analisados, 68 eram do sexo masculino. A média de idade foi de 48,8 anos (+/- 20,3). Internamento por trauma correspondeu a 88% dos casos. O tempo médio de UTI foi de 23,8 dias (+/- 15,9) e o de traqueostomia foi de 17,4 dias (+/- 14,8). Foram precoces 53,8% das TQT, sendo IOT prolongada a principal indicação (48,3%). Apenas 10 pacientes apresentaram complicações decorrentes da traqueostomia. A média de APACHE II dos pacientes foi de 17,4 (+/- 6,0) no momento da admissão na UTI. O período médio de internação hospitalar para pacientes submetidos a TQT precoce foi inferior quando comparado a TQT tardia: 26 e 39,5 dias respectivamente (p = 0,0287). O tempo médio de VMI dos pacientes com TQT precoce foi de 16 dias, enquanto que os de TQT tardia foi de 22,5 dias (p = 0,0346).</p> <p>CONCLUSÕES: A traqueostomia precoce está associada a redução do tempo de VMI e do tempo de internação na UTI, assim como demonstra a literatura.</p>	<p>TRAUMA CERVICAL - ANÁLISE DE 150 CASOS</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, FELIPE GUEDES SIQUEIRA, VICTOR AMMAR VIDAL, THIAGO LOPES FIRMINO PINTO, GABRIEL TORRE DE CASTRO INOCENCIO, AUGUSTO CAMPEAO RODRIGUES, MATHEUS RANGEL DOS SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: o objetivo do trabalho é avaliar os pacientes vítimas de Trauma na região cervical, de um serviço de cirurgia, considerando diversos aspectos</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de banco de dados do serviço. Foram selecionados 150 casos com pacientes vítimas de Trauma que acometia a região cervical. Variáveis foram analisadas: lesões associadas extra cervicais, mecanismo de Trauma, localização (zonas cervicais envolvidas), incidência de cervicotomias não terapêuticas, tipos de Acessos utilizados, incidência de lesões e mortalidade</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 150 pacientes em que a região cervical estava envolvida. em 22% dos pacientes outra região estava envolvida, preferencialmente a cavidade torácica a mais frequente. As lesões penetrantes foram as mais frequentes - lesão por arma de fogo e lesão por arma branca. Outros mecanismos são presentes (trauma com garrafas, fragmentos de vidro e etc). O trauma contuso foi mais infrequente (18%) dos casos. Cervicotomias não terapêuticas ocorreram em 19% dos pacientes. Em relação as vias de acesso, a mais utilizada foi a longitudinal anterior, seguida da transversa. Observamos uma variedade de acessos "não padronizados". A lesão na zona II cervical foi a mais frequente, seguida da lesão em zona I. em 15 casos houve lesão em mais de 1 zona. Lesões musculares com sangramento ativo e veias superficiais foram frequentes. Em relações as lesões viscerais, as lesões laringotraqueais foram mais frequentes, seguida das lesões de faringe esofago e da glândula tireoide (5 casos) e da submandibular (2 casos). Lesões vasculares foram frequentes (22%) dos casos, sendo a lesão da veia jugular interna a mais frequente. Das lesões arteriais, as lesões dos vasos subclávios foram mais prevalentes. A mortalidade global foi de 14%, sendo a maioria relacionada a lesões associadas.</p> <p>CONCLUSÕES: As lesões cervicais no Trauma são pouco frequentes mas podem apresentar de formas variáveis. As lesões penetrantes foram as mais frequentes. Observamos uma variedade de acessos, alguns não padronizados, demonstrando ser uma região de pouca conhecimento e experiência do cirurgião que está trabalhando na Emergência e Trauma, necessitando de um maior treinamento. Lesões associadas foram frequentes, denotando uma maior complexidade nesse traumas, um grupo muito heterogêneo de lesões (aerodigestivas, nervosas, vasculares) A mortalidade global traz a gravidade destas lesões e das lesões associados. Em geral são traumas complexos, necessitando de uma abordagem adequada e eficiente para minimizar complicações e mortalidade</p>
<p>TL 320</p> <p>TRAUMA CARDÍACO - PEQUENA SÉRIE DE CASOS</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, FELIPE GUEDES SIQUEIRA, VICTOR AMMAR VIDAL, THIAGO LOPES FIRMINO PINTO, CARLOS EDUARDO PEÇANHA DE BARROS, GABRIEL HENRIQUE ELISIO SANTOS ROCHA, LAILA MAGLIANO LEITE</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O OBJETIVO DO TRABALHO É AVALIAR UM PEQUENA SÉRIE RETROSPECTIVAS DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA COM LESÃO CARDÍACA SUBMETIDAS A TRATAMENTO OU NÃO DENTRO DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA</p> <p>MÉTODO: ANÁLISE RETROSPECTIVA, BASEADA EM BANCO DE DADOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA DO HMLJ, DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA COM LESÃO CARDÍACA AVALIANDO: MECANISMO DE TRAUMA, PROPEDEUTICA UTILIZADA, TIPO DE TRATAMENTO, VIAS DE ACESSO, LOCALIZAÇÃO DA LESÃO, COMPLICAÇÕES E MORTALIDADE.</p> <p>RESULTADOS: NESTA SÉRIE AVALIADA FORAM IDENTIFICADAS 16 PACIENTES COM LESÕES CARDÍACAS. 15 PACIENTES FORAM VÍTIMAS DE LESÕES PENETRANTES SENDO A MAIORIA LESÃO POR ARMA BRANCA. TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO FOI REALIZADA EM 2 CASOS, QUE EVOLUIRAM COM ÓBITO. O DIAGNÓSTICO FOI FEITO POR PERICARDIOCENTESE EM 1 CASO, TORACOTOMIA EMERGENCIAL EM 7 PACIENTES, JANELA PERICÁRDIA EM 2 CASOS, TOMOGRAFIA EM 2 CASOS E USG EM 3 CASOS (COMBINADOS COM TC). 7 PACIENTES FORAM TRATADOS COM MAIS DE 12 HORAS INTERNADOS. AS TORACOTOMIAS ANTERIORES FORAM A VIA DE ACESSO UTILIZADO, SENDO A TORACOTOMIA ANTERIOR ESQUERDA A MAIS UTILIZADA SEGUIDA DA BITORACOTOMIA. A ESTERNOTOMIA NÃO FOI UTILIZADA EM NENHUM PACIENTE. EM 1 PACIENTE, TRAUMA CONTUSO OCORREU UMA LESÃO DESPERCEBIDA, OPERADO 24HS APÓS O TRAUMA COM ÓBITO NA INDUÇÃO. A CAMARA CARDÍACA MAIS LESADA FOI O VENTRÍCULO DIREITO. COMPLICAÇÕES PLEURAIS OCORRERAM EM 3 PACIENTES. NO TOTAL, 6 PACIENTES FORAM A ÓBITO (2 NA REANIMAÇÃO), 3 NAS PRIMEIRAS 24HS E APENAS 1 ÓBITO 2 SEMANAS APÓS O TRAUMA DECORRENTE DE COMPLICAÇÕES TARDIAS. TODOS OS PACIENTES QUE VIVERAM APÓS 24HS FORAM REALIZADOS ECOCARDIOGRAFIA DE CONTROLE SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS</p> <p>CONCLUSÕES: AS LESÕES CARDÍACAS SÃO ENTIDADES RARAS SENDO AS LESÕES PENETRANTES POR ARMA BRANCA AS QUE MAIS "CHEGAM" AO HOSPITAL. O DIAGNÓSTICO COM ALGUMA FREQUENCIA NÃO É TÃO EVIDENTE, SENDO A SUSPEIÇÃO CLÍNICA FUNDAMENTAL, NESTA SÉRIE UM GRUPO DE PACIENTES TEVE SEU TRATAMENTO RETARDADO E EM 1 CASO NÃO DIAGNÓSTICA. AS TORACOTOMIAS ANTERIORES CONSEGUEM ACESSO PARA RESOLUÇÃO NA MAIORIA DOS CASOS. NESTA SÉRIE NÃO FOI REALIZADA ESTERNOTOMIA. A MORTALIDADE OCORRE NAS PRIMEIRAS HORAS, PRINCIPALMENTE NOS PACIENTES QUE DÃO ENTRADA MAIS CRÍTICOS</p>	<p>TL 321</p> <p>Controle de Dano de Lesão Vasculá Complexa Cervicotorácica - Revisão da literatura e Relato de caso</p> <p>CARLOS EDUARDO PEÇANHA DE BARROS, BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, MATHEUS RANGEL DOS SANTOS, VICTOR AMMAR VIDAL</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relato de caso de lesão vascular cervical complexa com uso de técnicas de controle de dano vascular, além de revisão bibliográfica</p> <p>MÉTODO: Paciente, J.F.B., 25 anos, vítima de agressão por múltiplos projéteis de arma de fogo, apresentando lesão vascular complexa (fístula axilo-subclávia e explosão da confluência jugulo-subclávia). Utilizadas diversas técnicas para controle de dano vascular, como tamponamento por compressas, "shunt" temporário axilo-subclávio e ligadura venosa. Foi realizada uma revisão da literatura no banco de dados do PUBMED, onde o número de artigos relacionados ao controle de dano vascular foi significativamente baixo. Além disso, buscamos nas referências dos artigos selecionados, outros trabalhos relevantes para essa revisão, assim como sugestão de especialistas na área. Através de nossos critérios de inclusão selecionamos alguns artigos, que foram utilizados como base para a realização desta revisão. Resultados: Paciente tratado com sucesso através de 1</p> <p>RESULTADOS: PACIENTE TRATADO COM DIVERSAS TÉCNICAS E TÁTICAS DE CONTROLE DE DANO VASCULAR. REALIZADA LIGADURA DE TRONCOS VENOSOS (VEIA SUBCLAVIA DIREITA E JUGULAR D). COM SHUNT DE NELATON NA ARTERIA SUBCLAVIA-AXILAR E TAMPONAMENTO COM COMPRESSAS NA REGIÃO SUPRACLAVICULAR. REOPERADO EM 24HS COM RECONSTRUÇÃO COM PONTE DE SAFENA E APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO POS-OPERATÓRIA. A DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS COM PACKING NESTA REGIÃO SÃO RARAMENTE MENCIONADAS NA LITERATURA, BEM COMO O USO DE SHUNT TEMPORÁRIO NESTE SEGMENTO VASCULAR.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso de shunt temporário em cirurgias de controle de dano vascular cervical, bem como essas técnicas utilizadas neste caso e associação delas, propicia a indicação da cirurgia em dois tempos para, primeiramente, chegar-se ao restabelecimento de homeostasia de forma adequada e, posteriormente, visar a uma intervenção definitiva. Conclui-se que o uso deste tipo de shunt, apesar do uso limitado, como no caso apresentado, foi considerado um procedimento eficaz.</p>

TL 322	TL 323
<p>A ULTRASSONOGRAFIA POINT OF CARE PODE SER INCORPORADA NAS DRENAGENS TORACICAS? UMA REVISAO SISTEMATICA DE POTENCIAIS APLICACOES PARA REDUZIR AS COMPLICACOES DO PROCEDIMENTO</p> <p>Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Everson L A Arifon, Adriano Ribeiro Meyer-Pflug, Marcelo Cristiano Rocha, Edivaldo Massazo Utiyama</p> <p><i>Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apesar de ser um procedimento comumente realizado, a drenagem pleural ainda está associada com uma taxa de complicações de até 30%. A despeito dos benefícios já comprovados de se utilizar a ultrassonografia como adjunto de procedimentos intervencionistas, há poucos trabalhos sobre a incorporação dessa ferramenta nas drenagens pleurais. Um dos motivos para isso é não haver uma análise das aplicações ultrassonográficas que podem potencialmente reduzir a incidência de complicações desse procedimento. Dessa forma, o objetivo desta revisão é analisar as técnicas ultrassonográficas que podem ser incorporadas ao procedimento com o intuito de reduzir as complicações da drenagem pleural.</p> <p>MÉTODO: Esta revisão foi conduzida de acordo com os guidelines PRISMA e está registrada na PROSPERO (CRD42018114500). A pesquisa por artigos englobou as bases de dados MEDLINE/Pubmed, Embase e SCOPUS e foi conduzida em setembro de 2017. Não houve restrições de linguagem. Apenas estudos prospectivos, retrospectivos e séries de casos foram incluídos para análise qualitativa. Todos os estudos incluídos foram avaliados quanto ao risco de vieses pelas ferramentas Cochrane Risk of Bias Assessment tool e NHLBI Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies.</p> <p>RESULTADOS: Foram identificados 3012 estudos nessas bases de dados, dos quais 19 foram selecionados para avaliação pormenorizada em vista da relevância. Desses, 13 trabalhos foram excluídos porque não preenchiam os critérios de inclusão especificados previamente. Seis estudos foram incluídos para a análise qualitativa. Desses, 3 estudos avaliaram a utilização do ultrassom para excluir posicionamento subcutâneo do dreno, demonstrando sensibilidade de 100% e especificidade de 97%. Um estudo avaliou o uso da ultrassonografia para evitar drenagens subdiafragmáticas usando como controle os parâmetros anatômicos mais utilizados. Nesse estudo, evidenciou-se que houve risco de drenagens subdiafragmáticas em cerca de 25% dos casos sem utilizar o ultrassom. Dois estudos avaliaram a capacidade de se identificar artérias intercostais vulneráveis com a ultrassonografia, determinando uma sensibilidade de 95% e uma especificidade de 97%.</p> <p>CONCLUSÕES: Esta revisão sistemática demonstra que já existem técnicas ultrassonográficas que podem ser incorporadas nas drenagens torácicas com o intuito de reduzir complicações. A identificação precoce do mau posicionamento do dreno (subcutâneo) evita os riscos de manter a cavidade pleural não drenada até a realização de outros exames, o que pode ser catastrófico nos casos de pneumotórax, por exemplo. A visualização direta do diafragma permite que o cirurgião possa realizar a inserção do dreno sem risco de drenagens subdiafragmáticas ou lesões viscerais abdominais. A exclusão de uma artéria intercostal vulnerável no trajeto escolhido para a drenagem pode potencialmente reduzir as lesões iatrogênicas dessas estruturas.</p>	<p>RELAÇÃO ENTRE SARCOPENIA E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATORIAS NO CÂNCER GASTROINTESTINAL.</p> <p>Camila Cava Miguel, Virginia Desirée Mendes Moraes Kliemann, Camila Brandao Polakowski, Vinicius Basso Preti, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Vitor Arce Cathcart Ferreira, Philippe Abreu, Danilo Saavedra</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar a presença de sarcopenia com a presença de complicações pós-operatórias em pacientes idosos portadores de câncer gastrointestinal.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. No período de março de 2016 até outubro de 2016, realizamos estudo prospectivo incluindo 46 pacientes idosos submetidos a cirurgia eletiva de caráter curativo para tratamento de câncer gastrointestinal, no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. A Sarcopenia foi identificada utilizando os critérios definidos pelo Grupo Europeu de Trabalho sobre Sarcopenia em Pacientes Idosos. O perfil nutricional dos pacientes foi avaliado pelo Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), parâmetros bioquímicos (transferrina, albumina, contagem total de leucócitos) e Índice de Massa Corporal. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS 23.0. Aplicados o teste t de Student, Qui-quadrado com correção de Fisher, curva ROC e análise de regressão não linear, considerando para a significância estatística um p<0,05 com 95% de intervalo de confiança.</p> <p>RESULTADOS: A mediana da idade do grupo foi de 72 anos, o sexo masculino representado em 30 (65,2%) dos casos. As cirurgias foram 30 (74%) para tratamento de Câncer Colorretal, 10 (21,7%) Gastroctomias, 2 (4,3%) Esofagectomias. Verificamos no estadiamento clínico que mais da metade dos pacientes tinham doença localmente avançada. Doenças associadas estavam presentes em 43 (65,3%) pacientes. Apenas 13 (28,3%) pacientes foram submetidos a tratamento neo-adjuvante. A perda de peso foi significativa em 15 (32,6%) pacientes. Apresentavam critérios que nos permitiram defini-los como sarcopênicos 14 (30,4%) dos pacientes, e foram assim classificados: pre-sarcopênicos 6 (13%), Sarcopênicos 7 (15,2%) e Sarcopênicos graves 1(2,2%). A sarcopenia foi associada a um aumento das complicações pós-operatórias (p = 0,003), além de um aumento no tempo de internação hospitalar (p = 0,042). A curva ROC mostrou área sob a curva de 0,807, e a análise de regressão não linear demonstrou que 80% dos pacientes com sarcopenia apresentam maior risco de complicações pós-operatórias.</p> <p>CONCLUSÕES: A sarcopenia é um fator de risco independente para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias e está associada ao aumento do tempo de internação hospitalar. Uma eficaz intervenção nutricional deve ser proposta neste tipo de pacientes.</p>
<p>TL 324</p> <p>ACERTO (JEJUM PRE-OPERATORIO ABREVIADO) FAVORECE REALIMENTACAO POS-OPERATORIA COM MENOR CUSTO DE INTERNACAO HOSPITALAR.</p> <p>Phillipe Abreu, Camila Brandao Polakowski, Marina Lopes, Danio Saavedra, Raphaella Ferreira, Vinicius Basso Preti, Flavio Daniel Saavedra Tomasich</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Protocolos de abreviação do jejum pré-operatório são cada vez mais adotados por hospitais em todo o mundo. Em hospitais oncológicos há maior dificuldade na implantação de mudanças de protocolos. Realizamos este estudo para avaliar a viabilidade de abreviação do jejum em cirurgias colorretais, bem como o impacto no desfecho cirúrgico dos pacientes.</p> <p>MÉTODO: estudo prospectivo comparativo randomizado com pacientes submetidos a cirurgias eletivas colorretais por câncer no período de maio a setembro de 2017. Os pacientes foram randomizados eletronicamente em dois grupos de acordo com o jejum pré-operatório a ser adotado: convencional ou abreviado. O grupo do jejum abreviado recebeu 1 dose de maltodextrina na manhã da cirurgia, e outra dose 2h antes do procedimento. O grupo controle permaneceu em jejum desde a noite prévia ao procedimento. Os dados foram expressos como média e desvio padrão. O teste t de Student foi aplicado para variáveis numéricas contínuas. O teste não paramétrico Mann-Whitney foi utilizado para variáveis numéricas independentes com distribuição não normal. O teste do qui-quadrado com correção de Fischer foi empregado para variáveis categóricas. As taxas de tempo para evento foram estimadas pelo método Kaplan-Meier e comparadas com o teste log-rank. Preditores de desfecho foram identificados com regressão Cox. Os dados foram tabulados e analisados através dos sistemas SPSS v23.0 e STATA v15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos 36 pacientes, sendo 3 excluídos por questões logísticas. Dos 33 pacientes incluídos, 15 seguiram o protocolo jejum abreviado e 18 o jejum convencional. Ambos grupos apresentaram perfis comparáveis (Tabela 1). Nenhum paciente foi submetido a preparo mecânico do cólon. Em 69.7% dos casos a cirurgia envolveu dissecação baixa do reto. Os procedimentos foram equivalentes em relação às variáveis intra-operatórias e complicações graves. O tempo para atingir realimentação plena foi menor para o jejum abreviado (10 vs 16 dias, p=0.001), assim como o tempo de internação hospitalar (2 vs 4 dias, p=0.009). Os custos hospitalares foram menores no jejum abreviado (331 vs 682 reais, p<0.001). A análise univariável revelou correlação entre a realimentação plena e o jejum abreviado [HR 0.29 (IC95% 0.12-0.68)] e com a distensão abdominal [HR 0.12 (IC95% 0.01-0.94)]. Após análise multivariável, o jejum abreviado apresentou menor tempo para realimentação plena [HR 0.39 (IC95% 0.16-0.92)]</p> <p>CONCLUSÕES: O jejum pré-operatório abreviado favorece a recuperação metabólico-nutricional, diminuindo o tempo para realimentação plena. A implantação do protocolo de abreviação do jejum reduz custos de internação hospitalar</p>	<p>TL 325</p> <p>ACURACIA DO ULTRASSOM REALIZADO POR ALUNOS DE UM CURSO DE ULTRASSONOGRAFIA POINT OF CARE COMO ADJUNTO DE DRENAGEM PLEURAL EM UM MODELO DE TREINAMENTO</p> <p>Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Thiago Ianner Silva, Vitor Marcondes Ramos, Marcelo Cristiano Rocha, Adriano Robeiro Meyer-Pflug, Edivaldo Massazo Utiyama</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A drenagem pleural é um procedimento frequentemente realizado, porém ainda apresenta elevada taxa de complicações, especialmente em situações de urgência. Dentre as complicações mais comuns relacionados à técnica estão a inserção baixa do dreno, com risco de lesões viscerais, e o posicionamento do dreno no subcutâneo. A incorporação do ultrassom como adjunto das drenagens pleurais pode evitar inserções subdiafragmáticas pois permite visualização direta do órgão. Ainda, auxilia na identificação precoce do mau posicionamento do dreno, permitindo resolução rápida da intercorrência. O objetivo deste trabalho foi avaliar a capacidade de alunos identificarem o local de inserção do dreno e sua posição (intra ou extrapleural) após participarem de um curso teórico-prático de ultrassonografia point of care.</p> <p>MÉTODO: O curso compreendeu um módulo teórico, em que o aluno assistiu a videoaulas sobre os tópicos do curso, e um prático, em que o aluno executou as avaliações e procedimentos em modelos humanos, sintéticos e tecidos biológicos (suínos). Após o curso, os alunos realizaram uma prova prática que contemplava o conteúdo do curso. Uma dessas estações era a de drenagem pleural em que cada aluno avaliava dois drenos aleatoriamente inseridos acima ou abaixo do diafragma, e posicionados profundamente às costelas (intrapleural ou intrabdominal) ou no subcutâneo. O aluno deveria identificar o diafragma do suíno e referir se a inserção do dreno estava abaixo ou acima da projeção do órgão. Em seguida, deveria identificar se o dreno estava dentro do espaço pleural ou fora dele.</p> <p>RESULTADOS: 18 alunos participaram do curso teórico-prático e da prova prática. Desses, 12 (67%) eram médicos com formação completa, 5 (28%) eram residentes e 1 (5%) era aluno do quinto ano de Medicina. 4 (22%) alunos relatavam ter feito algum curso de ultrassonografia previamente, porém sem abordagem da utilização do ultrassom como adjunto da drenagem pleural. Os resultados da prova prática demonstraram sensibilidade de 94% e especificidade de 77% para a avaliação do sítio de inserção do dreno. Em relação ao seu posicionamento, este estudo demonstrou sensibilidade de 100% e especificidade de 94%.</p> <p>CONCLUSÕES: Este estudo demonstra que a incorporação do ultrassom, mesmo que utilizado por pessoas sem muita experiência com o método, pode identificar um sítio seguro para inserção do dreno pleural e seu posicionamento após o procedimento. A incorporação dessa ferramenta como adjunto da drenagem pleural pode potencialmente reduzir a incidência de inserções subdiafragmáticas e lesões de vísceras. Ainda, a identificação de uma drenagem ineficiente pode reduzir a morbidade dos pacientes ao indicar a necessidade de redrenagem precocemente.</p>

TL 326	TL 327
<p>CISTOS MESENTERICOS: REVISAO DA LITERATURA E RELATOS DE CASOS</p> <p>Margarida Cândido Guimarães Freire, João Bosco Chadu Junior, Pedro Guimarães Cândido Freire, Kelly Martins Kawakami, Jefferson Alvim Oliveira, Camila Leles Nascimento, Mariana Akemi Moraes, Vanessa Maria Monteiro</p> <p><i>Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Discutir aspectos epidemiológicos, etiológicos, patológicos, clínicos e tratamento dos cistos mesentéricos (CM). Métodos: revisão da literatura e relato de casos de CM</p> <p>MÉTODO: Revisão de literatura e relatos de casos de cistos mesentéricos.</p> <p>RESULTADOS: Caso 01. FNMG, 45 anos, feminino, procurou o ambulatório com história de dor abdominal de início há 2 meses em andar inferior direito do abdome. Realizou ultrassonografia abdominal que mostrou lesão cística retroperitoneal à esquerda, em íntimo contato com a aorta e rim esquerdo de 9,4 x 5,6 x 8,2 cm, e volume de 230 ml. Solicitada tomografia de abdome com volumosa imagem retroperitoneal, sugestiva de cisto de mesentério de 8,2 x 4,4 x 7,5 cm em íntimo contato com a aorta, rim esquerdo e músculo psoas. Paciente submetida à ressecção de cisto retroperitoneal por abordagem videolaparoscópica sem intercorrências e alta no 1º dia de pós-operatório (DPO). O anátomo – patológico mostrou na dosagem do líquido do cisto presença de quilomicrons e aumento dos triglicérides, confirmam o diagnóstico histológico de linfangioma. Paciente no 18o DPO sem queixas. Caso 02: DDLO, 70 anos, feminino, compareceu ao serviço com queixa de dor abdominal inespecífica há 10 meses. A tomografia de abdome evidenciou lesão cística, homogênea, paredes finas, localizada em flanco direito, íntimo contato com alça de intestino delgado e com medida de 7,2 x 6,8 cm. Ao exame físico apresentava massa palpável em flanco direito. Foi realizada ressecção por videolaparoscopia de cisto do mesentério do íleo terminal. Paciente recebeu alta no 2o DPO e o anátomo-patológico evidenciou mesotelioma cístico benigno. Paciente no 5o mês de PO sem sinais de recidiva. Revisão de literatura: Os CM ocorrem em 1 a 100.000 pacientes, e sua origem se dá no mesentério do intestino delgado, mas podem aparecer em qualquer parte do trato gastro-intestinal. A etiologia mais aceita é o surgimento de ductos linfáticos anômalos com falha na comunicação com o sistema linfático remanescente. A dificuldade diagnóstica encontra-se na diversidade de apresentações e sintomatologias. A apresentação pode ser com sintomas, como distensão abdominal, associada ou não a dor, náuseas e vômitos, anorexia e em alguns casos pode se palpar uma massa abdominal e apresentar-se como abdome agudo. A maioria é assintomática. Os exames de imagem utilizados são o ultrassom abdominal (US), tomografia computadorizada (TC), e a ressonância nuclear magnética (RNM). A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, podendo ser realizada por videolaparoscopia ou via aberta, algumas vezes com necessidade de ressecção intestinal associada. Outros tratamentos, como, enucleação do cisto, ressecção parcial com marsupialização e drenagem podem ser realizadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Os cistos mesentéricos são entidades raras. Geralmente são achados de exames de imagem com poucos sintomas ou assintomáticos. O tratamento cirúrgico é o manejo de escolha da doença.</p>	<p>INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO</p> <p>GUSTAVO LIMA NEVES, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, BEATRIZ TEBALDI CARVALHO, CAMILA COSTA SILVA, CAMILA MIE KAWATA YOSHIDA, MATHEUS SOARES BUISSA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, MÁRIO LUIZ QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a incidência de infecção de sítio cirúrgico dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico em caráter de urgência e eletivo no Hospital Estadual Vila Alpina-SECONCI-OSS, no período dos meses de janeiro a dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Realizado estudo individualizado observacional transversal e retrospectivo em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar com coleta de dados de prontuário e no retorno ambulatorial dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico. Nesta coleta foi avaliada a quantidade absoluta de pacientes que apresentaram infecção na ferida cirúrgica, seguindo a definição como sendo a infecção que ocorre em tempo de 30 dias após a cirurgia ou até um ano, quando utilizadas próteses cirúrgicas.</p> <p>RESULTADOS: Dentre os 1833 pacientes operados no período analisado, 22 (1,2%) evoluíram com infecção do sítio cirúrgico. Quanto à sazonalidade, houve prevalência no mês de janeiro, correspondendo a 3% dos pacientes. O maior percentual de infecção da ferida cirúrgica correspondeu aos pacientes submetidos a cirurgia em caráter de urgência, em 68,1%, predominando as laparotomias exploradoras por abdome agudo inflamatório, em 73,3%, enquanto no grupo das cirurgias eletivas houve predomínio dos pacientes submetidos a correção de hérnia da parede abdominal e inguinal, em 71,4%.</p> <p>CONCLUSÕES: No Brasil a infecção do sítio cirúrgico ocupa a terceira posição dentre as infecções encontradas nos serviços de saúde e compreende de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados. A taxa média de infecção da ferida operatória estimada no Brasil gira em torno de 7,7%. Comparativamente, o resultado encontrado em nosso estudo apresenta uma incidência menor do que a literatura brasileira, apesar de apresentar residentes no serviço o que poderia sugerir um aumento na taxa de incidência devido a inexperiência dos mesmos em técnicas de assepsia e antisepsia, entretanto o início dos novos residentes é no mês de março. Deve-se levar em consideração que taxa de infecção da ferida cirúrgica pode ser subestimada, uma vez que uma parcela dos pacientes não retornam no acompanhamento ambulatorial.</p>
<p>TL 328</p> <p>EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP NO TRATAMENTO DO LEIOMIOSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR</p> <p>LENIRA CHIERENTIN RENGEL, FREDERICO RIBEIRO JUNIOR TEIXEIRA, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA, FABIO OLIVEIRA FERREIRA, EDUARDO HIROSHI AKAIISHI, ANDRE LUIS FREITAS PERINA, SERGIO DIAS COUTO NETTO, LUCAS AFONSO DAIA</p> <p><i>HCFMUSP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos epidemiológicos, técnicos e oncológicos no diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes que apresentam leiomiossarcoma de veia cava, patologia extremamente rara e complexa. Mostraremos a experiência da nossa equipe, com dados de 11 pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do sarcoma de veia cava inferior, além dos aspectos técnicos envolvidos, e dados da morbimortalidade, seguimento livre de doença e sobrevida global.</p> <p>MÉTODO: Coorte retrospectiva de 11 casos de leiomiossarcoma de cava, entre 2003 a 2018, com análise epidemiológica, técnica cirúrgica e reconstrução vascular, tempo cirúrgico, necessidade de ressecção multivisceral e transfusão sanguínea, tempo de internação, morbidades / complicações, mortalidade, tempo livre de doença, e sobrevida.</p> <p>RESULTADOS: 11 pacientes submetidos à ressecção total do sarcoma de cava, com intenção radical curativa. 7 pacientes foram submetidos à ressecção multivisceral, sendo o rim o órgão mais ressecado. A reconstrução vascular foi necessária em 8 pacientes. 1 óbito relatado no pós-operatório, secundário a acidente vascular cerebral hemorrágico em vigência de anticoagulação. Demais pacientes em seguimento oncológico. A localização do tumor descrita usando a descrição de Kulaylat, e a mediana do tamanho do tumor foi de 10 cm. A taxa de sobrevida global em 3 e 5 anos foi de 100 e 25%, respectivamente. A taxa de sobrevida livre de doença em 3 e 5 anos foi de 57 e 20%, respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, o leiomiossarcoma de veia cava inferior é uma neoplasia retroperitoneal rara e grave, com necessidade de ressecção multivisceral, permanecendo um desafio cirúrgico. O tratamento requer numerosos cirurgiões experientes e o impacto das margens livres microscópicas permanece incerto. A reconstrução vascular depende de vários aspectos relacionados, principalmente à topografia do tumor.</p>	<p>TL 329</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA DE URGENCIA PELA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA</p> <p>Pedro Guido Sartori, Mateus Alessio Pereira, Isadora Frois Ourique, Betina Vescovi, Filipe Lopes, Rafael Boeira Pansard, Cristiano Antoniazzi Abaid</p> <p><i>Hospital Universitário de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O HUSM é o serviço de referência na região central do estado do RS para casos de trauma grave e patologias cirúrgicas exigindo tratamento de alta e média complexidade pelo SUS. Tendo como porta de entrada o Pronto Socorro referenciado, são realizadas rotineiramente laparotomias exploradoras (LE) em caráter de urgência e emergência. A realização de LE de alta qualidade continua sendo um desafio para os médicos e gestores de saúde por todo o mundo, os desfechos após estes procedimentos são piores quando comparados com as cirurgias eletivas. Apesar do volume cirúrgico, não temos dados epidemiológicos recentes sobre esta população. O presente estudo tem por objetivo levantar dados desta história recente em comparação com a literatura mundial, tornando possível o reconhecimento do perfil de patologias, pacientes e desfechos na nossa realidade.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, de abordagem quantitativa. Foram incluídos todos os pacientes submetidos a laparotomia exploradora pela equipe da Cirurgia Geral do HUSM de agosto/2017 a julho/2018 em caráter de urgência. Não foram revisados casos pediátricos (<15 anos) ou de outras equipes do HUSM. Procedimentos de menor porte que tipicamente não são registrados como LE no nosso serviço também não foram incluídos. Foram utilizados como fonte de dados os prontuários eletrônicos dos pacientes da população alvo do estudo. A coleta de dados foi realizada pelos autores do trabalho tendo como instrumento um formulário de preenchimento padrão com múltiplas variáveis elaborado pelos autores (de dados demográficos até tempo de internação, NPO, SNG, drenos, Clavien-Dindo...)</p> <p>RESULTADOS: Foram revisados 200 prontuários que formavam a população do estudo. Dois casos foram excluídos, pois ambos eram pacientes em internação prolongada, com múltiplas comorbidades e sem achados significativos à LE. Dentre os demais 198, tivemos 149 casos de abdome agudo não traumático (AA) e 49 casos de trauma. Obteve-se uma mortalidade total elevada (25,2%). Relacionamos esse dado à idade dos pacientes, comorbidades, ASA, instabilidade pré operatória, indisponibilidade de UTI e diagnóstico tardio devido à organização do sistema. Dentre os traumas, esses fatores foram menos frequentes, resultando numa mortalidade de 6%. AA vascular e obstrutivo tiveram relação com desfecho desfavorável.</p> <p>CONCLUSÕES: - Houve predomínio do sexo masculino (59,6%). Média total de idade 54,4 anos, sendo os idosos maior parte dos AAs (média 60,4 anos) e os menores de 40 anos maior parte das vítimas de trauma (média 36,4 anos). 80,8% da população é natural da região. - Hipertensão foi a comorbidade mais prevalente (32%). 45,5% apresentavam ASA ≥ III. 24,5% dos casos tiveram registrado episódio de instabilidade pré operatória. - Tempo cirúrgico médio: 121 min. Diagnóstico mais frequente: neoplasia colorretal (13%). - 39% dos pacientes sem complicação pós operatória alguma registrada; 20,7% complicações leves; 14,14% complicações graves; 25,2% foram a óbito na internação.</p>

TL 330	TL 331
<p>PERFIL DE COMORBIDADES DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG</p> <p>Lucas Maia Costa Eloy Pimenta, Guilherme Augusto Costa, Andressa Mariane Borba Lima, Álvaro Guimarães Vieira, Emerson Moura Rodrigues, Rafael Ferreira Martins, Tayro Silva Vieira, Walter Biassi Silva Neto</p> <p><i>Hospital das Clínicas - UFG - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil de comorbidades dos pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia geral do Hospital das Clínicas-UFG, um hospital terciário, entre o período de 2014 a 2017. No campo da cirurgia geral, a comorbidade é um importante fator na evolução clínica, no tempo de internação, nos custos hospitalares, nas complicações operatórias, na taxa de readmissão e no sucesso do tratamento. Estratificando esse perfil, pode-se melhor planejar o tratamento destes pacientes.</p> <p>MÉTODO: Os dados utilizados na análise, colhidos no Ambulatório da Cirurgia Geral no HC-UFG estão equipados informações a respeito de 2164 pacientes. Os dados cadastrados pela própria equipe de atendimento a partir de seus prontuários, conta com pacientes procedentes de diversas cidades brasileiras que o HC-UFG oferece serviços. Foram selecionados prontuários de atendimentos de 2014 a 2017, apresentando as mais diversas comorbidades, sendo os acometimentos cardiovasculares, endócrinos, herniações e digestivos os escolhidos para análise do presente estudo. Para a coleta desses dados foi usada uma planilha Excel com variáveis, entre elas data de nascimento, sexo, idade, procedência, diagnóstico e a comorbidade. A variável diagnóstico foi elencada em razão da queixa principal da consulta ou do objetivo do procedimento cirúrgico. A faixa etária variou de 18 a 95 anos.</p> <p>RESULTADOS: Dos 2164 pacientes analisados, observou-se como comorbidade mais prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo que 758 (35%) eram portadores de HAS e outras comorbidades e 155 (7,2%) apresentavam a doença isoladamente. Foi relevante também o número de pacientes que apresentavam síndromes metabólicas como Diabetes Mellitus (DM) e obesidade como comorbidade, totalizando 284 (13,1%) com DM e 204 (9,4%) obesos, sendo 166 (7,7%) obesos mórbidos. Hérnia inguinal é listada como comorbidade em 228 (10,5%) pacientes, já a hérnia incisional e a umbilical aparecem, respectivamente, em 224 (10,4%) e 117 (5,4%) pacientes. Dentre as comorbidades que afetam o sistema digestivo, a Doença do Refluxo Gastroesofágico foi presente em 198 (9,1%) dos pacientes. Além dessas, outras comorbidades foram listadas com menos frequência como aneurisma de aorta, em 12 (0,6%), e bloqueio atrioventricular, em 7 (0,3%) pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Quando comparamos comorbidades pré-operatórias com as taxas de complicações pós-operatórias associados a readmissão, nota-se que estão indubitavelmente relacionadas. Além da problemática do risco de readmissão, os custos hospitalares em cirurgias de reconstrução de parede abdominal e o risco de complicações pós-operatórias foram elevados principalmente pelo comorbidade DM. Observou-se que a prevalência de doenças metabólicas (DM e obesidade) e HAS é alta no serviço de cirurgia geral do HC-UFG. Assim, faz-se necessária a capacitação deste serviço para um manejo focado nestas comorbidades, para buscar um bom preparo pré-operatório do paciente cirúrgico.</p>	<p>IMPACTO DA TERAPIA NUTRICIONAL PRE-OPERATORIA NAS COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS (LITERATURA NACIONAL)</p> <p>Mariana Alves de Souza Mendes, Andressa Mariane Borba Lima, Álvaro Guimarães Vieira, Lucas Maia da Costa Eloy Pimenta, Emerson Moura Rodrigues</p> <p><i>UFG - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A presente revisão narrativa teve por objetivo a análise da produção científica sobre impacto da terapia nutricional pré-operatória nas complicações cirúrgicas. A escolha do referido tema se deu em virtude de sua relevância no manejo do paciente cirúrgico, visando a reduzir, de forma significativa a morbimortalidade pós-operatória.</p> <p>MÉTODO: O trabalho englobou artigos disponíveis no portal de periódicos PUBMED, SCIELO e GOOGLE acadêmico a partir da produção científica dos últimos dez anos, considerando nesse período a produção de artigos em língua portuguesa. Após a filtragem dos artigos, realizou-se a leitura na íntegra do resumo/abstract, se o trabalho abordava o tema terapia nutricional pré-operatória, descartando as produções que não se relacionavam com o referido tema. Compuseram a amostra final do estudo 34 artigos, dos quais 7 preencheram os critérios de elegibilidade para amostragem de resultados.</p> <p>RESULTADOS: Há evidências de que mais de 80% dos residentes e cirurgiões não se sentem seguros frente a terapia nutricional e 46% negam conhecimento de equipe multiprofissional. Nunes e Marshall constataram que a média de internação dos pacientes em risco, que receberam intervenção nutricional foi menor (11,2 ± 8,7 dias) quando comparados aos que não receberam nenhum tipo de terapia nutricional (14,3 ± 12,6 dias). Walczewski comparou dois grupos de pacientes (N=162) em 6 meses e notou que houve redução de 50% no uso de antibiótico após adoção de medidas do protocolo ACERTO. Foi observado um melhor desfecho nos pacientes diante do uso dos suplementos, fórmula em relação ao risco nutricional, o que sugere um efeito benéfico (p = 0,0483) que é maior e mais evidente em pacientes em risco nutricional. Monteiro 2017, avaliou 97 doentes, dos quais 51,2% foram classificados como desnutridos apresentando maior: tempo de internação, incidência de infecção de sítio cirúrgico e prevalência de fístula. Silva et al. realizou uma revisão integrativa sobre imunonutrição no tratamento de pacientes críticos, mostrando efeitos determinantes na melhora do prognóstico e redução do tempo de internação. Um estudo mais específico que durou 5 anos e avaliou 335 pacientes submetidos a nutrição parenteral precoce e tardia, evidenciou se que há menos complicações em pacientes submetidos a terapia nutricional precoce.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora parte dos estudos não demonstre diferenças significativas entre aspectos de tempo de internação e o risco nutricional, pesquisas relatam que a desnutrição do paciente é diretamente proporcional ao tempo de hospitalização, consoante à literatura internacional. Com vista na não unanimidade dos resultados, é sugerível que há falta de dados na literatura nacional, e pesquisas com mais evidências e sem erros metodológicos são necessárias pois é congruente, a proporcionalidade do tempo de internação e o estado nutricional.</p>
<p>TU ANTES QUANTO TEMPO PRECISAMOS ACOMPANHAR NOSSOS PACIENTES COM HERNIA PARA ENCONTRAR A TAXA DE RECORRÊNCIA REAL?: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELO Dr F. KÖCKERLING</p> <p>Tuian Santiago Cerqueira, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José Cunha, Thales Alves de Souza, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Universidade Federal de Ouro Preto/MG - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na revista Front. Surg (2015) Köckerling, F., et al. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto.</p> <p>MÉTODO: Os dados prospectivos foram registrados no Registro da Herniamed entre 1 de setembro de 2009 e 4 de maio de 2015 em um total de 145.590 pacientes com 171.143 operações de hérnia inguinal. Estas incluíram 18.774 operações devido a uma recidiva de hérnia inguinal (10,94%). Durante o mesmo período, dados prospectivos foram coletados em 24.385 operações de hérnia incisional. Os últimos casos incluíram 5.328 pacientes com hérnia incisional recorrente (21,85%).</p> <p>RESULTADOS: Apenas 57,46% de todas as recidivas de hérnia inguinal ocorreram dentro de 10 anos da operação de hérnia inguinal anterior. Alguns dos restantes 42,54% de todas as recorrências ocorreram apenas muito mais tarde, mesmo após mais de 50 anos. O curso do início da recorrência é marcadamente diferente para a hérnia incisional. Cerca de 91,87% de tais recorrências já ocorrem dentro de 10 anos da última operação.</p> <p>CONCLUSÕES: A determinação da taxa de recorrência real após o reparo da hérnia requer um seguimento de 10 anos para a hérnia incisional e de 50 anos para a hérnia inguinal. Os dados coletados podem ser usados para fornecer uma estimativa aproximada com um acompanhamento mais curto.</p>	<p>SÍNDROME DO VÔMITO CÍCLICO E SÍNDROME DA HIPEREMESE CANNABINOIDE: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELO Dr M J KINGSLEY</p> <p>Adélio José da Cunha, Cirênio de Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Hospital São Lucas - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado no livro Distúrbios Médicos Essenciais do Estômago e do Intestino Delgado (2019) por Kingsley MJ, Levinthal DJ (2019). Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto. Introdução: A síndrome do vômito cíclico (SCV) e a síndrome da hiperemese cannabinóide (HSC) são transtornos relacionados, caracterizados por episódios estereotipados de vômitos persistentes e repetitivos, separados por períodos relativamente assintomáticos.</p> <p>MÉTODO: CVS e CHS muitas vezes permanecem não reconhecidos por vários anos antes de os pacientes serem diagnosticados, levando à utilização extensiva de cuidados de saúde e testes de diagnóstico desnecessários.</p> <p>RESULTADOS: Embora a fisiopatologia da SCV e da HSC permaneça incompletamente compreendida, evidências convergentes apontam para uma base neurofisiológica desses distúrbios.</p> <p>CONCLUSÕES: Este trabalho enfoca nossa compreensão atual dos mecanismos fisiopatológicos contribuintes em CVS e CHS, o reconhecimento clínico dos padrões de sintomas necessários para o diagnóstico e as abordagens terapêuticas atualmente disponíveis.</p>

TL 334	TL 335
<p>TROMBECTOMIA CAVOATRIAL SEM CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREA</p> <p>LENIRA CHIERENTIN RENGEL, FREDERICO JOSÉ RIBEIRO JUNIOR TEIXEIRA, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA, SERGIO DIAS COUTO NETTO, LORAINÉ ENTRIGER FALQUETO, LUCAS AFONSO DAÍIA, ANTONIO EDUARDO ZÉRATI, LUCIANA RAGAZZO ARAUJO TEIXEIRA</p> <p><i>HCFMUSP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo de apresentação deste caso é o relato de um raro sarcoma endometrial uterino com trombo tumoral intracaval - desde a veia ilíaca até o átrio. A ressecção cirúrgica realizada é uma técnica raríssima, poucas vezes empregada no Brasil e no mundo.</p> <p>MÉTODO: Paciente de 32 anos com história de metrorragia importante, levando à anemia aguda e grave, com hemoglobina de 7g/dL, tendo que ser submetida à histerectomia de urgência. O anatomopatológico evidenciou sarcoma endometrial de baixo grau. Exames de estadiamento revelaram trombo tumoral intracaval - desde a veia ilíaca direita até o átrio direito, se estendendo por toda a veia cava inferior. A cirurgia realizada foi de caráter radical e curativo, e consistiu em trombectomia cavocatrial sem a realização de circulação extra-corpórea, com o auxílio da ecocardiografia transesofágica. A dissecação completa da veia cava e suas tributárias, bem como o controle da cava retrohepática demonstram o grau de dificuldade técnica e complexidade do caso. Após o controle vascular completo, realiza-se a cavotomia com a ressecção em monobloco do trombo intracaval. Não houve necessidade de reconstrução da veia cava com prótese, sendo realizada a rafia primária da veia.</p> <p>RESULTADOS: Paciente com boa evolução pós-operatória, sem morbidades graves precoces ou tardia, e em seguimento oncológico desde 2016.</p> <p>CONCLUSÕES: Além da raridade da patologia, o objetivo da apresentação é mostrar os aspectos técnicos de uma cirurgia tão complexa e também discutir sobre a dissecação da cava inferior em toda sua extensão, além da ressecção de um trombo intravenoso. Os aspectos anatômicos serão discutidos durante a apresentação.</p>	<p>ANÁLISE TRANSVERSAL DE RESULTADOS PRELIMINARES DO AMBULATORIO DE PRIMEIRAS CONSULTAS CIRÚRGICAS (PRIMER) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)</p> <p>DÉBORA Hutten, PAULA MERELO, LEONARDO Heckmann, Andrei Meurer, Sofia Zahler, Giuliana Rodriguez, THAMYRES ZANIRATI SANTOS, LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA</p> <p><i>UFRGS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O PRIMER foi criado em 2018 para ser guia de encaminhamentos à cirurgia geral do HCPA e realizar uma triagem dos pacientes e a designação à equipe cirúrgica mais adequada para cada caso. Nosso objetivo é, portanto, avaliar os resultados atingidos nos primeiros 6 meses de implementação do PRIMER.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal de revisão de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório PRIMER desde sua implementação (06 de julho de 2018) até 25 de janeiro de 2019. A análise estatística foi descritiva feita através do programa SPSS.</p> <p>RESULTADOS: Foram agendadas 303 consultas no período. Dentre os 267 pacientes atendidos, podemos dividi-los em 4 grandes grupos de acordo com sua etiologia de encaminhamento. 37,1% apresentavam quadro relacionado a parede abdominal (G1 - hérnia inguinal, ventral ou lombar, dor neuropática, granuloma por tela); 37,1% a via biliar (G2 - colelitíase sintomática ou não, pólipos biliares, colecistite, coledocolitíase, pancreatite biliar) e 17,6% a partes moles (G3 - lipomas, adenomegalias para avaliação de biópsia, nódulos cervicais, cisto sebáceo, cisto pilonidal, corpo estranho); os demais (G4) dividiam-se em diversas patologias compondo 8,2%. 74,1% apresentaram indicação cirúrgica, dos quais 81,8% teve nova consulta agendada com equipe adequada, com um tempo de espera médio de 83 dias. Dos 198 pacientes com indicação cirúrgica, 162 tiveram a primeira consulta com a equipe designada para a realização da cirurgia numa média de 83 dias, e, deste grupo, 24,3% foram operados ou possuem cirurgia marcada numa média de 201 dias entre a consulta no PRIMER e a cirurgia. Conforme protocolo institucional, dentre os pacientes que necessitaram de exames laboratoriais, foi solicitado majoritariamente hemograma (69,4%), função renal (65,7%), ECG (54,7%), provas de coagulação (47%) e glicose (32,8%) 16,1% dos pacientes apresentavam critério para serem submetidos à avaliação pré-anestésica por anestesiológista conforme o mesmo protocolo. 18,7% dos pacientes foram re-encaminhados para rede básica para otimização pré-operatória de médio ou longo prazo, por contra-indicação cirúrgica ou por desejo de não realizar o procedimento. Todos receberam contrarreferência a ser apresentada para o médico que faria o seguimento.</p> <p>CONCLUSÕES: O ambulatório tem cumprido sua função de triar pacientes e encaminhar corretamente para as equipes mais indicadas ou designar ao posto e outras especialidades, além de agilizar a solicitação de exames e avaliação pré-anestésica. Os dados são recentes e ainda é necessário maior tempo de funcionamento do PRIMER e de um estudo comparativo entre o padrão de atendimento anterior.</p>
<p>TL 336</p> <p>MANAGEMENT OF UNCOMPLICATED ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN: A REVIEW OF EVIDENCE PUBLISHED IN 2017/2018</p> <p>Carlos Teixeira Brandt, Maria Cecília Santos Cavalcanti Melo, Maria Giovanna Torres Sarinho, Adriana Carroso Torrisi, Miguel Arcanjo dos Santos Júnior</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: To review the existing evidence in 2017-2018 and spreading the information, with solid scientific basis, regarding the use of no operative treatment for children with uncomplicated acute appendicitis. The subject is still the controversial.</p> <p>MÉTODO: A literature search for the years 2017/2018 was performed using the following descriptors: uncomplicated acute appendicitis, children, pediatric appendicitis, pediatric appendicitis, management, medical treatment, clinical treatment, antibiotics treatment, no operative treatment and surgical treatment, appendectomy. Randomized controlled trials were considered the best source of information.</p> <p>RESULTADOS: On the reviewed literature, one can say that the no operative approach for uncomplicated acute appendicitis in children presents similar outcome, hospital length of stay, antibiotic days, reduced degree and duration of pain, and overall perioperative complication rates, but there may be more inpatient readmissions and missing other diseases when compared with surgical treatment. However, this new approach reduces negative appendectomy rate, shorter days of sick leave and care leave, expedited return for the child go back to school and other normal activities, decreased hospital charge and less long term complications.</p> <p>CONCLUSÕES: Antibiotics treatment alone appears to be a safe first-line therapy in selected children with uncomplicated acute appendicitis and deserves a randomized controlled trial in tertiary hospitals in Brazil. Those patients who require future appendectomy do not experience significant complications. A multicenter Brazilian trial comparing antibiotics-first to appendectomy, including outpatient management, is feasible to evaluate efficacy and safety of this new approach.</p>	<p>TL 337</p> <p>SÍNDROME DA TRANSFUSÃO FETO-FETAL - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR COM O TRATAMENTO INTRAUTERINO</p> <p>Thamylyne Moda Santana Rezende, André Ivan Bradley Santos Dias, Camila Girardi Fachin, Rafael Frederico Bruns, Viktoria Weihermann</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CURITIBA - Paraná - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Gestações gemelares monocoriônicas (MC) carregam maior susceptibilidade de morbi-mortalidade fetal quando comparadas às gestações únicas ou dicoriônicas. As anastomoses vasculares placentárias que ocorrem neste tipo de gestação são a principal causa de anormalidades potencialmente fatais, conhecidas como "discordâncias em gemelares monocoriônicas", como restrição do crescimento intrauterino (RCUI), sequência de perfusão arterial reversa do gemelar (TRAPS) e síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF). Esta última, definida ultrassonograficamente pela combinação de polidramnio em uma bolsa e amniótica e oligohidramnio na outra, é a mais prevalente (5 a 35% das MC) e a mais letal (80 a 100% de mortalidade) se não tratada. A ablação a laser por via fetoscópica por técnica de Solomon é o tratamento de escolha e apresenta os melhores resultados, como menores sequelas neurológicas, maior taxa de sobrevivência, e menores taxas de recorrência ou reversão. Esta técnica consiste em impedir fluxo sanguíneo entre os fetos por meio da coagulação seletiva dos vasos anormais e foi empregada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) em 2016. Esse trabalho se propõe a analisar a casuística dos pacientes submetidos ao tratamento de ablação a laser no serviço de Cirurgia Fetal do HC-UFPR, comparando-a com os dados disponíveis na literatura atual.</p> <p>MÉTODO: A casuística foi constituída inicialmente pelos fetos submetidos à ablação a laser por via fetoscópica no Serviço de Cirurgia Fetal do HC-UFPR entre julho de 2016 até março de 2018, sendo posteriormente excluídos da análise estatística aqueles com diagnóstico diferente de STFF. Foram incluídos na análise dados o estadiamento de Quintero ao diagnóstico, os pesos dos fetos anteriores e posteriores ao procedimento, a idade gestacional nos momentos do diagnóstico e do procedimento, a sobrevida imediata além da posição placentária. Os dados foram então comparados com os mais recentes disponíveis na literatura.</p> <p>RESULTADOS: Quatorze gestações foram tratadas até então no serviço referido, sendo 3 excluídas por apresentarem RCUI (1 paciente) e TRAPS (2 pacientes). Nos 11 casos de STFF, um foi excluído por falta de dados. Os restantes obtiveram diagnóstico em idade gestacional inferior ao limite preconizado da 26ª semana (média 20,7 semanas) e foram tratados, em média, 7 dias após diagnóstico. A mediana de peso do feto doador foi de 232 g e do receptor, 341 g. A distribuição pelo estadiamento de Quintero foi: 3 casos com estadiamento II, 5 casos no III e 2 casos no IV. Das 10 gestações, em 50% delas, pelo menos um dos fetos sobreviveu ao período neonatal.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento da STFF em nosso serviço impactou positivamente a sobrevida dos fetos acometidos, que se não tratados seria de no máximo 20% e com sequelas. Entretanto, esta sobrevida ainda está aquém da reportada na literatura. Um dos principais fatores responsáveis por isso é o retardo entre o diagnóstico e o tratamento, que deveria ser no máximo de 48 horas.</p>

TL 338	TL 339
<p>CONTINENCIA FECAL A MEDIO E LONGO PRAZO NA DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG</p> <p>Tarcísio Junior Bittencourt Macedo, Wellen Cristina Canesin, Leila Rodriguez Martins, Alexandra Longo Camperoni, Jose Janeiro Pato Garrido, Fábio Antonio Percim Volpe, Lourenço Sbragia Neto</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Doença de Hirschsprung (DH) é classicamente caracterizado pela ausência dos plexos mioentéricos e submucosos no cólon distal. Clinicamente apresenta-se com atraso na eliminação do mecônio, distensão abdominal progressiva, vômitos biliosos, peristaltismo visível e eliminação de fezes explosivas ao toque retal. O tratamento é cirúrgico e o diagnóstico confirmado pela biópsia retal. O objetivo do trabalho foi avaliar a continência fecal a médio e longo prazo nos pacientes com DH submetidos a abaixamento de cólon.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo avaliando a evolução clínica dos pacientes do programa de Manejo de Cólon e Reabilitação do Intestino Grosso (MAC) do HC Criança da USP de Ribeirão Preto, no período de 2002 a 2017. Para avaliação da continência fecal foram considerados Cleveland Clinic Incontinence Score relacionando com eventuais medidas prescritas para manejo do cólon e com técnica cirúrgica utilizada.</p> <p>RESULTADOS: Foram estudados 103 pacientes com DH acompanhados no MAC. A idade variou entre 3 a 15 anos e a proporção entre os sexos foi de 3:1, com maior prevalência do sexo masculino. Quanto a extensão da aganglionose: 79% em retossigmóide, 16% longo, 4% total. A idade média no abaixamento foi de 6 meses. Quanto a técnica operatória: 57% endoanal, 22% Duhamel, 21% Soave. Os melhores índices de continência foram atribuídos a cirurgia de Duhamel (apenas 17% incontinentes). Dos pacientes com distúrbio de eliminação, a maioria foram submetidos a cirurgia de Soave (29% incontinentes) seguidos do abaixamento Endoanal (24% incontinentes). Do total de pacientes com DH, 47 pacientes (45%) estão continentemente e independem de medidas enquanto que 56 (53%) apresentam algum distúrbio de eliminação. Entre os incontinentes, 37 (66%) necessitam de enemas e 19 (34%) de medicamentos ou treino de toalete. Quanto ao impacto do programa de Manejo de Cólon na reabilitação do intestino grosso observou-se que, entre os continentemente, o tempo médio de manejo até o bom resultado foi de 2 anos enquanto que entre os incontinentes que passaram a ficar limpos com suporte do MAC, este tempo foi de 4 anos.</p> <p>CONCLUSÕES: A médio e longo prazo, 70% (69 de 103) dos pacientes com DH atingiram, em até 4 anos, a autonomia intestinal e não apresentam escape fecal. No entanto, 30% dos pacientes com DH apresentam algum distúrbio de eliminação a despeito de medidas prescritas. A técnica operatória mostrou-se um fator relacionado a continência destes pacientes e o MAC uma boa estratégia para controle do escape fecal.</p>	<p>CAUSAS DE LAPAROTOMIAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA VIVÊNCIA DE 07 ANOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PARA</p> <p>Fernanda Furtado Leão, Breno Junior Queiroz Andrade, Thalita Viana Monteiro, Thiago Said Daibes Pereira, Ana Carolina Matos Lobão, Claudia Giselle Santos Arêas, Emanuel Gomes Dos Santos Junior, Camilla Furtado Leão</p> <p><i>Hospital Universitário João de Barros Barreto - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Expor a experiência do Hospital Universitário João de Barros Barreto em laparotomias pediátricas, identificando o perfil epidemiológico das crianças operadas na instituição.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa foi executada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob protocolo CAAE – 0438281850000017, parecer no 3113252. Os dados foram coletados em prontuário físico e eletrônico de pacientes menores de 18 anos (≤ 17 anos) submetidos à laparotomia (incisão longitudinal, transversal ou oblíqua em qualquer região anatómica do abdome), em situações eletivas ou de urgência/emergência, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2017. Os prontuários para análise foram selecionados em um sistema manual de registro de cirurgias do centro cirúrgico. A faixa etária pediátrica foi categorizada, segundo o Manual do Ministério da Saúde: recém-nascido (0-28 dias), lactente (29 dias-02 anos exclusive), pré-escolar (02-06 anos exclusive), escolar (06-10 anos exclusive) e adolescente (10-17 anos). Foram excluídos os pacientes que tiveram comorbidades não relacionadas à causa cirúrgica e não entraram na estatística as hernioplastias/herniorrafias da parede, em que não houve exploração da cavidade abdominal. Esta pesquisa é categorizada como descritiva, transversal e observacional.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas 111 laparotomias em crianças no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2017 no HUJBB. Houve predominância de pacientes do gênero masculino e provenientes do interior do estado com 63,06% ambas. A maioria das crianças (64,86%) foi abordada em caráter de urgência. Quanto às causas mais predominantes de laparotomias por faixa etária: a estenose hipertrófica do píloro (2,7%) mais frequente em recém nascidos; intussuscepção (8,11%) em lactentes; obstrução por bridas (3,60%) em pré escolares; em escolares e adolescentes houve predomínio de duas causas: estomias e colelitíase. Do total de crianças, 15,32% foram reoperadas, sendo a causa eletiva de reoperação a reconstrução do trânsito intestinal e causa de reabordagem de urgência, a evisceração, ambas com 23,54%. Das complicações cirúrgicas, a infecção de sítio cirúrgico foi a mais incidente com 23,33%. A taxa de mortalidade encontrada nos pacientes que tiveram complicação foi de 30%, mas verificamos que o número de óbitos encontrado em nossa amostra total, foi de 09 (8,11%), sendo todos por complicação pós cirúrgica, divergindo da estatística encontrada em várias séries, que encontraram uma porcentagem de mortalidade superior a 25%. Entretanto, essa taxa baixa de mortalidade pode refletir a inclusão de procedimentos cirúrgicos eletivos de baixo risco.</p> <p>CONCLUSÕES: Face ao encontrado na nossa amostragem, conclui-se que a instituição em questão possui experiência considerável em cirurgias pediátricas em geral, com ênfase em Laparotomias de urgência, e reconstrução de trânsito intestinal, com bons resultados.</p>
<p>FATORES DE RISCO RELACIONADOS A OCORRÊNCIA E LETALIDADE DA GASTROQUISE EM RECIEM-NASCIDOS ASSISTIDOS EM BLUMENAU - SC</p> <p>Karine Furtado Meyer, Alessandra MARTINENGGHI, Lara Fabre Pereira, Débora Regina Andrade Dalla Costa</p> <p><i>Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a associação entre fatores de risco para a ocorrência e a letalidade da gastroquise em crianças assistidas em Blumenau-SC.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo transversal, em que foram incluídos todos os nascidos portadores da malformação gastroquise do Hospital Santo Antônio na cidade de Blumenau-SC, no período de 2010 a 2018. Para a coleta de fatores predisponentes foi utilizado um questionário aplicado à mãe da criança com dados relacionados a história gestacional, características maternas, uso de drogas perigestacionais, exposição ambiental, exposição ocupacional, fatores paternos e fatores maternos. Para a letalidade foram avaliadas variáveis da internação, cirurgia e anormalidades presentes.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídas 14 mães de recém-nascidos com gastroquise em que 75% possuíam entre 16 e 22,5 anos, 92,9% eram primíparas e com bom nível de escolaridade (35,7% que cursaram o ensino médio e 42,8% o ensino superior). Uso de ácido fólico nos primeiros três meses foi de 78,6% e tabagismo passivo no local de moradia foi encontrado em 42,9%. A letalidade foi de 25%, sendo que desses 60% realizaram fechamento primário e uso de cateter central, todos nasceram via cesárea e 80% possuíam gastroquise complexa.</p> <p>CONCLUSÕES: Os maiores fatores de risco para a gastroquise obtidos no estudo foram a idade materna e primiparidade, em concordância com os achados da literatura. Já o tempo cirúrgico, a idade gestacional e o tipo de gastroquise foram significantes para a letalidade.</p>	<p>MANEJO CIRÚRGICO DE ORQUIDOPEXIA- "GUIDELINES" X REALIDADE- UMA ANÁLISE DE 230 CASOS.</p> <p>Karine Furtado Meyer, Débora Regina Andrade Dalla Costa, Beatriz Ferreira Nunes, Camilla Naumann Pereira</p> <p><i>Fundação Universidade Regional de Blumenau - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar qual idade a orquidopexia vem sendo realizada, o acompanhamento tardio destes pacientes, o lado mais frequente acometido, qual a abordagem cirúrgica utilizada e resultado pós-operatório alcançado.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional e retrospectivo, através da análise de uma amostra composta por 230 prontuários, analisando dados de diagnóstico, pré-operatório, intra-operatório e seguimento pós-operatório.</p> <p>RESULTADOS: Somente 3% dos pacientes foram operados segundo as recomendações de idade. 90,87% (n = 209) das cirurgias foram feitas por inguinotomia exploratória e 9,13% (n = 21) por videolaparoscopia. Dos 40 testículos não-palpáveis, 21 deles foram abordados por videolaparoscopia. 14,7% (n = 5) dos testículos intra-abdominais apresentaram-se atroficos. A média e a mediana dos volumes dos testículos não operados, tanto no pré-operatório (média = 0,73 + 0,47, mediana = 0,605 + 0,37) quanto no pós-operatório (média = 1,67 ± 2,63, mediana = 0,795 ± 0,32) foram maiores do que no grupo do testículo operado, obtendo significância estatística, pois P < 0,05. Dos pacientes operados 77% (n = 177) dos pacientes foram à consulta de pós-operatório após a primeira semana, 61,3% (n = 141) foram à consulta após 1 mês, 30% (n = 69) foram à consulta após 1 ano, 21,3% (n = 49) foram à consulta após 2 anos, 9,13% (n = 21) foram à consulta após 3 anos e 10,43% (n = 24) foram à consulta após 4 anos.</p> <p>CONCLUSÕES: As crianças são encaminhadas tardiamente para o tratamento com orquidopexia. Ambos os lados são igualmente acometidos por testículos não-descidos. A maioria das abordagens foi feita por inguinotomia exploratória. Em se tratando de testículos não-palpáveis, a videolaparoscopia foi o método cirúrgico mais usado. Foi encontrada uma baixa prevalência de atrofia em testículos intra-abdominais. Houve diferença estatística entre os volumes dos testículos operados e não-operados tanto no momento pré-operatório quanto no pós-operatório. Cerca de 10% dos pacientes comparecem às consultas de acompanhamento pós-operatório de orquidopexia com o passar do tempo.</p>

TL 342	TL 343
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DEVIDO A PNEUMONIA NECROSANTE EM UM HOSPITAL GERAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE</p> <p>HENRIQUE LEANDRO BRAZ</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - CRICIÚMA - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, da pneumonia, sendo responsável por elevada morbimortalidade na população pediátrica. Objetivo: Este artigo visa abordar a evolução das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante, enfatizando os aspectos da evolução clínico-cirúrgica, manifestações clínicas, agentes etiológicos e o tipo de cirurgia realizada.</p> <p>MÉTODO: Método: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta por crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante no período de fevereiro de 2006 a julho de 2013 em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense, com amostra de 27 crianças.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Dos 27 pacientes analisados, 16(59,3%) foram do sexo feminino, sendo 88,9% (24) brancos. A mediana da idade foi 3 anos (2,25-4,16). Os 27 pacientes (100,0%) não possuíam comorbidades. Vinte e cinco pacientes (92,6%) apresentaram febre e 17 pacientes (63,0%) tosse. Em 9 pacientes (33,3%) o lobo pulmonar inferior esquerdo foi o mais acometido. Os agentes etiológicos mais encontrados foram <i>Staphylococcus aureus</i>, em 4 pacientes (16,6%). Todos os pacientes foram submetidos a drenagem torácica fechada previamente ao tratamento cirúrgico e foram submetidos a toracotomia com decorticação pulmonar, e em 1 caso (4%) foi necessário lobectomia. Quatorze pacientes (51,9%) tiveram fistula broncopulmonar pré-operatória e 13 (48,1%) no pós-operatório. Não houve nenhum óbito.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: Constatou-se que o perfil epidemiológico encontrado foi crianças com faixa etária mediana de 3 anos, brancas, do sexo feminino, sem comorbidades prévias. Todas foram submetidas a decorticação pulmonar, com melhora do quadro pulmonar.</p>	<p>PERFIL DOS TRAUMAS DURANTE O NASCIMENTO NO BRASIL: COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS ÚLTIMOS QUINQUÊNIOS</p> <p>MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES RODRIGUES, CAIO FELIPE TOMHAZIN PANICIO, RAFAEL REIS DO ESPIRITO SANTO, EDUARDO AUGUSTO SILVA MONTEIRO, ALAN GOES DE CARVALHO, ANA ELISA BIESEK LEITE, JULIA SILVA FERREIRA, ANGELO LUIS TONON SANTANA</p> <p><i>CESMAC - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico de traumas durante o nascimento no Brasil e comparar a evolução desses casos nos dois últimos quinquênios.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo ecológico e descritivo nos últimos 10 anos, dividido em dois grupos de 5 anos (2008 a 2012 e 2013 a 2017), utilizando a base de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e revisão de literatura científica nas bases de dados PubMed, SCIELO e BIREME.</p> <p>RESULTADOS: Altos índices de mortalidade e morbidade neonatal comprovam a vulnerabilidade da vida neste período. Mundialmente, a incidência do trauma ao nascer é de 8%. Nesse sentido, o parto difícil apresenta como mais importantes fatores de risco o uso impróprio de certos instrumentos, como o fórceps, a desproporção céfalo-pélvica e o peso ao nascer maior que 4kg e menor que 2,5kg. Dentre as fraturas mais comuns destaca-se a da clavícula, seguida pela de úmero e do fêmur. De acordo com o sistema de Informações de Saúde (TABNET), o total de casos de trauma durante o nascimento no Brasil nos últimos 5 anos foi de 3.093, sendo a maior parte em caráter de urgência, cerca de 95%, a distribuição entre as raças/cores mostrou que a maior porcentagem fica com a cor parda (28%), seguida pela cor branca (21%), em relação ao gênero, o sexo masculino teve 55% dos casos totais do Brasil, tendo como a única região que relatou mais casos feminino o Centro- Oeste, com 53%, esta também é a região que demonstrou mais casos, 9,76 a cada 100 Mil habitantes, seguida da região Sudeste com 1,39 a cada 100 Mil habitantes.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar das lesões no nascimento estarem diminuindo em comparação a anos anteriores, a ocorrência de traumas durante o parto continua sendo significativa no Brasil, mesmo com a evolução obstétrica e as tecnologias utilizadas. Para que ocorra redução dessa alta prevalência, é necessário minimizar os riscos materno-fetais, investindo em maior cuidado profissional e atenção às indicações de cada tipo de parto, bem como individualização em cada caso, trabalho em equipe e monitorização de sinais e sintomas durante o trabalho de parto.</p>
<p>TL 344</p> <p>EFICÁCIA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÍLEO MECONIAL CORRELACIONANDO-O AO NÚMERO DE ÓBITOS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL</p> <p>MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES, MARCUS VINICIUS QUIRINO FERREIRA, INGRID RAMALHOS DANTAS DE CASTRO, MAIRA RODRIGUES TEIXEIRA CAVALCANTE, LARA KAROLYNE NEVES CANUTO, INGRID BOTELHO RIBEIRO</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar a eficácia do tratamento cirúrgico e correlacionar ao número de óbitos nos últimos cinco anos nas regiões brasileiras</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico descritivo, com base nos dados de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre Jan/2013 a Nov/2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados Pubmed, MedLine e SCIELO.</p> <p>RESULTADOS: Íleo meconial é uma obstrução intraluminal, rara na nossa população, que ocorre no período neonatal, causada por intenso espessamento meconial, geralmente ao nível do íleo terminal, na maioria dos casos relacionada a fibrose cística. O íleo meconial não complicado pode ser tratado com enema, utilizando-se contraste hidrossolúvel, e hidratação endovenosa; o índice de sucesso do tratamento clínico é de 16 a 50%. Nos demais casos, a irrigação intestinal cirúrgica para eliminação do mecônio se faz necessária. Na presença de complicações, a cirurgia deve ser imediata, com ressecção intestinal, seguida de anastomose ou derivações. Nesses cinco anos últimos anos foram realizados 39 procedimentos cirúrgicos, com sete óbitos o que resulta em 17,9% das cirurgias. A região com mais procedimentos cirúrgicos realizados é a região sudeste que contabiliza 17 cirurgias, 43,5 % dos procedimentos de todo o Brasil e apenas um óbito. Em segundo lugar está a região nordeste com 11 procedimentos e dois óbitos, seguido dela está a região Sul com oito procedimentos e dois óbitos. Em penúltimo lugar está a região centro-oeste com dois procedimentos e 50% de óbitos. Já a região norte realizou apenas um procedimento cirúrgico e esse foi o óbito.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de rara na população brasileira, o íleo meconial é responsável por quase 20% dos óbitos em neonatos que nascem com essa patologia devendo então ser diagnosticada precocemente, ainda nas primeiras 48 horas de vida. A ressecção cirúrgica deve ser imediata em casos de íleos complicados. Quanto mais precocemente diagnosticado, melhor a evolução neonatal, com antecipação das cirurgias e diminuição das complicações obstrutivas e possível sepse.</p>	<p>TL 345</p> <p>BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX E DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA: COMPARAÇÃO NO CONTROLE DO DIABETE MELITO TIPO II</p> <p>Nicholas Tavares Kruel, Nicolau Fernandes Kruel</p> <p><i>HRSJHMG - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a prevalência de diabetes melito em pacientes obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica no HRSJ e sua resolução.</p> <p>MÉTODO: No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006 245 pacientes obesos mórbidos que foram submetidos à cirurgia bariátrica por uma das seguintes técnicas: Bypass gástrico em Y de Roux (grupo 1) e Derivação biliopancreática (grupo 2) no HRSJHMG foram analisadas.</p> <p>RESULTADOS: : 245 pacientes foram submetidos a cirurgia bariátrica no HRSJHMG pelas técnicas 1- Bypass gástrico em Y de Roux, 190 casos; 2 - Derivação Biliopancreática com preservação gástrica, 55. O grupo 1 mostrou maior redução do IMC comparativamente o grupo 2 (p=0,031), no IMC final. Há redução de HAS e DM em ambos os grupos, não se observando diferença estatística comparativa na redução entre os grupos - HAS (p=0,64) DM (p=0,39). A prevalência de diabetes melito tipo 2 nesses pacientes foi de 17% (42/245). Entre os pacientes diabéticos, 75,6% foram do sexo feminino. Do total de pacientes portadores de diabetes melito tipo II trinta não eram insulino dependentes e a remissão da diabetes foi sobre a totalidade desses pacientes foi 100%, os outros 12 (4,8%) pacientes restantes eram insulino dependentes os quais a evolução foi da seguinte forma: 4 pacientes (33,3%) apresentaram uma remissão completa da diabetes melito tipo II; 5 pacientes (41,7%) ajustes frequentes nas doses de insulina até a retirada completa e introdução de terapêutica de hipoglicemiante oral. Três pacientes (25%) diminuíram a dose de insulina em 50% ou mais. 75,6% foram do sexo feminino.</p> <p>CONCLUSÕES: : A prevalência de diabetes melito tipo II foi de 17% entre os 245 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. A expectativa de perda do excesso de peso corporal após a cirurgia bariátrica foi satisfatória na maioria dos pacientes. O controle glicêmico demonstrou remissão na maioria dos pacientes diabéticos. Em poucos pacientes em que não houve remissão, houve mudanças terapêuticas como redução de doses de insulina ou a introdução de medicação via oral nesses pacientes.</p>

TL 346	TL 347
<p>DIABETE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A OBESIDADE MÓRBIDA</p> <p>Nicolau Fernandes Kruehl, Nicholas Tavares Kruehl</p> <p><i>HRSJHMG - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a prevalência de comorbidades diagnosticadas através de parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica de acordo com o IMC.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional transversal. População composta por candidatos à cirurgia bariátrica divididos em dois grupos (IMC < 45 kg/m² e IMC ≥ 45 kg/m²), que procuraram o Serviço de Cirurgia Bariátrica do HRSJ-HMG, de março a agosto de 2013. Os dados foram descritos sob a forma de frequência, médias e proporções. Para testar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes, foi realizada a análise bivariada aplicando o teste do qui-quadrado (χ^2). Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo CEP do HRSJ-HMG.</p> <p>RESULTADOS: A população total foi de 43 pacientes, na qual 20 pacientes tinham IMC < 45 kg/m² e 23 tinham IMC ≥ 45 kg/m². A prevalência de comorbidades nos grupos de pacientes com IMC < 45 kg/m² e IMC ≥ 45 kg/m² são respectivamente: 31,6% e 68,4% de HAS, 16,7% e 83,3% de angina, 50% e 50% de dislipidemia, 40% e 60% de DRGE, 52,6% e 47,4% de infecção por <i>H. pylori</i>, 44,4% e 55,6% de apnéia do sono, 41,9% e 58,1% de artropatia, 25% e 75% de hipotireoidismo, 50% e 50% de DM-2.</p> <p>CONCLUSÕES: A prevalência de comorbidades mostrou-se relacionada com o IMC elevado no que diz respeito à angina, HAS, DRGE, apnéia do sono, artropatia e hipotireoidismo.</p>	<p>CORRELAÇÃO DO DIÂMETRO DA GASTROENTEROANASTOMOSE E POUCH COM REGANHO DE PESO APOS BYPASS GÁSTRICO EM UM CENTRO DE EXCELENCIA</p> <p>amanda dos santos chagas, camila mafalda mouta campos, thamy santos, ricardo reis do nascimento, rayssa pra buss, jaime cesar gelosa, eduardo guarezi calegari, matheus silva pacheco reis</p> <p><i>hospital nossa senhora da conceicao - Tubarao - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Há uma discussão na literatura da cirurgia bariátrica que diâmetro da gastroenteroanastomose e o pouch dilatados são fatores cirúrgicos anatômicos que podem contribuir para perda da saciedade e consequentemente um excessivo reganho de peso no pós-BGYR. A avaliação desses fatores pode ser realizada através da Endoscopia Digestiva Alta em diferentes momentos pós cirúrgicos. A questão permanece em torno se seriam esses fatores anatômicos relevantes no reganho de peso, pois sabe-se que a manutenção ponderal ainda é um desafio enfrentado pela equipe multidisciplinar no seguimento da cirurgia bariátrica. Isto posto, o presente estudo tem como objetivo correlacionar o tamanho do diâmetro da gastroenteroanastomose e pouch gástrico com o reganho de peso pós cirurgia bariátrica tipo BGYR em um Centro de Excelência.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal observacional com 55 pacientes submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux nos anos de 2010 a 2012. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, peso e IMC (pré-operatório, 3º mês, 1º ano e 5º ano pós-operatório), diâmetro da gastroenteroanastomose e tamanho do pouch gástrico (3º mês, 1º e 5º ano pós-operatório).</p> <p>RESULTADOS: Ao total, 319 pacientes realizaram Gastroplastia para Obesidade Mórbida por Videolaparoscopia no período de 2010 a 2012. Desses, foram excluídos 264 por não preencherem os critérios de inclusão. Foram 45 mulheres (81,82%) e 10 homens (18,18%), com idade média 43,83±11,81 anos. O peso e IMC médios foram, respectivamente, 109±19,09 kg e 40,97±5,03 kg/m² no momento da operação. Após 1 ano da cirurgia, o peso e IMC médios foram para 74,11±14,10 kg e 27,89±4,40 kg/m². Do 1º ao 5º ano, 42 (76,36%) pacientes ganharam peso, com média de 11,47±10,00 kg. Reganho ponderal entre 20-49,9% ocorreu em 22 pacientes (52,38%). O presente estudo demonstrou uma variação de IMC de 13,08 kg/m², quando comparado com o valor pré-BGYR e o primeiro ano pós-BGYR, evidenciando a eficácia do tratamento cirúrgico. Além disso, não foi verificado correlação entre o aumento do diâmetro da gastroenteroanastomose e o reganho de peso do primeiro ao quinto ano após BGYR com os diferentes grupos pré-estabelecidos (na faixa < 20%, entre 20-49,9% e ≥ 50%).</p> <p>CONCLUSÕES: O bypass gástrico em Y-de-Roux é um tratamento eficaz visando à perda de peso e resolução das comorbidades a longo prazo, entretanto, o reganho de peso pode ocorrer no pós-cirúrgico tardio. Alguns fatores cirúrgicos podem estar relacionados ao reganho ponderal, como o diâmetro da gastroenteroanastomose e o tamanho do pouch gástrico. Neste estudo, tais fatores não tiveram correlação estatística com o reganho de peso. Portanto, existem outros determinantes que possam interferir no reganho de peso: biológicos, sociais, comportamentais e psicológicos.</p>
<p>TL 348</p> <p>IMPACTO CARDIOMETABÓLICO 10 ANOS APOS "BY-PASS" GÁSTRICO COM UMA ÚNICA DE ANASTOMOSE (MGB-OAGB) EM IDOSOS SUPER OBESOS</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Claudemiro Quireze Jr, Matheus Ferreira Sena Pedro, PHELIPPE GONÇALVES MENDES Pimentel, ELIVANE ALVES Cunha, EDUARDO SILVESTRE VAZ Costa, RICARDO VIEIRA Teles Filho, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO</p> <p><i>Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade é um fator de risco fundamental no desenvolvimento do DM2. Indicações de cirurgia bariátrica em idosos super-obesos permanecem controversas. Nosso objetivo foi avaliar a segurança e resultados a longo prazo do MGB-OAGB nesta população de combinação de alto risco: idosos (> 60anos) e super-obesos (IMC> 50kg.m-2).</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo retrospectivo de centro único de um banco de dados coletado prospectivamente e analisados retrospectivamente. Foram incluídos pacientes super-obesos idosos que foram submetidos a MGB-OAGB entre janeiro de 1999 e dezembro de 2008 e tiveram pelo menos 10 anos de follow-up.</p> <p>RESULTADOS: Durante este período, 1042 pacientes obesos foram submetidos ao MGB-OAGB. Foram 322 (31%) pacientes idosos super obesos. Nosso seguimento foi de 68%, portanto incluímos para este estudo 219 pacientes. A idade média e o índice de massa corporal foram 65,1 ± 2,2 anos e 53,2 ± 4,1 kg / m², respectivamente. Não houve mortalidade em 30 dias. A taxa de complicação foi de 11%. No início do estudo, 83% tinham hipertensão, 81% tinham esteato-hepatite, 61% tinham diabetes tipo 2 e 46% tinham apnéia obstrutiva do sono. A média de HbA1c pré-operatória foi de 8,2 ± 1,3. A perda média de excesso de peso percentual aos 10 anos foi de 56,2 ± 14,6. As taxas de remissão de hipertensão, estrato-hepatite, diabetes tipo 2 e apnéia obstrutiva do sono foram de 53%, 36%, 62% e 46%, respectivamente. A média de HbA1c 10 anos após foi de 6,8 ± 4,2</p> <p>CONCLUSÕES: MGB-OAGB foi seguro e eficaz na melhora das comorbidades relacionadas à obesidade em pacientes idosos super-obesos.</p>	<p>TL 349</p> <p>CONVERSAO DE GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE) PARA MGB-OAGB (BYPASS DE UMA ÚNICA ANASTOMOSE) COMO CIRURGIA REVISIONAL APOS FALHA OU RECIDIVA DO DIABETES TIPO 2 (T2DM).</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Claudemiro Quireze Jr., Esther Oliveira Santos, Grazielle Filomena Rabello, Marcos Oliveira Resende, Nadya Alves Sousa Guimarães, Ludmilla Silva Batista, Alex Bessa</p> <p><i>Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A gastrectomia vertical laparoscópica demonstrou ser eficaz, em resultados de curto prazo, para o tratamento do diabetes tipo 2, com mortalidade extremamente baixa e morbidade aceitável. No entanto, a remissão completa a longo prazo e a "cura" do DM2 ocorrem com pouca frequência. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos metabólicos a longo prazo (> 10 anos) da cirurgia revisional de conversão gastrectomia vertical para MGB após falha ou recidiva do DM2, remissão pós-operatória inicial. Nós avaliamos uma remissão do diabetes a longo prazo (definida como um nível de glicose no sangue em jejum <100 mg / dL, uma HbA1c <6 mg / dL, sem o uso de medicamentos antidiabéticos) e recidiva, após cirurgia revisional.</p> <p>MÉTODO: Dados de 64 pacientes submetidos à cirurgia de revisão de gastrectomia vertical para MGB-OAGB e com obesidade com falha ou recidiva do DM2 após SLEEVE em um único centro durante 2005 a 2010 e tiveram pelo menos 8 anos de acompanhamento, foram avaliados.</p> <p>RESULTADOS: Havia 55 mulheres (86%), com uma média de idade de 46 ± 7 anos (intervalo 27-54) com um índice de massa corporal médio de 43 ± 14 kg / m² (intervalo 39-52). A hemoglobina glicada pré-operatória global foi de 8,4 ± 1,8% (intervalo 6,8-14,2); em 14 pacientes (22%) apresentaram níveis de hemoglobina glicada ≥10%. Oito pacientes (12,5%) necessitaram apenas de insulina, 5 (7,8%) estavam em uso de medicamentos antidiabéticos orais e insulina, e os 45 pacientes restantes (80%) estavam tomando apenas medicamentos antidiabéticos orais. O controle glicêmico a longo prazo (HbA1c <7%) foi observado em 52% dos pacientes, remissão da diabetes em 16%, remissão completa (HbA1c <6% de medicamentos) em 19% e "cura" (remissão completa contínua para ≥5 anos) foi alcançado em 13%. Recorrência de longo prazo do DM2 após a remissão inicial ocorreu em 8%. Em pacientes com recidiva do DM2 (5), 80% mantiveram o controle glicêmico (HbA1c <7%).</p> <p>CONCLUSÕES: MGB-OAGB como uma cirurgia revisional de SLEEVE pode melhorar significativamente a remissão a longo prazo, remissão completa e "cura" do DM2 com recidiva muito baixa.</p>

TL 350	TL 351
<p>FATORES DE RISCO PARA A OCORRÊNCIA DE CRISE AGUDA DE ARTRITE GOTOSA NO POS-OPERATORIO DE BYPASS GASTRICO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Claudemiro Quireze Jr., Naiza Murielly Pereira Borges, Geraldo Santana Xavier Nunes Neto, Nadya Alves Sousa Guimarães, ANDRESSA MARIANE BORBA Lima, ENY KARLA NASCIMENTO SANTOS, Marianna Lino Alcântara</p> <p><i>Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade está fortemente associada ao risco de gota no incidente. A associação com o risco de ataques recorrentes de gota (RGA) e bypass gástrico tem sido um paradoxo. Procuramos demonstrar os fatores de risco pré-operatórios de ataques de gota recorrentes em pacientes após a cirurgia de bypass gástrico.</p> <p>MÉTODO: Usando uma análise de regressão multivariada, testamos o efeito de um multifator no período pré-operatório na RGA em pacientes, após a cirurgia de bypass gástrico. Nós também estimamos o efeito total da mudança do índice de massa corporal (IMC) da linha de base entre a gota incidente em 621 pacientes do sexo masculino com gota primária. A área de gordura visceral (AGV) foi medida usando o método de bioimpedância elétrica (BIA), e uma AGV > 100 cm² foi definida como obesidade da gordura visceral (VFO). As frequências da síndrome metabólica e parâmetros relacionados também foram investigadas.</p> <p>RESULTADOS: Ataque prévio por gota, circunferência da cintura, massa gorda total, uso oral pós-operatório de sucralfato, triglicérides séricos, ácido úrico sérico e níveis séricos de glicose foram significativamente maiores em pacientes com ataques de gota recorrentes após bypass gástrico. Houve correlações positivas entre AGV e níveis séricos de triglicérides, ácido úrico sérico e níveis séricos de glicose. A análise de regressão multivariada revelou que a taxa de perda de peso no período pós-operatório é um fator de risco independente para a RGA (odds ratio 2.488, intervalo de confiança de 95% 1.041-4.435). Nas análises de grupo (pacientes com ataque de gota, n = 217; pacientes com ataque não gota, n = 403), VFA (98,7 ± 19,3 vs. 91,0 ± 16,7, P = 0,016) e a frequência de VFO (47,4 vs. 27,3%, P = 0,017) permaneceu significativamente maior em pacientes com ataque de gota. Não houve diferença nem no IMC nem na massa gorda total entre os pacientes. A prevalência de síndrome metabólica em pacientes com ataque de gota foi de 77,4% (168/217), em comparação com 17,4% (71/403) no subgrupo de pacientes com ataque não-gota</p> <p>CONCLUSÕES: O paradoxo da obesidade para o risco de RGA no tempo de pós-operatório em pacientes com bypass gástrico foi explicado por alguns fatores do período pré-operatório. Em nossa série, a variável mais importante analisada foi a rapidez com que a taxa de perda de peso ocorre no pós-operatório. Da mesma forma, a prevalência de síndrome metabólica (especialmente triglicérides séricos, ácido úrico sérico e níveis séricos de glicose), circunferência da cintura, ataque prévio de gota e uso oral de sucralfato no pós-operatório foram as variáveis de risco para RGA na cirurgia pós-bypass gástrico</p>	<p>TRATAMENTO CONCOMITANTE DE HERNIA VENTRAIS EM OBESOS MORBIDOS DURANTE CIRURGIA BARIATRICA/METABOLICA.</p> <p>LEONARDO EMILIO DA SILVA, CLAUDEMIRO QUIREZE JR., RODRIGO BARCELOS FERREIRA DE CARVALHO, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, FABIO MAHAMED RASSI, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, LUIZ AUGUSTO GERMANO BORGES, MAXLEY ALVES MARTINS</p> <p><i>Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hérnia ventral é uma complicação comum após procedimentos abdominais abertos com uma incidência de aproximadamente 10%. O papel da laparoscopia na correção de hérnia ventral (LVHR) não foi totalmente delineado, em especial em obesos mórbidos. Hérnias ventrais englobam um grupo heterogêneo de hérnias que são classificadas, de acordo com a Sociedade Europeia de Hérnia, como primária ou incisional. As hérnias primárias incluem hérnias umbilicais, epigástricas, espigelianas e lombares. Hérnias incisionais incluem qualquer hérnia ventral recorrente, hérnia de incisão prévia ou hérnia traumática. Esses tipos de hérnia são muito diferentes em sua fisiopatologia, resultados e gerenciamento. Embora estudos tenham mostrado que a obesidade não é uma contraindicação para a LVHR, o papel do uso de suturas transfaciais (TFS) nessa população em particular não é bem estudado. Assim, objetivamos examinar LVHR em pacientes obesos com hérnias da parede abdominal durante cirurgias bariátricas/metabólicas.</p> <p>MÉTODO: Entre setembro de 1998 e dezembro de 2017, 201 pacientes foram submetidos a LVHR em nosso serviço durante cirurgia bariátrica/metabólica com hérnias da parede abdominal primárias ou incisionais, excluindo as hérnias lombares e espigelianas foram elegíveis para reparo com TFS. Utilizamos Procede mesh (Ethicon); Parietex composite mesh ou Symbotex composite mesh (Covidien, Norwalk, CT) que foram fixadas à fáscia usando com grampos helicoidais obtendo pelo menos uma sobreposição de 5 cm seguida de fechamento do orifício com passa fio utilizando fio de polipropileno 2-0. Correlação entre IMC, área de superfície do defeito, tempo operatório, morbidade e estadia pós-operatória foi avaliada. Assim como avaliamos a recidiva ao longo de 10 anos.</p> <p>RESULTADOS: 72% eram homens. A média de idade foi 49±6anos. O IMC médio foi de 42±12kg.m⁻². 74% eram hérnias incisionais, a maioria de apendicectomia; cirurgia bariátrica aberta prévia e o restante hérnias primárias. O tempo operatório médio foi de 64±22minutos. Houve um tempo de internação de 3,4±1,2 dias e não houveram complicações sistêmicas. 22% dos doentes tiveram serosa na ferida operatória, tratados clinicamente. A mortalidade foi zero. A recidiva em 5 anos foi maior nas hérnias umbilicais volumosas (>6cm). A taxa global de recidiva foi de 22% em 10 anos (follow-up de 72%).</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento das hérnias ventrais em obesos mórbidos durante cirurgias bariátricas/metabólicas é um método seguro, de baixa morbidade com recidiva equivalente à literatura médica e pode ser realizado em doentes previamente selecionados com uma equipe treinada em ambos os procedimentos.</p>
<p>TL 352</p> <p>AVALIAÇÃO DE Ccetil; AO NAO INVASIVA DE FIBROSE HEPATICA EM OBESOS GRAVES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA</p> <p>Roberto Gomes da Silva Junior, Joel Schmillevitch, Wilson Rodrigues de Freitas Junior, Elias Jirjoss Ilias, Maria de Fátima Araújo Nascimento, Andrea Vieira, Luiz Arnaldo Szutan, Mauricio Alves Ribeiro</p> <p><i>Santa Casa de São Paulo - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Constituíram objetivos desta investigação: avaliar o desempenho diagnóstico dos escores Forns, NFS, BARD, APRI, FIB-4 e da elastometria hepática pelo método ARFI na detecção de fibrose em pacientes com obesidade e doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), candidatos à cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Pacientes foram acompanhados de forma consecutiva prospectivamente entre julho de 2015 a dezembro de 2016 em hospital universitário brasileiro. Todos foram avaliados com dosagens laboratoriais e elastometria ARFI em até 60 dias antes da cirurgia bariátrica. A elastometria hepática foi realizada com o equipamento Acuson S2000 da Siemens. Todos os pacientes foram submetidos à biópsia hepática como primeiro procedimento durante a cirurgia bariátrica. Para cada paciente foram realizadas dez aquisições ARFI sob diferentes profundidades no segmento VIII do fígado, sendo o resultado final igual à média dos valores obtidos. Resultados com menos de 6 medições válidas ou com intervalo interquartil (IQR) superior à 30% da mediana foram considerados inadequados. Durante o procedimento cirúrgico, uma cunha com no mínimo 3 cm de profundidade foi retirada do fígado. Biópsias foram interpretadas por um único patologista experiente. A DHGNA e a fibrose foram classificadas de acordo com a pontuação "NASH Clinical Research Network". Resultados dos diferentes métodos foram comparados com os achados da biópsia. A área sob a curva ROC (AUC ROC) foi calculada para todos os testes.</p> <p>RESULTADOS: Dos 82 pacientes avaliados, 69 (84%) apresentaram DHGNA, destes 3 pacientes (4,3%) detinham fibrose avançada (F3-F4) e 13 pacientes (18,8%) fibrose significativa (F2-F4). Trinta e um pacientes (44,9%) apresentavam esteato-hepatite. A média do índice de massa corpórea foi de 47,05 kg/m². Os melhores testes para prever fibrose significativa foram os escores FIB-4 e Forns (ambos AUC ROC 0,79), seguidos por APRI (AUC ROC 0,73), NFS (AUC ROC 0,72), BARD (AUC ROC 0,69) e elastometria ARFI (AUC ROC 0,57). O escore de Forns pôde prever fibrose significativa com sensibilidade (Se) de 85%; Especificidade (Es) de 70%; Valor preditivo positivo (VPP) de 39% e Valor preditivo negativo (VPN) de 95%. Já o teste FIB-4 apresentou Se de 77%, Es de 80%, VPP de 48% e VPN de 94% em prever fibrose significativa. A elastometria ARFI foi bem sucedida em 74% dos pacientes. Maior índice de massa corpórea foi correlacionado com medidas inválidas de ARFI. Para prever fibrose significativa, com ponto de corte de 1,33 m/s, a técnica ARFI obteve 77,8% de Se e 55,8% de Es.</p> <p>CONCLUSÕES: Os testes FIB-4 e Forns apresentaram boa acurácia e desempenho superior no diagnóstico de fibrose significativa em obesos com DHGNA, candidatos à cirurgia bariátrica. A elastometria hepática pelo método ARFI demonstrou aplicabilidade limitada nesta população.</p>	<p>TL 353</p> <p>INCIDENTALMENTE DESCOBERTO NAO-ROTA&Ccedil;AO INTESTINAL NO MOMENTO DA CIRURGIA BARIATRICA: QUAL OPERA&Ccedil;AO PARA EXECUTAR?: REVIS&Atilde;O DO TRABALHO PUBLICADO PELO Dr KO GARY</p> <p>Adélio José da Cunha, Cirênio de Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Hospital São Lucas - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na revista Cirurgia para Obesidade e Doenças Relacionadas (2019) por Gary Ko, Andrew Smith, Cassie Scott, Boris Zevin. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto. Objetivo: Um achado incidental de não-rotação intestinal no momento da cirurgia bariátrica coloca os seguintes 2 dilemas: (1) qual operação realizar, e (2) se uma apendicectomia deve ser realizada concomitantemente. Este trabalho teve como objetivo revisar a experiência de dois Centros de Excelência Bariátrica com gastrectomia vertical laparoscópica (LSG) em pacientes com não-rotação intestinal e realizar uma revisão sistemática da literatura sobre este tema. Configuração Dois Centros de Excelência Bariátrica, designados pela Ontario Bariatric Network.</p> <p>MÉTODO: Uma revisão do prontuário de todos os casos de LSG realizados em pacientes com não rotação intestinal em dois centros foi realizada. Uma revisão sistemática sobre a realização de cirurgia bariátrica em pacientes com não-rotação / mal rotação intestinal foi realizada utilizando bases de dados EMBASE e MEDLINE.</p> <p>RESULTADOS: Quatro pacientes (0,4% de todos os casos) realizaram LSG no cenário de não rotação intestinal. Dois pacientes foram submetidos a uma apendicectomia concorrente. Três pacientes desenvolveram doença do refluxo gastrointestinal no pós-operatório e um paciente necessitou de conversão para um bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico. Um total de 12 estudos retrospectivos com 23 pacientes foram incluídos na revisão sistemática. Dezenove pacientes foram submetidos a bypass gástrico em Y-de-Roux, três pacientes foram submetidos a um duodenal switch e um paciente foi submetido a LSG. Nove pacientes (41%) foram submetidos à apendicectomia concomitante. Razões citadas para não realizar uma apendicectomia incluem não compreender completamente o defeito anatómico, sendo surpreendido pela descoberta de não rotação, sem consentimento para o procedimento, e colocação de trocarte sub-ótima para uma apendicectomia.</p> <p>CONCLUSÕES: O LSG é uma alternativa razoável ao bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico em pacientes com não-rotação intestinal. Uma apendicectomia concomitante pode não ser necessária na era das imagens transversais modernas para o diagnóstico de apendicite aguda.</p>

TL 354	TL 355
<p>ENXERTO DE GORDURA AUTOLOGO NO TRATAMENTO DE QUEIMADURA POR CHOQUE ELETRICO NA MAO</p> <p>Pedro Freire Guerra Boldrin, Eduardo Aguiar Júnior, Júlia Alves Nascimento Rodrigues, Nelson Sarto Piccolo, Paulo Paula Piccolo</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar a lipoenxertia autóloga no tratamento de lesões elétricas na mão, buscando atingir a cicatrização e recuperação funcional, evitando a necessidade de enxertos de pele ou retalhos locais.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, que compreende o período de junho de 2014 a dezembro de 2016. Foi feita a revisão de 13 prontuários de pacientes submetidos a enxertia de gordura autóloga no tratamento de choque elétrico de baixa tensão. Foram avaliados o sexo, idade, tempo de cicatrização, região do corpo atingida, número de desbridamento e enxertia de gordura, volume injetado e depositado de gordura, área doadora de gordura, número de enxertos e área doadora de pele.</p> <p>RESULTADOS: Verificou-se que 69% dos pacientes eram do sexo feminino e 31% do sexo masculino, com idade média de 22 anos. Notou-se que 54% dos pacientes sofreram choque elétrico de baixa tensão em uma das mãos; 15% nas duas mãos e 31% em outras áreas do corpo, além da mão. Não foi necessária a realização de fasciotomia em nenhuma das ocorrências, sendo relatado um episódio de escarotomia. A média de cicatrização foi de 107 dias. Em relação a enxertia de gordura verificou-se que 61,5% dos pacientes submeteram ao procedimento uma única vez; 30,8% duas vezes e 7,7% três vezes, apresentando média de 5,56 mL de volume injetado e 5,85 mL de volume depositado. Em relação aos outros procedimentos realizados, constatou-se que 61,5% submeteram à desbridamentos de duas a três repetições; 23,1% de quatro repetições e 15,4% de cinco a oito repetições, com média de 3,46 repetições. Percebeu-se que 53,8% dos pacientes precisaram de enxertos de pele, sendo o couro cabeludo ou cavo plantar os principais locais doadores, ambos com frequência de 23,1%. Todos os pacientes reportaram atividade normal do membro após o tratamento.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso de retalhos pediculados ou livres para a cobertura de queimaduras causadas por lesões elétricas fornece tecido vascularizado saudável para a cobertura dessas feridas. Recentemente, o tecido adiposo ganhou considerável atenção como fonte de tecido para células estromais mesenquimais, devido ao efeito regenerativo dessas células. O uso de enxertos de gordura para tratamento de queimaduras agudas, feridas crônicas e cicatrizes hipertóricas, garante uma melhora subjetiva as duas primeiras e melhora o aspecto da última, com achatamento e aumento da maleabilidade. No estudo utilizou-se o protocolo de tratamento com desbridamento e lipoenxertia, juntamente com fisioterapia agressiva. Assim, conclui-se que a lipoenxertia autóloga no tratamento de lesões elétricas é uma técnica promissora, haja visto que a maioria dos pacientes curou-se em tempo hábil, com nenhum déficit funcional.</p>	<p>FISSURAS LABIOPALATINAS: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>ANNA ELISA NOBREGA DE SOUZA, Amanda Martins Chameca, Edilson Carlos de Souza, Gabriel Carlos Nobrega de Souza, Filipe Antonio Peixoto Mourao</p> <p><i>BENEFICENCIA PORTUGUESA DE SAO PAULO - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As fissuras de lábio e palato são malformações congênitas com origem embriológica de alta incidência. Tais fissuras ocorrem em virtude da falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos, apresentando uma etiologia multifatorial. Neste trabalho, objetivou-se discutir as fissuras labiopalatinas através da realização de uma revisão de literatura.</p> <p>MÉTODO: Para a construção dessa revisão foram utilizados dados nacionais e internacionais. Foram abordados desde o aspecto embriológico até as técnicas cirúrgicas utilizadas pela cirurgia plástica. Trabalho orientado equipe de cirurgia plástica da Beneficência Portuguesa de São Paulo.</p> <p>RESULTADOS: Uma das classificações mais utilizadas é a de Spina, a qual identifica a anatomia e, além de ser simples, é bastante eficiente. A sua particularidade consiste em elucidar a origem embriológica do defeito. A face média se forma embriologicamente a partir de dois primórdios principais denominados palato primário e palato secundário. O palato primário dá origem às estruturas centrais da face média, como columela nasal, filtro e tubérculo labial e a pré-maxi-la. O palato secundário é formado a partir da fusão dos processos palatinos que terminam de formar o palato na 12ª semana de vida intrauterina. O forame incisivo simboliza o que separa intrauterinamente os palatos primário e secundário. A linha de fusão entre os processos faciais embrionários constitui a linha de fragilidade e a falha desta fusão origina a fissura. Pela classificação de Spina podem ser divididas em 4 Grupos: Grupo I - Fissuras pré-forame incisivo; Grupo II - Fissuras forame incisivo; Grupo III - Fissuras pós-forame incisivo e Grupo IV - Fissuras raras da face. Em relação a tratamento de pacientes com fissuras faciais e deformidades craniofaciais foi visto que atinge melhores resultados quando o diagnóstico e plano de tratamento são realizados por uma equipe multidisciplinar. Essas equipes incluem profissionais em diversas áreas da Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Assistência Social, Enfermagem, entre outros. Este grupo de profissionais deve ter treinamento, educação continuada e experiência para estarem preparados para atendimento de fissurados labiopalatais. Sugere-se que a equipe tenha reuniões periódicas a cada dois meses para avaliação dos tratamentos, discussões de novos casos e planejamento, beneficiando os resultados.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que as fissuras labiopalatinas podem desencadear uma série de alterações que podem comprometer a fala, o desenvolvimento, a nutrição, audição, estética, alterações dentais e psicológicas dentre outras. Logo, para que haja uma melhora realmente efetiva da qualidade de vida do paciente, é necessário um acompanhamento multidisciplinar.</p>
<p>TL 357</p> <p>AS LESOES POR PRESSAO NUMA ENFERMARIA DE CLINICA MEDICA NUM HOSPITAL DA GRANDE SAO PAULO</p> <p>Madson Douglas Ribeiro Sousa, Lia Sousa Rocha, Leonardo Sousa Rocha</p> <p><i>Clinica Instituto Amazônia de Saúde e Bem Estar - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Geral : Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes que desenvolveram lesões por pressão internados numa enfermaria clínica ; Específicos: Identificar os fatores de risco e os métodos preventivos das lesões por pressão executados pela equipe de enfermagem; Destacar os principais tipos de curativos empregados como tratamentos das lesões por Pressão. A relevância do estudo consiste na preocupação dos autores em identificar os fatores de risco envolvendo os pacientes internados na enfermaria hospitalar, elevando os indicadores de morbidade e mortalidade nos pacientes acometidos pelas lesões por pressão, pelo aumento do período de internação e principalmente com o agravamento das doenças de base dos pacientes acometidos. Como Cirurgião Plástico atuar não somente nos procedimentos reparatórios, mas na prevenção das enfermidades.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa descritiva quantitativa, pela análise dos prontuários dos pacientes internados no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, que desenvolveram lesões por pressão no período de internação. Realizar uma estratificação demográfica e social e biológica dos pacientes vulneráveis. Critérios de Inclusão: pacientes de ambos os sexos que desenvolveram lesões por pressão durante o período internado; Critérios de exclusão: pacientes que não desenvolveram lesões por pressão durante o período internado Critérios de não inclusão: pacientes que já apresentavam alguma lesão por pressão no momento da admissão;</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 650 prontuários com identificação de 100 pacientes que desenvolveram lesões por pressão, sendo destes 60 do sexo masculino e 40 do sexo feminino. A faixa etária variou de 18 a 90 anos, com média de 70 anos. As principais patologias relacionadas foram as neurológicas (AVES), seguidas pelas doenças cardiovasculares, metabólicas e ortopédicas. Os fatores de risco envolvidos foram Imobilismo, Incontinência e Intelecto (demências). Os curativos mais utilizados foram os Hidrocolóides e Alginatos, seguidos pela Kollagenase, independente do estágio classificatório das lesões. As orientações descritas pela equipe de enfermagem consistiram em mudanças de decúbito e banhos e trocas de fraldas.</p> <p>CONCLUSÕES: É necessário instituição de um protocolo de prevenção de lesões por pressão, pois sistematiza e identifica os pacientes mais susceptíveis e vulneráveis ao desenvolvimento das lesões por pressão, facilita a adoção das medidas preventivas, envolvendo toda a equipe de saúde. Os principais métodos de tratamento das lesões consistiram nos curativos com hidrocolóides e alginato e pomadas à base de collagenases. Os principais pacientes acometidos foram os idosos e acometidos por doenças neurológicas -AVES-, e com múltiplas doenças caracterizando a síndrome da fragilidade do idoso. As áreas de maior acometimento foram a sacral e trocântericas, seguidas do calcâneo e occipital.</p>	<p>TL 358</p> <p>PRESERVAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR COM USO DO RETALHO LIVRE DIEP BILATERAL APOS RESSECÇÃO DE SARCOMA DE PARTES MOLES</p> <p>Bernardo Luiz Campanário Precht, Matheus Vieira Dos Santos, Aline Vaz Borges, Paulo Pádua Junior, Vitor Nunes Santos, Isabella de Paula Brandão, Bruno Cesar Dias, Juliani Dourado de Almeida</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o uso da técnica cirúrgica de reconstrução de membro inferior com retalho livre DIEP bilateral após exérese sarcoma.</p> <p>MÉTODO: Descrição detalhada de técnica cirúrgica de reconstrução de membro inferior com retalho livre DIEP bilateral após exérese sarcoma de caso realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE.</p> <p>RESULTADOS: Paciente, 39 anos, masculino, procurou atendimento no ambulatório Cirurgia Plástica do HSPE, com queixa de abaulamento em região posterior de coxa direita há 90 dias. Trazia consigo RNM de membro inferior direito evidenciando formação expansiva infiltrativa de permeio ao terço médio do ventre do biceps femoral, medindo 87x56x51mm, mostrando íntimo contato com o nervo isquiático, sem plano de clivagem. A biópsia confirmou a suspeita de sarcoma de partes de moles. Realizada neoadjuvância (Ifosfamida + Doxorubicina) por 6 ciclos e radioterapia. Após 45 dias do término desse tratamento, foi efetuada ressecção da lesão de 1,4kg e medindo 20x17x9cm), sendo encontrado o plano de clivagem com o nervo isquiático preservado. Para a reconstrução do membro, foi optado pelo retalho perfurante da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP) bilateral devido a necessidade de volume além da cobertura local. Inicialmente mudando o decúbito de ventral para dorsal. Apesar da escolha do retalho DIEP bilateral, conservaram-se as artérias epigástricas inferiores superficiais devido a necessidade de opções de pedículos para anastomose em vasos de diferentes sítios no vasto leito receptor. Se optou por anastomose microcirúrgica arterial e venosa intra-retalho com as extremidades das artérias e veias epigástricas superiores profundas de cada lado entre si. Foi fixado a tela de polipropileno na região abdominal, realizado a onfaloplastia e iniciada síntese do retalho abdominal, mantendo, a todo momento, o retalho perfundido pelos pedículos inferiores. Após ligadura dos pedículos, foi finalizado a síntese abdominal e modificado o decúbito para ventral e iniciou-se a preparação do leito receptor. Neste foram dissecados dois pedículos perfurantes das artérias femorais profundas e superficiais, onde foram feitas anastomoses de ambos os pedículos do DIEP bilateral. Ao final fez-se drenagem com portovac 4.8 e síntese do retalho com leito receptor com pontos simples em subcutâneo, subdérmico e na pele com nylon 3-0. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com retalho bem perfundido e sem perdas, deambulando sem apoio, mantendo sensibilidade do membro inferior direito e, como única complicação, seroma local tratado através de punção após retirada de dreno portovac. Quando comparado ao pré-operatório percebe-se que o retalho DIEP foi capaz de manter quantidade local com volume e estética semelhantes.</p> <p>CONCLUSÕES: Como a preservação do membro e de sua capacidade motora após ressecção de grandes lesões é prioritário, o DIEP bipedicular fornece resultados estético-funcionais satisfatórios, se consolidando gradativamente na reconstrução do membro inferior.</p>

TL 359	TL 360
<p>EPIDEMIOLOGIA DAS FRATURAS DE FACE DE UM PRONTO-SOCORRO DE CURITIBA</p> <p>Guataçara Schenfelder Salles Junior, Dayane Raquel de Paula, Daniela Thais Lorenzi, Caroline de Oliveira Pereira, Jean Raitz Novais</p> <p><i>Hospital do Trabalhador - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico, qual a incidência e quais os tipos mais prevalentes de trauma facial em pacientes que chegam ao pronto socorro de hospital de referência em Curitiba, e posteriormente são encaminhados para o Serviço de Cirurgia Plástica.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico transversal retrospectivo, em que foram analisados 520 prontuário de pacientes com trauma facial, de junho de 2012 a agosto de 2017, do serviço de Cirurgia Plástica, do Hospital do Trabalhador. Para fins de análise os dados foram compilados em categorias, o mecanismo do trauma, foi separado em colisão veicular, queda de outro nível, queda de mesmo nível, agressão e atropelamento. O trauma de face foi dividido em quatro categorias, mandibular, nasal, terço médio da face e alvéolo dentário.</p> <p>RESULTADOS: Em relação ao perfil dos pacientes atendidos, este estudo verificou que o sexo masculino foi o mais acometido, representando 87% das fraturas de face, quando comparado ao sexo feminino (23%). A faixa etária predominante foi a compreendida entre os 20 a 30 anos de idade (32%), seguida por idades entre 30 a 40 anos (25%), entre 40 a 50 anos (15%) e entre 50 a 60 anos (8%), considerando a população economicamente ativa esse valor corresponde a cerca de 80% dos traumas de face. Em relação aos tipos de fratura, 277 (48%) pacientes foram diagnosticados com fratura nasal, enquanto 162 (28%) tiveram fratura de mandíbula, 47 (8%) fratura do complexo OZM e 33 (6%) fratura de maxila. Quanto ao mecanismo de trauma, tal como os estudos recentes têm demonstrado, a agressão é o principal fator etiológico com 41%, seguido de acidentes de moto com 12% e acidentes de carro com 10%.</p> <p>CONCLUSÕES: Houve uma maior incidência de trauma facial dentre os pacientes do sexo masculino, compreendidos na faixa etária dos 20 aos 30 anos, sendo que o mecanismo de trauma com maior prevalência foi o de agressão, o que corrobora com os resultados demonstrados em literatura. No segundo lugar estão os acidentes automobilísticos, sendo que em estudos posteriores ao ano 2000, a agressão aparecia nesta posição. Essa inversão aconteceu possivelmente pelas medidas preventivas e de conscientização que têm ocorrido no nosso meio, além do aumento da criminalidade e das taxas de desemprego. O trauma nasal foi a categoria com maior número de pacientes afetados, demonstrando a fragilidade anatómica da região e sua propensão a fraturas relacionadas a agressões.</p>	<p>PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES VITIMAS DE QUEIMADURAS ELETRICAS EM HOSPITAL DE REFERENCIA NA BAHIA</p> <p>Bianca Coelho Cedraz, Nilmar Galdino Bandeira, Rodrigo del Pino Silva, Marcus Vinicius Viana da Silva Barroso, Victor Araujo Felzenburgh, Lais de Melo Ferreira, Mariana Jobard Hora Silva</p> <p><i>EBMSP - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes vítimas de queimaduras elétricas em Hospital de referência da Bahia, a fim de aperfeiçoar a conduta terapêutica para abordagem destes indivíduos e reduzir a mortalidade. Observar o perfil desses pacientes auxiliará na implementação de medidas efetivas de segurança para diminuir o número desses acidentados.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional descritivo com dados secundários em Hospital de referência da Bahia, de abril de 2018 a dezembro de 2018. Foram incluídos pacientes vítimas de trauma elétrico maiores de 18 anos internados no serviço no período do estudo.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período do estudo, um total de 136 pacientes foram admitidos no centro de tratamento de queimados do Hospital de Referência. Dentre estes, 23 pacientes atenderam aos critérios de inclusão. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (91,3%), a idade variou entre 18-65 anos, sendo que a maior proporção de pacientes era da faixa etária entre 21-40 anos (47,8%). O trauma elétrico ocorreu principalmente nos locais de trabalho (87%). As comorbidades mais frequentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (n=2) e Etilismo (n=2). A mediana da Superfície Corporal Queimada foi de 7% (IIQ, 2,88-12,12), variando entre 0,25-47,20%. Os locais acometidos com maior frequência foram as mãos (56,5%) e os antebraços (56,5%). Quanto à Escala preditiva de mortalidade segundo Tobiasen, as pontuações mais frequentes foram na faixa 4-5 (60,9%), que representou uma sobrevida de 98%. O tempo de internamento variou de 1-68 dias, com mediana de 9 dias (IIQ, 3,5-29,5). Neste intervalo de tempo, a maioria dos pacientes (56,5%) foi encaminhado para UTI com mediana de 3 (IIQ, 2-6) dias de permanência nesse setor. O motivo principal da internação na UTI foi o fato de serem considerados Grandes Queimados (n=5, 21,7%). Quanto aos procedimentos realizados, a balneoterapia foi a mais frequente (n=21, 91,3%), seguida de enxertia (26%) e amputação (21,7%). Das complicações relacionadas ao trauma, a Síndrome Compartimental (17,4%) e Insuficiência Renal (17,4%) foram as mais frequentes. No período da coleta de dados, cinco pacientes foram submetidos a amputação. Destes, três pacientes (60%) realizaram duas amputações e dois realizaram apenas uma, somando um total de 8 amputações. O nível de amputação mais frequente foi o Transradial (n=3, 60%). Quanto às variáveis laboratoriais no primeiro dia de internamento, encontrou-se valores CPK 722 (IIQ, 234,5-1.971), bilirrubina direta 0,5 (±0,26), TGO 54,0 (IIQ, 4,8-47,3), CKMB 19 (IIQ, 11-47,5).</p> <p>CONCLUSÕES: A queimadura elétrica prevalece no sexo masculino na idade adulta, ocorrendo principalmente no ambiente de trabalho. A SCQ é pequena se comparada com queimaduras de outra etiologia. Porém, grande parte dos pacientes é encaminhado para UTI devido a lesões internas causadas pela corrente elétrica.</p>
<p>TL 361</p> <p>ESTUDO EPIDEMIOLOGICO DAS VITIMAS DE QUEIMADURAS ELETRICAS INTERNADAS EM UTI EM HOSPITAL DE REFERENCIA DA BAHIA</p> <p>Rodrigo del Pino Silva, Bianca Coelho Cedraz, Mariana Jobard Hora Silva, Lais de Melo Ferreira, Victor Araujo Felzenburgh, Nilmar Galdino Bandeira, Marcus Vinicius Viana da Silva Barroso, Pedro Moraes Dórea</p> <p><i>EBMSP - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes vítimas de queimaduras elétricas e internamento em UTI em Hospital de referência da Bahia, afim de aperfeiçoar a conduta terapêutica para abordagem destes indivíduos e reduzir a mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional descritivo por meio da revisão de prontuários de pacientes vítimas de queimadura elétrica admitidos em Hospital de referência da Bahia, de março de 2018 a setembro de 2018. Foram incluídos pacientes vítimas de trauma elétrico maiores de 18 anos internados no serviço no período do estudo.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi constituída por 9 pacientes, sendo 8 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, todos com queimadura de etiologia elétrica. A idade dos pacientes da amostra variou de 17 a 52 anos, com média de 34,5 anos. A Superfície Corporal Queimada calculada na emergência variou de 0,5% a 36%, com mediana de 14%, sendo 3 pacientes calculados segundo a Regra dos Nove e 6 pacientes calculados segundo a tabela de Lund e Browder. Já na avaliação posterior, realizada no internamento, foram encontrados valores de SCQ entre 0,25% e 25%, com mediana de 7%, todas calculadas segundo a tabela de Lund e Browder. Do total de pacientes internados por Queimadura elétrica, 66,7% (n=6) foram admitidos na UTI. Destes, 83,3% (n=5) tiveram como motivo de internamento Insuficiência Respiratória e 17,7% (n=1) devido a dois motivos concomitantes: Infecção do Trato Genitourinário e Choque. O tempo de internamento na UTI variou de 01 a 13 dias com média de 3,8 dias. Sendo que, 33,3% (n=3) do total de pacientes permaneceram 02 dias. Foi registrado 1 óbito (11,1% da amostra), ocorrido por sepse.</p> <p>CONCLUSÕES: Nesse estudo, evidenciou-se que queimaduras elétricas acometem predominantemente jovens do sexo masculino, com uma superfície corporal queimada variando de forma diretamente proporcional à morbimortalidade. A maior parte dos acontecimentos envolve um eficiente manejo multidisciplinar, bem como a implementação de medidas educativas que visem a prevenção de queimaduras elétricas, em especial as de alta voltagem.</p>	<p>TL 362</p> <p>ESTUDO CASO CONTROLE DE FATORES ENVOLVIDOS NO DESENVOLVIMENTO DE HIPOSPADIA</p> <p>Karine Furtado Meyer, Giovani Damiani Franco, Marcello Bocchese de Carvalho, João Augusto dos Reis Guerra, Leonardo Getulio Piovesan, joao Victor Mendes, João Francisco Petry, Ana Carolina Fleig, Ana Carolina Fleig</p> <p><i>Hospital Santa Isabel e Hospital Santo Antonio - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hipospádia é o resultado de um desenvolvimento anormal do pênis que é definida como um meato uretral ectópico proximal a sua posição normal na glândula, localizado em posição ventral em qualquer lugar ao longo do pênis, escroto ou períneo. Em 2010, o estudo EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) revelou evidência de aumento de incidência na Europa de 1999 até 2008. É possível que essa variação de incidência de hipospádia seja causada por mudanças na exposição aos fatores de risco. Sugere-se que a maioria dos casos tenha uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e endócrinos</p> <p>OBJETIVO: avaliar a associação entre os fatores predisponentes descritos em literatura e o risco para hipospádia nas crianças portadoras da patologia atendidas no Hospital Universitário e Ambulatório da FURB, no município de Blumenau, comparando a proporção de expostos aos fatores predisponentes clínicos, comportamentais, ocupacionais e ambientais.</p> <p>MÉTODO: Foram selecionadas 66 crianças do sexo masculino de 0-14 anos, as quais foram divididas em casos (n=29) e controles (n=37). Foi aplicado um questionário, com fatores de risco descritos em literatura para o desenvolvimento de hipospádia. Os resultados foram estimados com intervalos de confiança com nível de 95% para a proporção e para a média.</p> <p>RESULTADOS: Na associação de variáveis, foram consideradas significativas para ocorrer hipospádia: síndrome da disgenesia gonadal, exposição estrogênica, hipertensão materna, associação com criptorquidia, idade gestacional (pré datismo – Idade Gestacional (IG) <37 semanas ou pós datismo IG>42 semanas) e o peso ao nascer (menor que 2500 gramas), pois P < 0,05. Usando a regressão logística simples, os fatores que levam individualmente à ocorrência da hipospádia foram: história familiar de hipospádia, síndrome da disgenesia gonadal, exposição estrogênica, hipertensão, uso de álcool na gestação, suplementação de ferro, exposição a metais pesados, exposição a desinfecção da água por produtos, criança com criptorquidia, idade gestacional menor que 37 ou maior que 42, peso ao nascer inferior a 2500g.</p> <p>CONCLUSÕES: A análise de dados indica associação com fatores predisponentes pesquisados e realça o que a literatura descreve. A identificação de fatores associados com a hipospádia auxilia no diagnóstico precoce. Ainda durante a preconcepção fazer um aconselhamento genético ou até mesmo durante o pré-natal, fazer um adequado acompanhamento de mães que tenham esses fatores associados. Também vale enfatizar a prevenção à exposição a metais pesados e produtos para desinfecção da água.</p>

TL 363	TL 364
<p>DEVE SER REALIZADO REIMPLANTE URETERAL SIMULTANEO DURANTE ENTEROCISTOPLASTIA PARA REDUZIR REFLUXO VESICO-URETERAL EM CASOS DE BEXIGA NEUROGENICA?</p> <p>KARINE FURTADO MEYER, KARINA ILHÉU DA SILVA, FERNANDO CEZAR TIEPO FILHO, IGOR CORDEIRO DE OLIVEIRA, LARISSA SEBOLD, FÁBIO OLIVEIRA GOMES, João Victor Mendes, Leonardo Getúlio Piovesan</p> <p><i>Hospital Santa Isabel e Hospital Santo Antonio - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Refluxo vesico-ureteral ocorre em mais de 20% dos pacientes com bexiga neurogênica. A alta pressão do detrusor associada ao refluxo são responsáveis pela perda de função e pela insuficiência renal nestes pacientes. O melhor tratamento para o refluxo é diminuir a pressão no detrusor. Nossa primeira opção para diminuir a pressão no detrusor e proteger o trato alto é iniciar com cateterismo intermitente e iniciar com drogas como oxibutina e/ou doxazosina. Quando o tratamento clínico falha em obter uma capacidade vesical adequada com baixa pressão de armazenamento consideramos a opção cirúrgica. Teoricamente, diminuindo a pressão no detrusor com uma enterocistoplastia adequada o refluxo iria resolver e a perda de trato alto seria evitada. Entretanto, a realização simultânea do implante ureteral com a ampliação vesical permanece um assunto controverso. Baseado em relatos recentes de literatura optou-se por não corrigir cirurgicamente o refluxo vesico-ureteral em pacientes com bexiga de alta pressão submetidos a ampliação vesical. Objetivo: Avaliar os pacientes submetidos a enterocistoplastia sem implante ureteral em pacientes com bexiga de alta pressão e refluxo vesico-ureteral.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado estudo retrospectivo com amostra composta por 19 pacientes submetidos à enterocistoplastia sem implante ureteral acompanhadas em ambulatório universitário de cirurgia pediátrica de Blumenau de 2008 a 2018. Duas pacientes foram excluídas porque já tinham sido submetidas a implante ureteral previamente. Dois pacientes foram excluídos por perda de seguimento. Dos 19 pacientes analisados 13 apresentavam bexiga neurogênica de baixa capacidade e alta pressão por conta de mielomeningocele, 3 por extrofia de bexiga já submetidos a fechamento do colo vesical e ampliação vesical em outro serviço e 1 por persistência de cloaca. Os dados foram obtidos por meio da análise dos prontuários da população estudada. A média de idade foi de 11,1 anos (De 7 a 16 anos). A média de tempo de acompanhamento após a cirúrgica foi de 4,84 anos (variando de 6 meses a 10 anos). O refluxo foi diagnosticado e analisado por meio de uretrocistografia miccional. Os pacientes também foram acompanhados por meio de cintilografia renal estática com DMSA.</p> <p>RESULTADOS: Todos os 19 pacientes possuíam refluxo vesico-ureteral de diversas graduações antes do procedimento cirúrgico. Em todos os casos o refluxo foi completamente solucionado, não aparecendo na uretrocistografia de controle realizada três meses após o procedimento. Em todos os casos não houve progressão da lesão renal pela cintilografia com DMSA. Todos os pacientes são incentivados a fazerem cateterismo intermitente a cada 3 horas.</p> <p>CONCLUSÕES: Em pacientes com bexiga de alta pressão com refluxo vesico-ureteral a ampliação vesical parece ser mais importante que o implante ureteral no oferecimento de proteção contra lesão renal. O implante ureteral simultâneo parece não ser necessário durante a enterocistoplastia para tratamento de bexigas de alta pressão.</p>	<p>INFLUENCIA DA EXPOSIÇÃO MATERNA A DESREGULADORES ENDOCRINOS EM CASOS DE HIPOSPADIA NA CIDADE DE BLUMENAU-SC</p> <p>Karine Furtado Meyer, Isabela Yones Nogara, Nágilla Ohana Poncetti, João Augusto dos Reis Guerra, Leonardo Getúlio Piovesan, JOAO VICTOR MENDES, ANA CAROLINE FLEIG, THAYLA BICHERI</p> <p><i>Hospital Santa Isabel e Hospital Santo Antonio - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: INTRODUÇÃO: Hipospádia (disposição do meato uretral na face inferior do pênis) constitui a mais frequente anomalia da genitália externa masculina. A etiologia exata da doença permanece desconhecida, é tida como multifatorial, podendo envolver fatores genéticos, ambientais e endócrinos. A função endócrina pode ser alterada por substâncias exógenas, chamadas de desreguladores endócrinos (DE). Quando o feto é exposto a esses compostos, há interferência na fisiologia hormonal, o que aumenta o risco de hipospádia e outras desordens genitourinárias nos meninos. OBJETIVO: Avaliar fatores de risco maternos e aspectos da história da criança (gestação) em casos de hipospádia nos meninos nascidos em Blumenau, com foco na identificação da exposição materna a desreguladores endócrinos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo de caso-controle realizado através questionários aplicados às mães, de todos os meninos com diagnóstico de hipospádia (casos) e meninos sem diagnóstico de malformação congênita (controles), atendidos no consultório de uma única médica na cidade de Blumenau, no período de agosto a outubro de 2014. Além das características gerais dos sujeitos em questão, também foi investigada a possível exposição das mães aos desreguladores endócrinos (DEs), tanto na dieta, como ocupacional.</p> <p>RESULTADOS: A amostra total continha 86 pacientes (48 casos e 38 controles). O aumento do consumo de alimentos defumados (OddsRatio OR 2,96; intervalo de confiança IC 95%, 0,74-11,76) e a conservação de alimentos em recipientes de plásticos (OR 7,08; IC 95%, 1,26-39,57) foram as principais associações com risco de hipospádia encontradas no presente estudo. Além dessas, nossos resultados sugerem o frequente consumo de peixe como fator protetor para o desfecho (OR 0,25; IC 95%, 0,07-0,79). Outros achados relevantes foram: uso de ácido fólico (OR 2,55; IC 95%, 0,89-7,26) como fator de risco e baixa escolaridade (OR 0,52; IC 95%, 0,22-1,25) como fator protetor.</p> <p>CONCLUSÕES: Dieta materna com consumo frequente de alimentos defumados e armazenamento de alimentos em recipiente de plástico parecem aumentar o risco para hipospádia. Resultados que, quando comparados à literatura, são conflitantes e comprovam não existir causa definida para hipospádia, mas reforçam a teoria de que há influência da exposição materna aos desreguladores endócrinos na etiologia da malformação.</p>
<p>TRATAMENTO CLÍNICO DO REFLUXO VESICO-URETERAL EM CRIANÇAS: CICATRIZ INICIAL AO DMSA INICIAL INFLUENCIA NO PROGNOSTICO?</p> <p>Karine Furtado Meyer, Eduarda Menestrina Pedreira, Marta Marinho da Silva, João Augusto dos Reis Guerra, Leonardo Getúlio Piovesan, JOAO VICTOR MENDES, ANA CAROLINA FLEIG, THAYLA BICHERI</p> <p><i>Hospital Santa Isabel e Hospital Santo Antonio - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O refluxo vesico-ureteral (RVU) é caracterizado por um fluxo anormal retrógrado de urina da bexiga para os ureteres e rins. Ele está associado à incidência de infecções do trato urinário (ITU) pela facilitação do transporte de bactérias da bexiga para o trato urinário superior e, consequentemente, levando a formação de cicatrizes renais causadas por reações inflamatórias e imunológicas que ocorrem na pielonefrite que, posteriormente, podem ser causas secundárias de hipertensão e insuficiência renal. Vários estudos de literatura vêm associando o resultado inicial da cintilografia renal estática (DMSA) com a taxa de resolução do refluxo. Isto é, maior dano a função renal e a presença de cicatriz ao DMSA está associada a taxa de resolução espontânea menor. OBJETIVOS: Identificar os fatores preditivos na resolução de refluxo vesico-ureteral (RVU) em crianças. Avaliar se o resultado da primeira cintilografia renal estática (DMSA) demonstrando perda ou cicatrizes influencia na resolução do RVU.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo através de análise de prontuários de 70 pacientes com RVU diagnosticado por uretrocistografia miccional (UCM). Foram avaliadas 103 unidades refluxivas. Foram avaliados como fatores preditivos: sexo, idade, uni ou bilateralidade, o modo e a idade que o RVU se apresenta, doenças associadas, sistema duplo ou simples, presença de divertículo de Hutch, presença de disfunção miccional, perda da função renal e/ou cicatrizes na cintilografia com DMSA. Os pacientes foram submetidos a tratamento clínico com o uso de anticolinérgico, alfa-bloqueador e fisioterapia urológica com eletroestimulação e biofeedback com eletromiografia. Para análise estatística foram utilizados o Teste Qui-quadrado, o Teste Exato de Fisher e o teste de k proporções e o teste de 2 proporções. Em todos os testes utilizados considerou-se a significância com o valor P < 0,05.</p> <p>RESULTADOS: Uma análise multivariada mostrou que a ausência de perda da função renal (melhora de 63,3% com p=0,0438), ausência de cicatriz renal (melhora de 70,5% com p=0,0356) são fatores preditivos positivos na resolução clínica do refluxo vesico-ureteral. O tratamento com associação de anticolinérgico, alfa-bloqueador e fisioterapia urológica com eletroestimulação e biofeedback com eletromiografia teve melhora de 83,93% com p<0,01 no RVU.</p> <p>CONCLUSÕES: A resolução do refluxo foi maior nas unidades refluxivas com ausência de perda da função renal e sem cicatriz renal. Os demais fatores não tiveram relevância na taxa de resolução. O tratamento instituído leva a pressupor que a melhora da função vesical é fator preditivo positivo na resolução ou melhora do RVU.</p>	<p>PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO ERETEL EM AMBULATORIO DE UROLOGIA EM HOSPITAL PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Ítalo Nunes Vieira, Wellington Alves Epaminondas, Carmelia Matos Santiago Reis, Tiago Vilela Santos</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência e grau de disfunção erétil (DE) em um ambulatório de Urologia geral de um hospital do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Como motivação para esse estudo, vale ressaltar que a DE é um relevante problema de saúde pública, por relacionar-se com comprometimento do bem-estar físico, mental e social, assim como ser possível marcador precoce de doença cardiovascular.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal e observacional da prevalência e grau de DE. Foi aplicado o questionário International Index of Erectile Function (IIEF-5) a 402 indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 40 anos que se apresentaram para consulta em um ambulatório de Urologia geral de um hospital do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Para melhor análise dessas variáveis, as classes leve a moderada e moderada foram agrupadas, de maneira que fosse possível avaliar a DE em leve, moderada ou grave. Foram excluídos aqueles que não atendessem a esses critérios, fossem portadores de câncer de próstata em atividade ou com tratamento prévio ou não estivessem de acordo com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 402 pacientes, com média de 59,7 anos. Constatou-se prevalência de DE de 66% na população total. Referente à distribuição do número total de indivíduos com DE, 37,8% encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, 26,4% na de 50 a 59 anos, 18,5% na de 70 a 79 anos, 11,4% na de 40 a 49 anos, 5% na de 80 a 89 anos e 0,7% na superior a 90 anos. Na classificação por faixa etária, notou-se prevalência de DE de 45,7% nos pacientes com idade entre 40 e 49 anos, 63,8% dos 50 aos 59 anos, 71,6% dos 60 aos 69 anos, 81,2% dos 70 aos 79 anos e 100% acima de 80 anos. Quanto ao grau de DE em cada faixa etária, foi constatado que, entre 40 e 49 anos, 68,7% classificavam-se como leve, 12,5% como moderada e 18,7% como grave; entre 50 e 59 anos, 37,8% como leve, 54% como moderada e 8% como grave; entre 60 e 69 anos, 17% como leve, 53% como moderada e 30% como grave; entre 70 e 79 anos, 15,4% como leve, 50% como moderada e 34,6% como grave; e, acima de 80 anos, 100% classificaram-se como grave.</p> <p>CONCLUSÕES: Constatou-se alta prevalência de DE na população total, com aumento progressivo proporcionalmente ao aumento da idade. Notou-se ainda aumento gradativo da gravidade da DE, também conforme aumento da idade, principalmente a partir dos 60 anos. Tendo em vista que a DE é considerada fator ou sinal de alerta para doenças crônicas ao longo do envelhecimento, notadamente, doença aterosclerótica, evidencia-se a importância da investigação da DE por parte dos profissionais de saúde, além da necessidade de maior ênfase na aplicação e desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à saúde do homem.</p>

TL 367	TL 369
<p>ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DO FEOCROMOCITOMA</p> <p>Fernanda Tamires de Souza Fernandes, Rafael Yoshizaki Silva, Andreza Borges de Souza, Mafira Pereira Saft</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília e Faciplac - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo dessa revisão bibliográfica é analisar a adrenalectomia por via laparoscópica para feocromocitomas adrenais e comparar os resultados dessas diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas, averiguando as suas indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens.</p> <p>MÉTODO: Plataformas PubMed, Scielo, LiLacs, Portal CAPES. Artigos de data entre 2009-2019. Artigos originais. Palavras-chave: Laroscopia, feocromocitoma, adrenalectomia, supra-renal. V. Tucci and S. Telematê, "The Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment of Adrenal Emergencies." Emerg Med Clin n Am, vol. 32, 2014. No presente trabalho é realizada uma revisão bibliográfica com objetivo de definir e analisar os vieses da adrenalectomia por via laparoscópica para o tratamento de feocromocitomas, que permite uma abordagem mais eficiente e com maior custo-benefício.</p> <p>RESULTADOS: O procedimento de laparoscopia, cirurgia onde há uma pequena incisão e introdução do laparoscópio na região alvo do procedimento, foi realizada pela primeira vez no ano de 1902. Mais de cem anos depois, esta técnica permanece presente no cotidiano de um cirurgião. Essa técnica cirúrgica está presente mais habitualmente em cirurgias ginecológicas, bariátrica, hérnias abdominais, remoção de pólipos tumores do cólon. Atualmente, discute-se esta abordagem no feocromocitoma, quadro clínico em que se tem um tumor derivado das células cromafins produtoras e secretoras de catecolaminas. Nessa linha, há duas abordagens laparoscópicas, sendo elas as técnicas transperitoneal e retroperitoneal. Esta última, tem demonstrado a melhor opção de tratamento para feocromocitoma, apresentando menor tempo de internação, menor morbidade pós-operatória, menor perda sanguínea, menor período de convalescença, diminuição de queixas algícas, evita complicações vasculares e viscerais, melhor resultado estético. Tornase uma técnica preferencial para obesos e em tumores menores que 7 centímetros. À vista disso, o First International Symposium defende que tumores inferiores a 10 centímetros são passíveis de serem ressecados por via laparoscópica. Dos pontos negativos, a cirurgia laparoscópica retroperitoneal exige maior técnica por parte do cirurgião, porém os benefícios são o suficientes para adquirir este aprimoramento técnico. Dentre as contraindicações para essa modalidade cirúrgica do feocromocitoma temos portadores de cardiopatias e de pneumopatias severas, cirurgias abdominais prévias na região da suprarrenal afetada, e lesões malignas maiores que 10 cm com invasão dos tecidos e vasos adjacentes.</p> <p>CONCLUSÕES: Abordagem Laparoscópica Retroperitoneal tem se demonstrado uma técnica cirúrgica de maior benefício para o tratamento do feocromocitoma. Embora haja contraindicações e maior habilidade por parte do cirurgião, seus benefícios são suficientes para ser a primeira abordagem pensada e planejada para a cirurgia.</p>	<p>O RECORTE HISTÓRICO DO PANORAMA NACIONAL DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO BRASIL</p> <p>Larissa Landeiro Adorno, Larissa Santana de Jesus, Marilane Pacheco de Araújo, Natália Campos, Rebeca Ferreira de Sousa, Cristina Aires Brasil</p> <p><i>União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME) - Lauro de Freitas - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A pesquisa tem como objetivo quantificar o número de internações por processos de redesignação sexual no Brasil durante o período de 2008 a 2017, trazendo assim, a prevalência de procedimentos nas macrorregiões brasileiras.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico misto descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados Sistema de Informação Hospitalar (SIH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população de estudo foi constituída por todos os processos de redesignação sexual no Brasil, incluindo cirurgia de redesignação sexual - 1º tempo, cirurgia de redesignação sexual - 2º tempo, cirurgias complementares de redesignação sexual e cirurgia de redesignação sexual no sexo masculino. Foram registrados os números de cirurgias por macrorregião e ano.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período de 2008 a 2017 no Brasil foram realizados 396 procedimentos totais de redesignação sexual. As regiões Sul e Sudeste apresentaram 280 procedimentos, o que corresponde a 70% desse total. Em contrapartida, na região Norte nenhum procedimento foi contabilizado. Assim, dos quatro procedimentos efetuados nesse período, a maior quantidade foi realizada na Região Sudeste 149 (37,62%), seguido da Região Sul 131 (33,08%), Centro-Oeste 84 (21,21%) e Nordeste 32 (8,08%). Dentre os processos, o de Redesignação Sexual em 1º Tempo foi o mais realizado, sendo mais expressivo na Região Sul, totalizando 43,5% dos casos. As Cirurgias de Redesignação Sexual em 2º Tempo são as menos realizadas, configurando apenas 36% dos procedimentos totais efetuados. As Cirurgias Complementares de Redesignação Sexual configuram-se com 12,12% do total entre os procedimentos realizados. Já entre as Cirurgias de Redesignação Sexual no Sexo Masculino, representam 29,54% do total entre os procedimentos apresentados, onde temos a Região Sudeste à frente (40,17%).</p> <p>CONCLUSÕES: Desde 2008, com as diretrizes nacionais instituídas e implementadas pelo Ministério da Saúde, que garantem o direito da pessoa transexual à cirurgia de redesignação sexual, é notável o progresso na política de saúde direcionada à população LGBT. Durante o período avaliado fica evidente o esforço na conquista do acesso do Processo Transsexualizador, tendo em vista um maior número de cirurgias nos últimos anos, principalmente nas regiões pioneiras. Apesar das regiões precursoras (Sul e Sudeste) representarem a maioria de procedimentos realizados, ainda há uma disparidade nas demais regiões brasileiras. Isto decorre da relação entre procedimentos e macrorregiões, onde foi observada a maior aglutinação dentro das regiões que deram início ao Processo, e onde localizam-se os maiores centros hospitalares designados à realização do mesmo. Existe uma necessidade de ampliação desse resultado em todo o país, de forma mais homogênea, afim de que todas as regiões tenham o mesmo direito de acesso ao processo de redesignação sexual.</p>
<p>TL 370</p> <p>ESTRUTURAÇÃO DA UNIDADE DE CIRURGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (HUPES/EBSERH)</p> <p>Heitor Carvalho Guimarães, Pablo Tarceu Nunes de Melo, Eduardo Freitas Viana, Fernando Zacarias de Souza, Cinara Araujo de Cerqueira, Daniel Lins Cohim, Normand de Araujo Moura, Jorge Luiz Andrade Bastos</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Edgard Santos (EBSERH) - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Elaborar uma Proposta de Estruturação da Unidade de Cirurgia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) para os Médicos Cirurgiões (Preceptores) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) enfatizando melhorias na assistência, ensino e pesquisa, além de atentar para segurança do paciente, estudantes e profissionais de saúde.</p> <p>MÉTODO: O trabalho foi desenvolvido no Complexo HUPES/EBSERH da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia durante o ano de 2018. As propostas para estruturação foram elaboradas com base nas dificuldades existentes no serviço, nas orientações do Plano Diretor Estratégico HUPES/EBSERH, nas perspectivas futuras do hospital e prezando a segurança do paciente, estudantes e profissionais de saúde. Além disso, foi levado em consideração o contexto local do hospital universitário, contemplando os pilares da assistência, ensino e pesquisa. Após realização de reuniões com os profissionais envolvidos, as propostas foram debatidas resultando nas suas definições finais.</p> <p>RESULTADOS: Foram identificadas as áreas de atuação dos profissionais e desenvolvidas linhas de interesse. Promoção da atualização, documentação e transmissão de conhecimentos a entre os Professores, Preceptores, Médicos Residentes e estudantes da graduação. Otimizado o tempo dos procedimentos sempre prezando pelo cuidado e segurança dos pacientes. Aprimorado o funcionamento do Ambulatório melhorando sua dinâmica no pré e pós-operatório. Incentivo aos Médicos Residentes e Internos a realização de Pesquisa Clínica na Unidade. Elaboração de Protocolos à fim de atender melhor e com mais brevidade os nossos pacientes. Criação de Sessão Científica periódica com objetivo de promover a integração dos diversos serviços do HUPES</p> <p>CONCLUSÕES: A estruturação da Unidade de Cirurgia é um processo dinâmico e necessita de constantes atualizações. Diversas melhorias já podem ser notadas no serviço após a implantação das medidas. Espera-se que logo em breve, os dados estatísticos possam ser mensurados respaldando os ganhos na qualidade e quantidade de atendimentos realizados no Hospital. Novos trabalhos deverão ser encorajados para apresentação desses dados e permitir direcionar as melhorias ao serviço. O presente trabalho contribui para nosso maior objetivo que é prestar um atendimento com maior segurança para os pacientes, Médicos Residentes, Internos, Preceptores e Professores</p>	<p>TL 371</p> <p>CURVA DE APRENDIZADO DA CIRURGIA ROBÓTICA NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA Pelve</p> <p>DANIEL CESAR, MARCUS VALADAO, EDUARDO LINHARES, JOSE PAULO JESUS, FELIPE LOTT, GUSTAVO GUITMANN, ERICO LUSTOSA, ANTONIO CARLOS IGLESIAS</p> <p><i>INSTITUTO NACIONAL DO CANCER - INCA - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a curva de aprendizado (CA) da cirurgia robótica (CR), avaliando as taxas de conversão e determinando associação entre aumento do número de procedimentos e a redução do tempo cirúrgico, além de identificar possível relação entre o índice de massa corporal (IMC) e sangramento estimado (SE) com dificuldade técnica ou conversão da CR.</p> <p>MÉTODO: Pacientes submetidos à excisão mesorretal total robótica (EMTR), histerectomia robótica (HR), histerectomia radical robótica (HRR) e prostatectomia radical robótica (PRR) foram incluídos. As etapas cirúrgicas analisadas foram: tempo de docking (TD); tempo de console do cirurgião (TCC); tempo total de cirurgia (TTC). Os tempos cirúrgicos foram analisados por regressão linear e soma cumulativa (SOCUM). Competência foi definida como o primeiro ponto de virada do platô da curva e proficiência foi definida como o ponto de virada de inclinação da curva. Análise da associação e impacto do IMC nos tempos cirúrgicos os pacientes foram divididos em 2 grupos (<25kg/m² e IMC ≥ 25kg/m²) e comparados por regressão linear e coeficiente de Spearman.</p> <p>RESULTADOS: 343 cirurgias robóticas realizadas por 7 cirurgiões dos Departamentos de Urologia, Ginecologia e Gastrointestinal foram analisadas: 103 EMTR por 3 cirurgiões colorretais; 55 HR e 58 HRR por 2 cirurgiões ginecológicos; 127 PRR por 2 cirurgiões urológicos. Idade, IMC e número de cirurgias não tiveram diferença estatísticas dentro das clínicas analisadas (p<0.075). Para a maioria dos cirurgiões os gráficos SOCUM exibiram 3 fases de CA refletindo competência e proficiência de cada cirurgião. O TD teve a CA mais rápida, com queda do tempo após 15 procedimentos (p<0,005). Todos os cirurgiões foram capazes de desenvolver eficiência e proficiência no TD. Os cirurgiões urológicos e ginecológicos desenvolveram CA adequada com 3 fases no TCC e TTC demonstrando competência e proficiência e tiveram menores taxas de conversão quando comparados aos cirurgiões colorretais. Os cirurgiões colorretais apresentaram queda progressiva dos tempos cirúrgicos nas análises de regressão linear (R² = 0,312) porém não apresentaram competência e proficiência na curva SOCUM. A taxa de conversão geral foi baixa (2%) e o SE médio para todos os cirurgiões foi baixo (70ml) e não apresentou diminuição com aumento do número de procedimentos (p<0,122). Paciente com IMC ≥25kg/m², diferente do pressuposto, apresentaram menor TD (p<0,041) e menor SE quando comparados com paciente com IMC <25kg/m² (p<0,020).</p> <p>CONCLUSÕES: A CA da CR no tratamento das malignidades pélvicas existe e é diferente e única para cada cirurgião e especialidade. Cirurgiões urológicos e ginecológicos desenvolveram CA demonstrando eficiência e proficiência. A CR colorretal teve CA mais longa. O TD é o tempo robótico com CA mais rápida. Pacientes com IMC mais alto apresentaram menor TD e menor SE. A taxa de conversão foi baixa para todas as clínicas e cirurgiões corroborando segurança e reprodutibilidade da CR na CA.</p>

TL 372	TL 373
<p>TCT: UMA NOVA PROPOSTA BRASILEIRA DE ENSINO DA CIRURGIA DO TRAUMA- EXPERIENCIA DE 15 ANOS</p> <p>BRUNO VAZ DE MELO, RODRIGO ANDRADE VAZ DE MELO, JUAN RENTERIA, ARY BASSOUS, HELIO VIEIRA MACHADO, PAULO OLIVEIRA SILVEIRA, FELIPE GUEDES SIQUEIRA</p> <p><i>GRUPO TÉCNICAS CIRÚRGICAS NO TRAUMA - TCT - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O ensino da Cirurgia do Trauma no Brasil, é em geral deficitário. Somam-se a este problema as características das lesões traumáticas que dificultam a formação do Cirurgião. Em 2003, surgiu o TCT (Grupo de Estudos em Técnicas Cirúrgicas no Trauma), no intuito de promover e melhorar a formação de médicos, através da organização de cursos avançados em Cirurgia do Trauma. O Objetivo do presente trabalho é relatar a metodologia e a experiência do TCT com o ensino da Cirurgia do Trauma</p> <p>MÉTODO: Análise descritiva da metodologia empregada no Ensino pelo Grupo TCT . O planejamento de ensino é anual e seqüencial, e é composto por cursos, que podem ser feitos sequenciais , ou como módulos independentes .São dois teóricos e um prático. O primeiro curso teórico é o de Bases Anatômicas da Cirurgia do Trauma ,focando os aspectos anatômicos cirúrgicos relacionados a Cirurgia do Trauma .É um curso com aulas expositivas e apresentação de casos clínicos relacionados . O segundo curso teórico é o Técnicas Cirúrgicas no Trauma, onde são abordados os diversos temas e aspectos enfatizando as técnicas cirúrgicas empregadas no tratamento das lesões traumáticas . é um curso com aulas expositivas e discussões de casos clínicos interativa com os alunos. O terceiro, prático, é o Manobras Críticas na Cirurgia do Trauma. Curso eminentemente prático .Realizado em suínos anestesiados e peças anatômicas, é dividido em estações (manobras cirúrgicas no suíno/anatomia cirúrgica no cadáver e técnicas vasculares básicas em peças) .</p> <p>RESULTADOS: Participaram cerca de 1500 alunos dos cursos , computando todos juntos . Cursos já foram realizados em diversos Congressos , como pré-congresso , particularmente o de Técnicas Cirúrgicas no Trauma . O curso prático já foi realizado em outros estados , em algumas oportunidades (Manaus , Ribeirão Preto) . Os modelos dos cursos se demonstraram ser adequados e capazes de ensinar e discutir pelos vários aspectos da cirurgia do trauma . A avaliação dos cursos é ainda subjetiva , mas a resposta dos alunos sempre positiva e ele se mostrou facilmente reprodutível quando realizado em outras cidades .O custo dos Cursos comparados a outros (DSTC , ATOM e outros) foi bem menor , sendo mais compatível com a realidade brasileira . Em geral , Mostrou ser um bom modelo para o Ensino da Cirurgia do Trauma .</p> <p>CONCLUSÕES: Esta metodologia parece ser factível, reprodutível e com condições de contribuir para melhoria da formação do Cirurgião do Trauma.</p>	<p>RELAÇÃO MEDICO-PACIENTE EM UMA UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Rafael Costa De Lima, Ingrid Albuquerque Egito, Marcos Dorival Zago</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este projeto busca avaliar a relação médico-paciente em uma unidade de Cirurgia Geral de Brasília – DF de modo a contribuir na reflexão da prática médica, na melhoria da comunicação e como instrumento auxiliador em programas de humanização na relação médico-paciente.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo de caráter observacional, transversal e qualitativo realizado em uma unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Taguatinga – DF, no período de 15 de setembro a 20 novembro de 2018. Foi aplicado a 50 pacientes internados na enfermaria de Cirurgia Geral o 'Questionário comportamento comunicativo do médico', instrumento elaborado e validado por Luciana Mantovani Nocetti Croitor em dissertação de mestrado no ano de 2010 na Universidade Federal de Minas Gerais. Posteriormente, foi realizada entrevista semi-estruturada com questões fechadas e abertas sobre a interação e a relação médico-paciente.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados obtidos foram analisados de acordo com cinco temas: desafio, encorajamento e elogio, apoio não-verbal, compreensão e relação amigável e controle. Questionou-se se o médico faria perguntas para verificar se o paciente entendeu o seu problema de saúde: 65,63% dos pacientes informaram que são "sempre" e "frequentemente" questionados e 9,38% nunca foram questionados. Foi verificado que 78,1% dos pacientes "sempre" ou "frequentemente" percebe gesto afirmativo dos médicos que demonstram estar entendendo o que falam. Quase totalidade dos entrevistados tiveram uma boa experiência com os médicos. Cerca de 43,75% relatam que os médicos escutam sua opinião sobre a escolha do tratamento e, em 84,38% dos casos, o médico se dispôs a mudar "às vezes", "frequentemente" e "sempre" a forma de tratamento quando o paciente não conseguiu realizá-lo. A partir da entrevista, notou-se a satisfação da maioria dos pacientes com a assistência à saúde e boa relação médico-paciente. Houve vários relatos de conflitos com a equipe de enfermagem devido relacionamento ruim e falta de assistência.</p> <p>CONCLUSÕES: A comunicação é fundamental para o estabelecimento e o sucesso na relação médico-paciente. Identificou-se grande satisfação por parte dos pacientes internados em relação ao comportamento comunicativo dos médicos, sendo verificados diversos elogios durante as entrevistas e agradecimentos pelo serviços oferecidos. A percepção de diversos conflitos comunicativos entre a equipe de enfermagem e o pacientes torna-se necessárias mudanças administrativas e educação continuada da equipe para melhora dessa relação</p>

TL 374	TL 375
<p>MODELO DE SESSÕES DE LIGA ACADÊMICA- DOCENTES E DISCENTES UNEM TEORIA E PRÁTICA MEDICA NA CONSOLIDACAO DO CONHECIMENTO</p> <p>Miguel Angelo Mota de Almeida Maia, Milla Gabriele Sallenave Andrade, Paulo José Lima Cardoso Filho, Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo, André Luis Barbosa Romeo, Vitor Brandão Vasconcelos, José Vaz Holzgreffe Junior, Ian Lemos Teixeira Sarno</p> <p><i>EBMSP - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o modelo de sessões semanais adotado por uma Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica, cujas aulas buscam fundir a parte teórica, contida na literatura (que é ministrada por um discente), atrelada ao parecer de um médico especialista no referido tema- para, assim, aproximar cada vez mais os alunos das nuances da prática e da realidade da saúde local da região em que vivem.</p> <p>MÉTODO: Semanalmente, a Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica oferta à comunidade acadêmica da cidade de Salvador sessões temáticas alicerçadas na anatomia, em diversas afecções clínicas e na abordagem cirúrgica à doença apresentada. Tais sessões ocorrem num formato padrão de aula, contando sempre com o recurso de apresentação de slides e com a presença de professores cirurgiões. Os próprios ligantes, ou seja, discentes de diferentes semestres da graduação em Medicina, são responsáveis pelo preparo e pela apresentação da sessão, baseados na literatura- o que propicia a construção ativa de conhecimento. E atrelado a isso, tem-se a presença e participação ativa de professores cirurgiões, munidos de experiência com a prática e com a logística hospitalar, que possibilita enriquecimento às sessões com seus comentários. É uma aula conjunta, logo eles são encorajados a interromper a apresentação, fazer observações de caráter complementar ou até mesmo corretivo e instigar discussões a respeito tanto do quadro clínico quanto da indicação cirúrgica e da técnica a ser empregada na operação.</p> <p>RESULTADOS: Depois de cada sessão semanal, é possível notar uma capacidade ampliada e uma vontade explícita, por parte dos ligantes e dos próprios alunos, de se apropriarem do conteúdo trabalhado. Da parte dos ligantes, isso pode ser comprovado pela introdução dos tópicos das aulas na ocasião das discussões acadêmicas diárias e pela exploração de alguns desses conteúdos em atividades no contexto da liga. Da parte dos alunos, essa capacidade pode ser observada pelo ímpeto em realizar questionamentos, durante e após a sessão, tanto aos ligantes quanto aos professores cirurgiões, cuja presença e experiência tomam a captação de conteúdos mais natural e sólida, dada a veracidade e precisão de seus conhecimentos, extensamente fundamentados por suas práticas.</p> <p>CONCLUSÕES: A participação de docentes cirurgiões no contexto das sessões semanais da Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica da Bahia (LANACC) possibilita a aproximação do conteúdo didático que está sendo apresentado ao conhecimento prático que cada cirurgião adquire durante sua vivência. E nessa égide, os acadêmicos de medicina, instigados pelo modelo de aprendizado ativo empregado, desenvolvem, após a sessão, uma visão integral do processo anatomo-clínico-cirúrgico de maneira atrelada à prática.</p>	<p>A OFERTA DE MANEQUINS ANATOMICOS CONFECCIONADOS POR DISCENTES DE MEDICINA PARA SIMULAÇÃO DE ACESSOS VENOSOS A ESTUDANTES DO CICLO BASICO: UM RELATO DE EXPERIENCIA</p> <p>Miguel Angelo Mota de Almeida Maia, Milla Gabriele Sallenave Andrade, Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo, André Luis Barbosa Romeo, Camila Maria Soares de Lima, Vitor Brandão Vasconcelos, José Vaz Holzgreffe Júnior, Keila da Silva Goes Di Santo</p> <p><i>EBMSP - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O relato visa à análise do impacto da oferta de manequins anatômicos confeccionados por discentes de Medicina para a simulação de acessos venosos – isto é, periférico e central – a acadêmicos do ciclo básico do ensino médico. Diferentes autores endossam a contribuição da educação médica baseada em simulações tendo em vista o ambiente seguro e controlado possibilitado por tal ferramenta, a qual, associada ao conhecimento teórico e à exposição clínica, proporciona um treinamento adequado concernente ao preparo antes do contato com um paciente. Ademais, o recurso em questão oportuniza repetitivo treinamento, o qual viabiliza a revisão e a correção de prováveis erros a serem cometidos pelo discente. A reprodução de manequins para simulação confeccionados por discentes representa, portanto, um instigante intercâmbio vivencial quando ofertada a discentes recém-imersos no ensino médico.</p> <p>MÉTODO: Foram desenvolvidos modelos anatômicos pelos membros da liga acadêmica para o treinamento de acessos vasculares, por conta de sua ampla aplicação na prática médica. No total são XX modelos, 8 de acesso venoso periférico e XX de acesso venoso central. A simulação também foi feita pelos próprios membros da liga e dividida em 3 momentos. No primeiro momento, um dos membros mais experientes ministraram uma aula teórica-expositiva na forma de apresentação de PowerPoint na qual são apresentadas as indicações, contraindicações, materiais utilizados e a técnica do procedimento. No segundo momento esses mesmos acadêmicos demonstram a realização procedimento nos manequins. E, por fim, no terceiro momento os acadêmicos com menos experiência simularam a realização dos procedimentos em modelos anatômicos sob a supervisão e auxílio dos acadêmicos mais experientes para sanar dúvidas e pontuar eventuais erros técnicos.</p> <p>RESULTADOS: Após as aulas teóricas e simulações práticas em acessos vasculares, foi nítido um maior domínio teórico e, sobretudo, prático dos acadêmicos menos experientes. Essa constatação foi feita a partir dos relatos dos membros mais experientes que avaliaram a supervisonaram a simulação e dos membros menos experientes que afirmaram sentir-se mais seguro e aptos à realização desse procedimento. Além disso foi observado que em alguns momentos os membros menos experientes ajudavam uns aos outros, reforçando a técnica procedimental recém-aprendida, o espírito e trabalho em grupo, os quais são de suma importância no contexto da prática dentro da área de saúde.</p> <p>CONCLUSÕES: A realização de teórica de aulas com posterior simulação fez com que os acadêmicos aprimorassem sua capacidade de trabalhar em grupo e sua habilidade técnica para realização de acessos vasculares.</p>

TL 376	TL 377
<p>EVOLUÇÃO DO APRENDIZADO DO RESIDENTE DO PRIMEIRO ANO NA CIRURGIA DE HÉRNIA INGUINAL PELA TÉCNICA DE LICHENSTEIN</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, BEATIZ TEBALDI CARVALHO, GABRIEL CADIDÉ MELO, GUSTAVO LIMA NEVES, NATHALIA SOUZA OLIVEIRA, CAMILA COSTA SILVA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, GUSTAVO GOMES QUINTAS</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Através de estudo observacional avaliar a evolução dos médicos residentes da Cirurgia Geral quanto ao conhecimento da anatomia da região inguinal, técnica cirúrgica e complicações pós-operatórias na correção da hérnia inguinal uni ou bilateral em ambos os sexos pela técnica Lichenstein, comparando-se dois períodos distintos do programa de residência médica com alteração de 6 meses.</p> <p>MÉTODO: O Hospital Estadual Vila Alpina - SECONCI-OSS, tem no seu programa de residência médica em Cirurgia Geral 10 residentes do primeiro ano. Os mesmos passam em rodízio no estágio da cirurgia eletiva ambulatorial dois meses em períodos alternados. Foram avaliadas as hérnias inguiniais unilaterais operadas em 2016, 391 pacientes, sendo 346 do sexo masculino e 45 do feminino e 2017, 335 pacientes, sendo 291 do sexo masculino e 34 do feminino. Hérnias bilaterais, em 2016, 149 pacientes, sendo 134 do sexo masculino e 15 do feminino, e em 2017, 219 pacientes, sendo 198 do sexo masculino e 21 do feminino. O residente do primeiro ano participa como cirurgião sempre supervisionado em campo por um docente do "staff" auxiliando e orientando o procedimento. Diante disso avaliamos a evolução do aprendizado comparando-se nos dois períodos o tempo cirúrgico, complicações da ferida cirúrgica, como hematoma, seroma, infecção na incisão, hiperestesia testicular, dor persistente ou recorrente no local.</p> <p>RESULTADOS: O tempo médio de operação foi reduzido no segundo rodízio, em cada região, de 100 para 70 minutos. O tempo de internação não variou em todos os grupos oscilando em 1,5 dias. O paciente operado retorna ao ambulatório após ter tirado os pontos no período de 7 a 10 dias nas unidades de Saúde, passando com a equipe de residentes e assistentes. Complicações como hematoma, seroma, deiscência na incisão permaneceu nos dois grupos em 2%. Dor no local cirúrgico em 1%.</p> <p>CONCLUSÕES: Os residentes relataram uma sensação de melhora no nível da destreza com mais segurança no segundo rodízio com maior nível de satisfação na realização da técnica de Lichenstein com melhor conhecimento da anatomia da região inguinal e aprimoramento da técnica operatória.</p>	<p>FATORES INFLUENCIADORES NA ESCOLHA DA CARREIRA CIRURGICA NA ATUALIDADE: UMA REVISAO SISTEMATICA DA LITERATURA</p> <p>Rayane Lopes Gomes, Carolina Paula Mangussi, Tulio Pedro Schütz, Raphael Raphe, Paloma Oliveira Leite, Luiza Maria Milanez Ronchi, Jane Klicia Avelino Sant'Ana, Gabriela Medeiros de Souza</p> <p><i>Faceres - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisão literária sobre os fatores que determinam a escolha ou a desistência dos estudantes de medicina por áreas cirúrgicas.</p> <p>MÉTODO: Realizada pesquisa em artigos publicados de 2002 a 2019, nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico e Scielo com as palavras-chave "estudantes de medicina", "escolha da carreira" e "cirurgia" ("medical students", "career choice" e "surgery"). Foram selecionados inicialmente 15 artigos e após a leitura dos resumos, foram excluídos aqueles que não se referiam especificamente às áreas cirúrgicas, entre esses, 12 abordavam o assunto proposto e foram lidos na íntegra, identificando os fatores influenciadores, na escolha da carreira cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Após análise pontuou-se conceitos negativos na tomada de decisão como, gênero, limitações do estudo cirúrgico na graduação, estilo de vida do cirurgião e as diferenças de personalidade entre preceptor e discente. Uma relação próxima e amigável entre discente e docente, ambições em relação à carreira impactam positivamente no interesse pela área. Em relação ao gênero, a falta de modelos cirúrgicos na faculdade, o passado de predomínio masculino, a notável discriminação e diferença de renda desestimulam as mulheres a ingressarem no meio cirúrgico. Ressalta-se que na faculdade a experiência limitada em cirurgia, a falta de modelos de qualidade para o treinamento e, o limitado acesso ao centro cirúrgico com restrita participação em procedimentos desestimula o discente a se interessar pela cirurgia. Os discentes relataram uma percepção do estilo de vida focado apenas na carreira profissional e apontaram fatores negativos, como longa duração da residência, elevada carga horária, convívio familiar limitado, que impõe empecilho, sobretudo, porque a maioria dos estudantes de medicina hoje são mulheres. Foi relatado que rispidez de preceptores impõem barreira de proximidade com o discente, o que desestimula o apreço por essa carreira, em oposição àqueles que descreveram uma relação amigável e de liberdade com o cirurgião. A tendência em seguir na cirurgia é maior em discentes que valorizam ganho financeiro, ambição acadêmica e prestígio social.</p> <p>CONCLUSÕES: O interesse pela residência cirúrgica diminuiu na última década e por isso deve existir incentivos para ampliar o interesse pela área, entre eles, o empenho para incluir mulheres em contextos cirúrgicos e colocá-las como preceptoras durante a faculdade para que sirvam de modelo. Deve haver, pelos discentes, uma exposição introdutória à cirurgia previamente ao internato, afim de criar interesse precoce pela área, introdução de mentor residente que gere um impacto benéfico, devido a sua proximidade com os acadêmicos e a inclusão dos discentes em estágios e procedimentos para gerar nesses o sentimento estar trabalhando em equipe. Portanto, a incorporação precoce da cirurgia, além de renovação no programa e modelos de treinamento durante a graduação, pudessem aumentar o interesse pelas áreas cirúrgicas.</p>
<p>TL 378</p> <p>ARTE ANATOMICA NO ESTUDO DA DRENAGEM LINFÁTICA DE MMSS</p> <p>Matheus de Lucena Holanda, David Pinheiro de Alencar Vilar, Vito Thayson Damasceno dos Santos, Ana Karoline da Costa Ribeiro, Jose Antonio Carlos Otaviano David Morano</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender a drenagem linfática dos membros superiores (MMSS) por meio de metodologias ativas.</p> <p>MÉTODO: O curso de medicina da Universidade de Fortaleza baseia-se na aprendizagem baseada em problemas (PBL), estratégia que valoriza a busca ativa de informações e a integração entre prática e teoria. Com base nesses ideais foram realizadas, em fevereiro de 2019, duas atividades dinâmicas com 25 alunos do segundo semestre para facilitar o entendimento da drenagem linfática dos MMSS, conteúdo de aprendizagem do módulo de ensino "Agressão e Defesa". As práticas propostas foram a pintura corporal e a análise de desenhos esquemáticos. Durante a atividade foram disponibilizados tintas coloridas, pincéis e atlas para guiar o estudo, de forma que os alunos cumprissem os objetivos propostos. Ao final, as pinturas foram comparadas aos desenhos esquemáticos disponibilizados pelos monitores em discussão aberta pelos próprios discentes das estruturas delineadas.</p> <p>RESULTADOS: As atividades auxiliaram os estudantes no aprendizado de regiões anatómicas importantes dos MMSS como a fossa cubital, cujos limites e conteúdo tiveram sua visualização e entendimento facilitados, tanto pela pintura corporal, quanto pelos desenhos. Além disso, a compreensão das estruturas linfáticas dos MMSS pelos discentes permitiu um melhor entendimento de casos clínicos cirúrgicos que envolvem procedimentos cuja irrigação linfática exerce participação como biópsias de linfonodos sentinelas, comumente realizadas para identificar metástases. Houve ainda engajamento entre monitores, alunos e professores e oportunidade de aprender o conteúdo de forma dinâmica e interativa. Ademais, a experiência foi bem aceita pelos alunos, que requisitaram a continuidade da prática, uma vez que a drenagem linfática é um conteúdo cuja visualização na peça anatómica é limitada, dificultando a sua aprendizagem e retenção.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se que a metodologia empregada se mostrou eficaz no aprendizado da drenagem linfática dos MMSS, permitindo aos alunos se expressarem artisticamente e aprenderem com o processo.</p>	<p>TL 379</p> <p>EFETIVIDADE, DESENHO E APLICAÇÃO DE UM SIMULADOR PORTÁTIL DE BAIXO CUSTO PARA A CIRURGIA DE VIDEOS EM 3D</p> <p>Carlos Magno Queiroz da Cunha, Douglas Marques Ferreira de Lima, Victor Andrade de Araújo, Francisco Julimar Correia de Menezes, Maximilian Pinho Schwermann, Túlio Timbó Arruda, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O aprendizado de habilidades procedimentais é essencial para o treinamento do cirurgião e é adquirido com a prática contínua. Para isso, os simuladores têm se destacado por salvaguardar os pacientes dos riscos inerentes aos procedimentos realizados pelos médicos que ainda estão em curva de aprendizado. Os simuladores de vídeo-cirurgia seguem a constante evolução das tecnologias cirúrgicas, dentre esses avanços, mostra os benefícios da cirurgia tridimensional que, embora mais cara, resulta em benefícios para o paciente. Essa tecnologia utilizada no treinamento pode otimizar a curva de aprendizado e o manuseio correto dos instrumentos cirúrgicos. No entanto, sua implementação é limitada por questões técnicas e financeiras. Além disso, após pesquisas nas principais bases de dados científicas, não encontramos manuscritos descrevendo simuladores de baixo custo para vídeo-cirurgia 3D além do proposto por nossa equipe. Portanto, o objetivo deste trabalho foi demonstrar a eficácia e aplicação do simulador portátil e de baixo custo para o treinamento em vídeo-cirurgia 3D.</p> <p>MÉTODO: O simulador foi projetado em formato de uma caixa após testes das medidas mais ergométricas e pode ser construído a partir de diversos materiais. Escolhemos o acrílico por causa de seu baixo custo, peso e transparência, permitindo a visualização por um observador externo. O dispositivo permite o acoplamento dos óculos de realidade virtual. Com um smartphone é possível baixar gratuitamente o aplicativo VR One AR © que gera imagens 3D obtidas através de uma câmera em tempo real. No simulador, pode-se utilizar muitas atividades para o treinamento de habilidades laparoscópicas. Após aprovação no comitê de ética, o simulador foi testado por 21 médicos, sendo 8 residentes de cirurgia e 13 cirurgiões, todos responderam uma escala Likert de 5 pontos.</p> <p>RESULTADOS: Quando questionamos a cerca se o simulador provou ser ergonomicamente confortável para a atividade proposta, obtivemos uma média 4 de 5, com P=0,374. Acerca da capacidade de reprodução da terceira dimensão, os residentes responderam com uma média 5 e os cirurgiões com média 4, com P= 0,025. Quando questionamos acerca da adequação para realização de movimentos com as pinças obtivemos uma média 4 de ambos os grupos, com P=0,301. Quando questionamos se o campo visual permitia a execução das tarefas obtivemos uma média 4 dos residentes e 4,5 dos cirurgiões, com P=0,414. Acerca da qualidade dos materiais do simulador, obtivemos média de resposta 5 dos residentes e 4 dos cirurgiões, com P=0,574. Quanto a reprodutibilidade do simulador, obtivemos respostas com média 5 dos residentes e 4,5 dos cirurgiões, com P=0,210. Por fim, foi questionado se o simulador pode ser usado para treinamento de cirurgia de vídeo 3D, obtivemos uma nota média de 4 tanto dos residentes quanto dos cirurgiões, com P=0,268.</p> <p>CONCLUSÕES: O simulador de baixo custo de Laparoscopia 3D pode ser desenvolvido e aplicado para treinamento de habilidades e adequação visual para simulação tridimensional.</p>

TL 380	TL 381
<p>MODELO DE RESIDENCIA MEDICA EM CIRURGIA GERAL BASEADA EM EPA</p> <p>Eduardo Nacur Silva, Rosa Malena Delbone, Gabriela Lazarini</p> <p><i>Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar o modelo de Residência Médica em Cirurgia Geral baseado em EPA (Entrusted Professional Activities- Atividades Profissionais Confiáveis) instituído na Santa Casa de Belo Horizonte para a turma que iniciou o programa em março de 2019.</p> <p>MÉTODO: A Residência Médica em Cirurgia Geral na Santa Casa de Belo Horizonte foi reformulada baseada na nova Matriz de Competências do Programa de 3 anos aprovado pelo MEC. Essa Matriz descreve as atribuições que o Cirurgião Geral deve ter, porém de forma genérica, sem explicitar cada atividade. Na reformulação do programa foi utilizada a metodologia de EPA (Entrusted Professional Activities- Atividades Profissionais Confiáveis). Ela descreve a atividade de forma detalhada, suas atribuições, forma de conseguir o conhecimentos e define os domínios de competência: Expertise técnica, comunicação, responsabilidade social, gestão e liderança, profissionalismo e autogestão do aprendizado.</p> <p>RESULTADOS: Foram definidas 4 EPAs por trimestre, ou seja, 12 EPAs por ano de residência. Elas foram definidas baseadas na Matriz de Competências do Programa de Residência Médica do MEC. A cada trimestre, o residente deve ser avaliado pelo preceptor atribuindo o nível alcançado (de 1 a 5), sendo 1 ou 2 insuficiente, 3 ainda necessário supervisão, e desejável que atinja nível 4 ou 5. Caso no trimestre definido para a EPA o residente não atinja o nível adequado, os preceptores terão esta informação e poderão atuar para que o conhecimento seja alcançado, ainda no trimestre seguinte. A cultura de autogerir o conhecimento e a realização de atualização e reciclagem fazem parte do método em todas as suas fases.</p> <p>CONCLUSÕES: Essa metodologia é nova no Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral e deve promover uma definição mais explícita do conhecimento a ser alcançado. Como a avaliação é realizada em intervalos curtos (a cada 3 meses), permite que a evolução do Residente seja acompanhada mais de perto, e caso necessário, uma intervenção no ensino seja tomada mais prontamente. Além disso, o método consiste também de gerar uma cultura da autogestão do aprendizado com a atualização e reciclagem de forma sistemática</p>	<p>UM E POUCO, DOIS E BOM, TRES E DEMAIS? VOLUME CIRURGICO DOS RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA</p> <p>Lucas Scaranello, Martin Marcondes Castiglia, Frederico Teixeira Barbosa, Carlos Haruo Arasaki, Diego Adão Fanti Silva</p> <p><i>Escola Paulista de Medicina/UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Colégio Brasileiro de Cirurgiões, junto com a Comissão Nacional de Residência Médica, especialistas e estudantes, vem debatendo, nos últimos anos, o acréscimo do terceiro ano ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral. A câmara técnica do Conselho Federal de Medicina concorda que dois anos são insuficientes, de modo que o terceiro ano tornou-se realidade para os ingressos a partir de 2019. No entanto, nem todos os serviços têm condições de garantir esse acréscimo com qualidade, principalmente no quesito volume de procedimentos cirúrgicos extras. O desafio passa a ser aumentar o volume cirúrgico no mesmo cenário em que grande parte dos serviços depende de apenas um Hospital Universitário, dentro do qual o residente de cirurgia geral concorre com residentes de outras especialidades. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Hospital Universitário da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo após a parceria com quatro hospitais satélites afiliados, no que diz respeito ao volume de procedimentos cirúrgicos para residentes de cirurgia geral.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo analítico, realizado no Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, durante período de março de 2018 a fevereiro de 2019. Todos os residentes do programa, tanto do primeiro quanto do segundo ano (R1 e R2), registraram os procedimentos cirúrgicos por eles realizados na condição de cirurgião principal ao longo de um ano de treinamento. Não foram contabilizados procedimentos nos quais o residente auxiliou ou instrumentou. O registro dos dados foi feito via smartphone através de formulário eletrônico criado exclusivamente para este fim, utilizando a plataforma Google Forms. Todos os residentes concordaram em participar da contabilização de forma voluntária. Foram analisados os seguintes dados: volume total de procedimentos, volume cirúrgico por ano de residência, volume cirúrgico por residente, volume cirúrgico por centro de ensino (hospital universitário federal ou afiliado), caráter do procedimento (urgência ou eletivo) e descrição por tipo específico de procedimento.</p> <p>RESULTADOS: No período de um ano, foram contabilizados 9.952 procedimentos cirúrgicos realizados por residentes. Destes, 4.379 (44%) foram realizados por R1 e 5.573 (56%) por R2. O procedimento mais realizado por R1 foi apendicectomia aberta (média de 14,9 por R1). O procedimento mais realizado por R2 foi colecistectomia videolaparoscópica (média de 49,6 por R2). O número de procedimentos eletivos foi 6.768 (68%) e urgência 3.184 (32%). Do total, 79% dos procedimentos foram realizados nos hospitais afiliados, e 21% no Hospital Universitário. Ao se formar, o residente realiza uma média de 414 cirurgias.</p> <p>CONCLUSÕES: O modelo de parceria entre Hospital Universitário e hospitais afiliados permite um aumento no volume total de cirurgias para os residentes, podendo ser a estratégia para se atingir o número necessário para sua formação.</p>

Vídeos Livres

VL 001	VL 002
<p>DUODENOPANCREATECTOMIA ROB&Oacute;ute;TICA APOS GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX</p> <p>Marcel Autran Machado, Rodrigo Surjan, Fabio Makdissi, Izabella Braz Martins da Silva</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade mórbida é um problema crescente em todo o mundo e um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de câncer de pâncreas. A gastroplastia em Y de Roux é um tratamento eficaz a longo prazo para a obesidade e é atualmente considerado o padrão-ouro na cirurgia bariátrica. Embora o risco de desenvolver câncer de pâncreas após um bypass gástrico seja baixo, com o aumento do número de procedimentos de bypass gástrico sendo realizados, é esperado que o número de pacientes com bypass gástrico que exija uma duodenopancreatectomia certamente aumente. No caso de um tumor periampular com necessidade de ressecção da cabeça do pâncreas, a operação representa um desafio adicional que é a reconstrução do trato alimentar devido à anatomia alterada.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Um homem de 50 anos de idade foi submetido a gastroplastia em Y de Roux por videolaparoscopia há três anos. Ele se saiu bem no pós-operatório, atingindo 54 kg de perda de peso e índice de massa corporal (IMC) estável em 22 kg/m², desde então. Há três semanas, ele apresentou icterícia progressiva e perda de peso. Ressonância magnética foi realizada e mostrou estenose ao nível de Ampola de Vater com dilatação das vias biliar e pancreática. Drenagem biliar percutânea foi realizada juntamente com uma biópsia que foi consistente com malignidade. Decidiu-se por uma duodenopancreatectomia por via robótica com ressecção do estômago remanescente. Reconstrução pancreática e biliar foram realizados com a alça jejunal biliopancreática. O tempo operatório total foi de 418 min. A perda de sangue foi mínima, a recuperação transcorreu sem intercorrências e o paciente teve alta no sétimo dia de pós-operatório. Nenhuma fistula pancreática foi observada, e o dreno foi removido precocemente. A patologia revelou um adenocarcinoma ampular de 5,6 cm com margens livres. Houve um linfonodo positivo em 16 ressecados. Ele está bem sem evidência da doença 6 meses após o procedimento.</p> <p>CONCLUSÃO: A duodenopancreatectomia robótica é viável e segura em mãos experientes, mesmo em pacientes com gastroplastia em Y de Roux prévia. Este vídeo mostra as diferentes etapas necessárias para executar essa complexa operação.</p>	<p>COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, ELIGIO ALVES ALMEIDA JUNIOR, FERNANDO FREIRE LISBOA JUNIOR, GABRIELA LIMA NÓBREGA, SENIVAL ALVES OLIVEIRA JUNIOR, AMANDA CARLA VALENTIM SOUZA, REBECCA GOMES FERRAZ, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Situs inversus totalis é uma rara desordem genética, cuja incidência não é bem estabelecida (os estudos apontam algo em torno de 0,002 a 0,01%, com discreta predominância de homens). Se caracteriza por uma inversão na disposição anatômica de órgãos e vasos torácicos e abdominais, no entanto, sem ter alterações no funcionamento dos mesmos. Quando se trata de colelitíase, não há diferença na incidência da doença em pacientes com SIT e o restante da população.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Mulher de 34 anos, com história de dor crônica em hipocôndrio esquerdo, com irradiação para dorso. Nega icterícia, colúria ou acolia fecal. Crises pioram com a ingestão de alimentos gordurosos. Passado de duas gestações, partos cesarianos. Realizada USG em seu município no interior do estado, que revela SIT: Fígado localizado em topografia de hipocôndrio esquerdo, anatomicamente normal; Baço em hipocôndrio direito; Vesícula com parede de espessura limitrofe, com cálculo único de 25mm. Indicada colecistectomia VLP. Paciente em DDH, sob anestesia geral. Realização de pneumoperitônio com agulha de Veress. Introdução do trocarte de 10mm em região umbilical, onde ficou a câmera. Demais trocarteres introduzidos sob visão direta: um trocarte de 10mm a cerca de 7cm do rebordo costal esquerdo e 5cm da linha alba, para a mão direita do cirurgião, um de 5mm em situação igual, mas ao lado direito do paciente, para a mão esquerda do cirurgião e um de 5mm para o auxiliar, no ponto de encontro entre a linha axilar média com a linha umbilical esquerda. Cirurgiões posicionados a direita da paciente. Apreensão da vesícula biliar; Abertura do triângulo de Calot e dissecação deste, identificando e isolando o ducto cístico e a artéria cística. Realizada a cauterização da artéria cística e clipagem do ducto cístico, sob visão direta. Liberação da vesícula do leito hepático. Revisão de hemostasia. Retirada a peça - vesícula biliar - através da incisão umbilical. Retirados os trocarteres sob visão direta e desfeito o pneumoperitônio.</p> <p>CONCLUSÃO: No caso aqui apresentado, o que chama a atenção, é a topografia da dor referida pela paciente, que se torna um fator confundidor do diagnóstico clínico - já que a paciente com colelitíase apresentava dor no hipocôndrio esquerdo. Essa rara condição, pode atrasar o diagnóstico, expondo o paciente a risco de complicações clínicas e cirúrgicas. A colecistectomia VLP em paciente com SIT pode ser um verdadeiro desafio para o cirurgião, a começar pelo correto posicionamento da paciente e pela adequada posição dos trocarteres, além do próprio procedimento onde terá que fazer manobras não habituais.</p>
<p>VL 003</p> <p>GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA ROBOTICA PARA ADENOCARCINOMA PANCREATICO</p> <p>Marcos Belotto de Oliveira, André Luis Godoy, Larissa Coutinho</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Embora o uso de plataforma robótica para cirurgias pancreáticas ainda esteja restrito a centros especializados e cirurgiões experientes, estudos atuais caracterizam o método como viável e seguro. Sabe-se que a cirurgia pancreática apresenta inúmeros desafios ao cirurgião e, nesse contexto, a robótica trouxe resultados favoráveis em relação a esses desafios, apresentando vantagens quanto à ocorrência de hemorragia intraoperatória, tempo de internação, resposta inflamatória sistêmica e infecção do sítio cirúrgico, além de aplicabilidade em uma ampla diversidade de casos. Em relação à incidência de fistulas e mortalidade, mostrou-se equivalente a outros métodos. Apresentamos o vídeo de uma gastroduodenopancreatectomia robótica realizada em um homem de 73 anos para tratamento de adenocarcinoma pancreático</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Relatamos o caso de um homem de 73 anos que procurou atendimento devido a icterícia, sem outras queixas. Era diabético e hipertenso, realizou cirurgia abdominal prévia há 40 anos devido à úlcera gástrica perfurada com peritonite. A investigação mostrou um tumor na cabeça do pâncreas, sendo submetido à gastroduodenopancreatectomia pela técnica robótica para o seu tratamento. Posteriormente, o resultado anatomopatológico indicou adenocarcinoma do pâncreas com estadiamento T3 N0, tumor neuroendócrino e 2 linfonodos envolvidos na peça cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÃO: Conclui-se que, apesar dos desafios colocados pela técnica, a abordagem robótica é realmente viável, segura e adequada para a realização da gastroduodenopancreatectomia</p>	<p>VL 004</p> <p>HEPATECTOMIA ESQUERDA COM LESAO DA VEIA HEPATICA MEDIA E REPARO VIDEO LAPAROSCOPICO</p> <p>Marcos Belotto de Oliveira, André Luis Godoy, Larissa Coutinho</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ressecção hepática laparoscópica tem sido realizada no mundo inteiro com resultados seguros para doenças benignas e malignas. Além dos já conhecidos benefícios da técnica, como redução da dor no pós-operatório, menor tempo de internação hospitalar e retorno precoce às atividades habituais, estudos recentes mostram que, para lesões hepáticas, a técnica ainda reduz a perda sanguínea e a mortalidade sem causar prejuízos à recorrência de doenças malignas ou sobrevivência. Apresentamos o vídeo de uma hepatectomia esquerda por videolaparoscopia realizada em um paciente do sexo masculino de 31 anos de idade, apresentando um nódulo sintomático e progressivo nesta topografia.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Um homem de 31 anos com história de nódulos hepáticos diagnosticados por exames de rotina realizou o acompanhamento desde 2016. Neste período, o nódulo evoluiu de 2 para 11 cm e passou a apresentar sintomas: o paciente relatava dor abdominal constante na região de hipocôndrio esquerdo. Devido à evolução do caso, optou-se por hepatectomia esquerda laparoscópica eletiva. Uma lesão da veia hepática foi reparada com sucesso durante o procedimento, sem outras ocorrências intraoperatórias. O curso pós-operatório não apresentou intercorrências e nenhuma transfusão de sangue foi necessária. O paciente recebeu alta após 4 dias. Posteriormente, o resultado da análise anatomopatológica demonstrou carcinoma de células claras do fígado.</p> <p>CONCLUSÃO: Concluímos que a videolaparoscopia é uma abordagem cirúrgica segura para o tratamento de lesões hepáticas focais e sua realização deve ser considerada</p>

VL 005	VL 006
<p>HEPATECTOMIA ROBOTICA PARA ADENOMA HEPATICO</p> <p>Marcos Belotto de Oliveira, André Luis Godoy, Larissa Coutinho</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia robótica é cada vez mais utilizada em cirurgias hepáticas minimamente invasivas, trazendo resultados comparáveis à cirurgia aberta, mas com os benefícios da cirurgia laparoscópica. Os dados atuais mostram que, quando realizada por cirurgiões experientes e pacientes selecionados, a hepatectomia robótica é segura e eficaz, resultando em uma baixa taxa de conversão, perda sanguínea razoável e baixa morbidade pós-operatória. Apesar de todos os resultados publicados, a técnica continua sendo praticada por um seleto grupo de cirurgiões em centros especializados e de grande volume. Apresentamos o vídeo de uma hepatectomia realizada por técnica robótica em um paciente de 42 anos, apresentando lesão no lobo hepático esquerdo.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Mulher de 42 anos com dois meses de história de epigastralgia, dificuldade na digestão e sensação de estômago cheio. Durante a investigação, foi submetida a uma endoscopia digestiva alta que mostrava uma protuberância extrínseca ao estômago, comprimindo o órgão. Exames de imagem mostraram uma lesão de 13 cm localizada no lobo hepático esquerdo. Devido ao caso, a segmentectomia esquerda foi realizada pela técnica robótica. A cirurgia ocorreu sem a necessidade de transfusão sanguínea e não houve complicações intra ou pós-operatórias. A paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. Posteriormente, o resultado anatomopatológico demonstrou adenoma hepático</p> <p>CONCLUSÃO: O vídeo mostra o desempenho da hepatectomia robótica não complicada, reforçando evidências sobre a viabilidade e segurança da técnica.</p>	<p>ENUCLEAÇÃO DE INSULINOMA DE PANCREAS POR VIA ROBOTICA</p> <p>ANDRÉ DE MORICZ, Fabio Thuler, Fabiana Orozco Correa</p> <p><i>SANTA CASA DE SÃO PAULO/SÃO LUIZ REDE DÓR - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O insulinoma é o subtipo mais comum tumor neuroendócrino e, apesar da alta morbidade, raramente é maligno. Com o avanço dos exames de imagem, o diagnóstico tem se tornado cada vez mais exequível, principalmente quando associado ao quadro clínico típico de episódios hipoglicêmicos. A relação entre insulinoma e obesidade é relatada na literatura. Nos pacientes obesos, tanto o diagnóstico quanto o tratamento são de difícil manejo. Uma vez diagnosticada a lesão, o tratamento é preferencialmente cirúrgico com enucleação ou pancreatectomias. A localização do tumor em relação ao ducto pancreático, cefálica ou caudal e obesidade podem ser um fator complicador para o tratamento operatório. Neste contexto a cirurgia robótica pode ser técnica que facilite tal abordagem.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente sexo masculino, 58 anos, com de IMC 33 kg/m² e história de ganho ponderal de 20 kg e polifagia nos últimos dois anos. Há dois meses apresentou quadros recorrentes de hipoglicemia. A RM evidenciou lesão sólida vascularizada no colo pancreático superior distando 0,5 cm do ducto pancreático principal. Devido à proximidade com o ducto pancreático principal, foi optado por enucleação do nódulo por via robótica. Tempo cirúrgico de duas horas e vinte minutos, com boa evolução pós-operatória, assintomático.</p> <p>CONCLUSÃO: A técnica robótica na enucleação do nódulo próximo ao ducto pancreático principal, no doente obeso, permitiu cirurgia de preservação de parênquima pancreático com segurança.</p>
<p>VL 007</p> <p>PE DIABETICO COMO FATOR PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS</p> <p>Thais Grossi Soares, Paulo Grossi Soares, Izabella Rodrigues Amorim, Adelmo Martins Rodrigues</p> <p><i>UNIRV - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) é uma doença conhecida por suas complicações variadas e sistêmicas, dentre as quais uma das mais comuns é o pé diabético, caracterizado pela presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias periféricas, maioria dos casos 90%, doença vascular periférica e deformidades, representando uma parcela significativa de internações hospitalares prolongadas, morbidade e mortalidade. Suas ulcerações resultam em amputações de membros inferiores (MMII) que constituem complicações complexas, comuns, dispendiosas e por muitas vezes incapacitantes. A incidência de úlceras em pés diabéticos está aumentando com taxas mais elevadas que outras complicações da DM. A prevalência de úlceras nos pés é de 4-10% dos pacientes com diabetes. Cerca de 40-60% das amputações não traumáticas de MMII ocorrem nesses pacientes onde 85% são precedidas de úlceras nos pés e em 50% dos casos os pacientes morrerão dentro de 5 anos após a primeira amputação de nível maior.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Entre 2011 a 2016, 102.056 cirurgias de amputação foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 70% foram em indivíduos com DM e a maior parte (94%) foi amputação de membro inferior. 89% das úlceras nos pés descritas em estudos transversais foram precipitadas por algum tipo de trauma externo, geralmente calçado inadequado ou causadores de lesão. As amputações em indivíduos portadores de DM, apresentando um risco de 15 a 46 vezes maior de ocorrência quando comparados com pacientes glicêmicos normais. Variáveis como tempo de diagnóstico e idade são considerados como fator de risco em vários estudos. A idade varia de 63,5 a 72,3 anos. A amputação está associada com importantes custos e pode ter repercussões a longo termo, tais como risco elevado para reuceração, perda da mobilidade e perda da qualidade de vida. Promover ações em saúde, visando à precaução do pé diabético poderiam evitar 44% a 85% as amputações. Um estudo de 2013 da faculdade de Pernambuco observou que 61,3% dos pacientes envolvidos referiram não ter os pés examinados na atenção básica e 55,4% não receberam orientações sobre o cuidado que deveria ter. Medidas preventivas precoces e a cicatrização de úlceras diabéticas têm sido reportadas como essenciais para a prevenção de amputações.</p> <p>CONCLUSÃO: A prevalência de úlceras nos pés afeta de 4% a 10% das pessoas portadoras de diabetes. Cerca de 40% a 60% das amputações não traumáticas de MMII ocorrem nesses pacientes sendo que 85% destas são precedidas de úlceras nos pés. Uma complicação de possível prevenção, a educação em saúde pode exercer importante influência na manifestação de um comportamento positivo para a mudança nos hábitos de vida e da aderência e cuidados ao tratamento clínico.</p>	<p>VL 008</p> <p>FISTULA UTERO-CUTANEA TRATADA POR VIA LAPAROSCOPICA</p> <p>Larissa Gonçalves Moreira, Durval Jose de Santana Neto, Manuelli Antunes da Silva, Renata Lima Batalha de Andrade, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula útero-cutânea é rara e trata-se de uma comunicação anormal entre a pele e o útero. A maioria se desenvolvem, secundariamente, a distúrbios pós-parto ou pós-operatórios. Outras causas são dispositivos intrauterinos, endometriose, tuberculose, doença de Crohn, diverticulite, apendicite complicada, neoplasias infiltrativas pélvicas, radiação. Uma das manifestações clínicas mais relevantes é o sangramento menstrual através da ferida cirúrgica abdominal. Para o diagnóstico é essencial demonstrar o trajeto da fistula, o qual pode ser conseguido através da combinação do fistulograma com contraste ou outros métodos de imagem, como histerossalpingografia, ultrassonografia transvaginal ou transabdominal pélvica, tomografia computadorizada e ressonância magnética facilitam e melhoram o diagnóstico definitivo. Uma vez diagnosticada a fistula, o princípio do tratamento é a obliteração da abertura do trato fistuloso, por excisão cirúrgica e reparo uterino. Objetivou-se através desse vídeo apresentar passos técnicos da exérese cirúrgica pela via laparoscópica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Após a colocação dos trocâteres sob visão direta realizou-se pneumoperitônio, fez-se o inventário da cavidade abdominal, sendo verificado aderência do grande omento na linha de sutura peritoneal, do qual foram liberadas as aderências até a localização do trajeto fistuloso. No ato cirúrgico, é importante ter o cuidado para não lesar a bexiga urinária e alças intestinais. Depois de liberado todas aderências do grande omento com o útero, verifica-se a aderência do útero com a parede abdominal. Após a liberação das aderências, injeta-se azul de metileno para mostrar o trajeto da fistula. Realizou-se a excisão da fistula, lavagem e aspiração da cavidade e o reparo uterino. A paciente evoluiu satisfatoriamente após seis meses da cirurgia, sem recidiva.</p> <p>CONCLUSÃO: A fistula útero-cutânea tem incidência menor que 0,4%, geralmente resulta no período pós-parto. A maioria das fistulas tem origem em trauma, ou algum outro tipo de processo inflamatório que perturba a continuidade dos tecidos envolvidos, sendo a cesárea a causa mais frequente. A história abdominal de múltiplas cirurgias, uso de drenos, fechamento incompleto da ferida uterina seguintes a cesariana e sepse intra-abdominal na cicatriz anterior representam possíveis fatores de risco. Após o diagnóstico e a excisão cirúrgica o fechamento completo da ferida uterina deve ser feito com fio absorvível.</p>

VL 009	VL 010
<p>TRATAMENTO DE FISTULA VESICOVAGINAL POR VIA LAPAROSCOPICA.</p> <p>Manuelli Antunes da Silva, Larissa Gonçalves Moreira, Durval José de Santana Neto, Luan Mateus Rodrigues Sousa, Maria Julia Nardelli, Renata Lima Batalha de Andrade, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - ARACAJU - Sergipe – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fístula vesicovaginal (FVV) é uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina. Essa complicação é comumente secundária a trauma ginecológico ou obstétrico e é raro ocorrer como complicação de carcinoma. Classicamente, as mulheres com FVV, apresentam perda urinária contínua pela vagina e ausência de micção, tendo, então, forte impacto negativo na qualidade de vida. A correção cirúrgica é o tratamento padrão. Objetivou-se apresentar um vídeo com o tratamento de FVV, por via laparoscópica, em paciente jovem com vida sexual ativa após histerectomia, que teve tratamento conservador sem sucesso.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Cateterismo do óstio uretral externo e da fístula com auxílio da colposcopia. Na cavidade abdominal, verificou-se aderências do grande omento com a parede, além de múltiplas aderências das alças intestinais com os anexos. As aderências foram liberadas e feita hemostasia. Próximo às alças intestinais e à bexiga, utilizou-se a hidrodissecção para evitar lesão dessas vísceras. A vagina aberta permitiu visualização de compressa que foi colocada por via vaginal para reduzir a perda de CO2 utilizado na laparoscopia. Posteriormente, foi vista a sonda de Foley, introduzida por via vaginal no óstio da fístula. Realizada abertura longitudinal da bexiga para evitar lesão dos ureteres. Notou-se a sonda colocada e o balão é insuflado com 20ml de SF para melhorar a visualização. Foi visto o lábio da fístula, que foi reavivado antes da sutura para evitar deiscência. Óstio uretral interno e ureterais visualizados. Percebeu-se a saída da urina pelo óstio devido hidratação rigorosa, o que facilitou a cateterização dos ureteres, utilizando-se a sonda de nelaton. Continuou-se com a liberação da bexiga da parede vaginal, revendo o óstio uretral interno. Liberou-se a parede anterior da bexiga da base da vagina para que se tenha uma boa ressecção da borda da fístula e, assim, consiga-se uma sutura segura com boa vascularização, o que reduz o risco de deiscência. A sutura da parede vaginal e da bexiga foram feitas com fio 2.0 absorvível que se mostra facilitada pela laparoscopia. Após o fechamento dos ângulos, retirou-se a sonda de nelaton e foi iniciada a sutura longitudinal da bexiga. Realizou-se lavagem e foi feita revisão da hemostasia.</p> <p>CONCLUSÃO: O tratamento para FVV exige o fechamento cirúrgico e, a via laparoscópica, possibilita reparo adequado e vantajoso para a paciente. A laparoscopia é um procedimento minimamente invasivo, tem boa hemostasia, curto tempo operatório, boa taxa de sucesso, baixa taxa de complicação e rápida convalescença.</p>	<p>CIRURGIA ROBOTICA NA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA - HISTERECTOMIA COM SHAVING DE RETO</p> <p>DANIEL santos CESAR</p> <p><i>INTERCLINIC - CLÍNICAS CIRÚRGICAS INTEGRADAS - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose intestinal pode ocorrer em 5 a 27% das mulheres com endometriose, o reto e retossigmoide respondem por 70-93% das lesões intestinais. O processo fibrótico aderencial e invasivo da endometriose nos casos graves leva à fixação do reto na cúpula vaginal e no colo do útero. O tratamento cirúrgico com ressecção completa dos focos é a opção terapêutica com melhores resultados no alívio dos sintomas em longo prazo. Nas lesões que acometem o reto de forma superficial e menores que 3 cm a ressecção por "shaving" é uma excelente abordagem por ser menos mórbida, alta taxa de resolução dos sintomas e menores taxas de fístula.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente feminina, 41 anos, sem comorbidades, prole constituída, apresentava dor pélvica crônica além de disquezia e dispareunia. Ressonância magnética revelava endometriose pélvica infiltrativa acometendo o compartimento pélvico posterior provocando processo aderencial entre anexos, reto e cúpula vaginal. Além de adenomiose e endometrioma em ambos ovários no sigmoide. Após tratamento hormonal sem boa resposta e ampla discussão das opções com a paciente foi proposta tratamento cirúrgico laparoscópico assistido por sistema robótico para realização de histerectomia com anexectomia bilateral, lise de aderências, ressecção de focos de endometriose e ressecção do reto e do sigmoide por técnica a ser definida no intra-operatório. A cirurgia teve início com instalação de manipulador uterino por via vaginal, confecção de pneumoperitônio e docking do sistema robótico. Foram utilizados os 3 braços robóticos além do braço com ótica e um trocar laparoscópico para o auxiliar. A dissecção da pelve teve início com lise das aderências pélvicas e identificação das estruturas acometidas, da parede anterior do reto e dos espaços para-retais para preservação nervosa. Isto feito, ressecção por "shaving" da área acometida pode ser realizada com cautela. Procedemos com os tempos tradicionais da histerectomia e anexectomia bilateral com ligadura dos pedículos vasculares com pinça bipolar, identificação da cúpula vaginal após dissecção do recesso vesico-uterino, colpotomia e remoção do útero pela vagina. Dissecção e ressecção do endometrioma da parede abdominal, remoção deste nódulo pela vagina. Último tempo foi a colporrafia. A paciente teve alta hospitalar com menos de 24h, não apresentou nenhuma intercorrência no pós-operatório e obteve resolução total da sintomatologia.</p> <p>CONCLUSÃO: A técnica robótica tem excelente aplicabilidade no tratamento laparoscópico da endometriose profunda infiltrativa, especialmente nos casos onde ressecções complexas são esperadas. A destreza proporcionada pelo sistema robótico permite ao cirurgião dissecções mais minuciosas não antes alcançadas pela laparoscopia tradicional. Proporcionando, desta forma, menor morbidade cirúrgica e ressecções mais econômicas. Refletindo em menores taxas de lesões nervosas, menor morbidade e recuperação mais rápida nas pacientes com endometriose infiltrativa da pelve com acometimento do reto.</p>
<p>VL 011</p> <p>HISTERECTOMIA ROBOTICA NO CARCINOMA IN SITU COLO UTERO COM TUBERCULOSE PERITONEAL PREVIA</p> <p>DANIEL CESAR</p> <p><i>INTERCLINIC - CLÍNICAS CIRÚRGICAS INTEGRADAS - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose peritoneal é a forma mais comum de tuberculose abdominal e inclui a cavidade peritoneal, o mesentério e o omento. Acredita-se que sua origem seja hematogênica, mas pode ser secundária a ruptura linfonodal, disseminação gastrointestinal ou envolvimento tubário. A maioria das mulheres com tuberculose genital apresenta infertilidade decorrente de envolvimento tubário, que ocorre em até 94% destas pacientes. Normalmente é bilateral e causa estreitamentos multifocais e calcificações. Como seqüela, a tuberculose peritoneal pode levar a formação de aderências e bridas na cavidade abdominal dificultando o acesso laparoscópico. Mas não é uma contra-indicação absoluta à cirurgia minimamente invasiva.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente feminina de 42 anos, com passado de tuberculose peritoneal e tubária, nuligesta, com diagnóstico de carcinoma in situ do colo do útero com margens positivas após conização. O diagnóstico de tuberculose foi dado durante cirurgia de urgência aos 22 anos de idade quando apresentou abscesso tubo-ovariano e foi submetida a oofaroplastia esquerda e salpingectomia bilateral. Após discussão das opções terapêuticas paciente optou por histerectomia robótica. A cirurgia teve início com introdução do manipulador uterino por via vagina e confecção de pneumoperitônio pela técnica aberta na cicatriz umbilical, após introdução do trocar a ótica robótica identificada intensas aderências do omento na parede abdominal assim como aderências pélvicas. Procedemos a lise das aderências por manipulação digital pelo acesso umbilical com confecção de espaço satisfatório para introdução dos trocarteres com segurança. O sistema robótico foi então instalado, as aderências pélvicas entre sigmoide e útero foram desfeitas com extrema cautela e destreza superior possibilitada pelos instrumentos robóticos. Pudemos identificar formação cística no ovário previamente operado que produzia forte aderência ao sigmoide, a parede pélvica e ao útero. Optamos por cistotomia e ligadura do ligamento útero-ovariano deixando o ovário aderido ao sigmoide e a parede pélvica liberando o útero muito próximo à artéria uterina esquerda. Isto feito, realizada dissecção do recesso vesicu-uterino e lise aderência do remanescente da trompa direita que estava em posição ectópica pela tuberculose e cirurgia prévia. A anatomia da pelve pode então ser estabelecida e a histerectomia seguiu com os tempos tradicionais. A paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar com menos de 24h e peça cirúrgica mostrou carcinoma in situ do colo uterino com margens livres.</p> <p>CONCLUSÃO: Histerectomia robótica pode e deve ser realizada em casos mais difíceis onde aderências pélvicas são previstas. O sistema robótico melhora a dinâmica operatória em cirurgias mais trabalhosas e dissecções minuciosas pela maior ergonomia, visão tridimensional de alta resolução, aumento da destreza pelas 6 diferentes angulações dos instrumentos, escalonamento millesimal do movimento e filtro de tremor.</p>	<p>VL 012</p> <p>RE-HEPATECTOMIA DIREITA POR VIA ROBOTICA</p> <p>Marcel Autran Machado, Rodrigo Surjan, Fabio Makkdissi, Izabella Braz Martins da Silva</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - Sao paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A re-hepatectomia é frequentemente necessária para tumores primários e metastáticos. No entanto, esse procedimento pode ser tecnicamente exigente, de modo que a re-hepatectomia por laparoscópica tem sido usada em poucos pacientes. As aderências pós-operatórias podem aumentar o tempo operatório, as complicações e a possibilidade de conversão, especialmente em pacientes com cirurgia aberta prévia. Estudos multicêntricos mostraram que ressecções hepáticas repetidas laparoscópicas podem ser realizadas com segurança, especialmente em pacientes com ressecções laparoscópicas anteriores. Não existem relatos deste procedimento por via robótica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O objetivo deste vídeo é apresentar uma re-hepatectomia robótica para metástases colorretais após múltiplas cirurgias abertas prévias. Trata-se de paciente masculino, 64 anos de idade, que foi submetido à colectomia esquerda aberta. Houve complicação por fístula anastomótica e ele foi reoperado e submetido à colostomia, revertida 3 meses após. Um ano depois, ele foi submetido à metastasectomia aberta. Recentemente, ele apresentou recorrências no fígado direito e hepatectomia direita foi indicada. Acesso robótico foi proposto. Esta abordagem utilizou 5 trocarteres. A operação começou com liberação de aderências. O próximo passo foi dissecar e sectionar a artéria hepática direita e a veia porta direita. Um túnel retro-hepático foi criado ao lado direito da veia cava inferior para uma manobra modificada de suspensão do fígado. O fígado foi puxado para cima e a transecção hepática foi realizada em direção à veia hepática direita. O fígado foi sectionado com pinça bipolar sob irrigação salina contínua. O ducto hepático direito foi encontrado dentro do fígado e dividido. Finalmente, a veia hepática direita foi dividida dentro do parênquima hepático por meio de um grampo vascular e a hepatectomia direita robótica foi concluída. O tempo operatório para o docking do robô foi de 10 minutos, a liberação de aderências levou 90 minutos, enquanto a hepatectomia direita robótica foi concluída em 240 minutos. Manobra de Pringle não foi usada. Perda de sangue foi estimada em 150 ml sem necessidade de transfusão. A recuperação transcorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta no quinto dia de pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÃO: A re-hepatectomia robótica é factível e segura em mãos experientes e pode ter algumas vantagens sobre ressecções hepáticas repetidas laparoscópicas e abertas.</p>

VL 013	VL 014
<p>Segmentectomia Hepática Robótica Sg 1 (lobo caudado)</p> <p>Rodrigo Cañada Surjan, Fabio Ferrari Makdissi, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, Daniel Nakagawa, Tiago Basseres, Sergio P Silveira, Marcel Autran Machado</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ressecção do lobo caudado do fígado é um procedimento cirúrgico complexo. A utilização de via minimamente invasiva para este tipo de cirurgia, apesar dos grandes desafios técnicos relacionados, apresenta vantagens em relação à via convencional aberta principalmente em pacientes com hepatopatia parenquimatosa crônica, mantendo a mesma qualidade de resultados oncológicos. Entretanto, a segmentectomia hepática do segmento 1 por via laparoscópica é muito dificultada por algumas características inerentes ao método, como limitação de amplitude de movimentos dos instrumentos, visualização bidimensional do campo cirúrgico e diminuição da destreza de movimentos. Com objetivo de reduzir as limitações da via laparoscópica, a cirurgia robótica tornou-se uma opção extremamente útil, principalmente em procedimentos tecnicamente complexos como a ressecção do lobo caudado. A ressecção por via robótica do segmento 1 do fígado foi descrita pela primeira vez em 2016 e, desde então, apenas outros três artigos em língua inglesa descreveram o procedimento. Este vídeo demonstra a segmentectomia hepática regrada do segmento 1 totalmente robótica com acesso ao pedículo glissoniano em um paciente com hepatopatia crônica para tratamento de carcinoma hepatocelular bem diferenciado.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra o tratamento de paciente masculino com 72 anos de idade e hepatopatia crônica com diagnóstico de nódulo hepático em segmento 1 sugestivo de carcinoma hepatocelular através de hepatectomia robótica do caudado com utilização do Sistema Cirúrgico da Vinci Xi. Foram utilizados quatro trocarter robóticos de 8 mm e dois trocarter de 12 mm. O robô foi posicionado do lado esquerdo do doente. Após mobilização e retração do fígado esquerdo e exposição do segmento 1, foi realizada transecção de seu pedículo. Então, o lobo caudado foi mobilizado da veia cava até sua porção paracaval direita, o ligamento de Arantius seccionado e o plano de transecção anterior realizado com bipolar robótico. O término da transecção demonstra ressecção completa do lobo caudado (Spiegel, porção paracaval e processo caudado), com completa exposição das três veias hepáticas junto à suas inserções na veia cava bem como preservação de todo trajeto retro-hepático e dos aspectos laterais esquerdo e direito da veia cava inferior. A evolução pós-operatória ocorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÃO: A cirurgia robótica hepática é um campo cirúrgico promissor. A utilização desta tecnologia, particularmente em procedimentos tecnicamente mais complexos, como a ressecção do lobo caudado, com suas conhecidas vantagens de tridimensionalidade, eliminação de tremores, 7 graus de amplitude de movimentos, posicionamento estável de câmera, dentre outros, faz com que a robótica seja uma alternativa eficaz de cirurgia minimamente invasiva do fígado.</p>	<p>MANEJO DO SANGRAMENTO POTENCIALMENTE FATAL EM HEPATECTOMIA MAIOR LAPAROSCÓPICA</p> <p>Jaime Arthur Pirola Krüger, Gilton Marques Fonseca, Fabricio Ferreira Coelho, Vagner Birk Jeismann, Wellington Andraus, Paulo Herman</p> <p><i>Cirurgia do Fígado HC/FMUSP - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia hepática apresenta progressivo aumento no número de casos de hepatectomias maiores laparoscópicas. A maioria destas operações complexas é realizada em centros especializados nos quais cirurgiões desenvolvem treinamento progressivo para realização destas cirurgias, iniciando com operações menores em segmentos hepáticos de fácil acesso evoluindo até a realização de operações maiores e/ou em anatomia de difícil acesso. Durante esta evolução a principal causa de conversão para cirurgia aberta é o sangramento.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Caso 1: paciente portador de carcinoma hepatocelular em lobo hepático direito. Durante mobilização do lobo hepático direito houve lesão inadvertida da veia hepática direita. Erro detectado: falha ao individualizar a veia hepática direita sob o ligamento coronário direito. A cirurgia foi conduzida por cirurgião com experiência em cirurgia hepática convencional e que superou a curva de aprendizado em hepatectomia laparoscópica. O tratamento da lesão é demonstrado. Caso 2: carcinoma hepatocelular localizado em lobo hepático esquerdo. No acesso para tratamento da veia hepática esquerda houve lesão inadvertida da veia. Erro detectado: falha ao identificar a veia hepática esquerdo dentro do parênquima cirrótico. A cirurgia foi conduzida por um cirurgião hepático com experiência cirúrgica menor que 10 anos, ainda em curva de aprendizado para hepatectomia laparoscópica. O tratamento da lesão é demonstrado. Caso 3: neoplasia cística mucinosa de lobo hepático direito. Durante mobilização do fígado sobre veia cava houve soltura de clipe plástico de ramo caval calibroso. A cirurgia foi conduzida por cirurgião hepático experiente, porém ainda em curso com aprendizado em laparoscopia hepática. O tratamento da lesão é demonstrado.</p> <p>CONCLUSÃO: Hemorragia de difícil controle é um temor presente desde o início da laparoscopia hepática. O manejo laparoscópico desta complicação é fundamental. A conversão para cirurgia aberta necessita de grandes incisões e colocação de afastadores, passos que demandam tempo não disponível em sangramentos maciços. Além disso, conversão para cirurgia aberta na vigência de grandes defeitos vasculares pode resultar em embolia aérea fatal com gases não difusíveis. Demonstramos o tratamento das lesões venosas graves em hepatectomias maiores, que podem ocorrer com cirurgiões nas diversas fases da experiência em cirurgia convencional e minimamente invasiva. O treinamento em cirurgia hepática e laparoscopia avançada é fundamental.</p>
<p>VL 015</p> <p>HEPATECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM EXPOSIÇÃO DA VEIA HEPÁTICA MÉDIA</p> <p>Jaime Arthur Pirola Krüger, Gilton Marques Fonseca, Fabricio Ferreira Coelho, Vagner Birk Jeismann, Paulo Herman</p> <p><i>Cirurgia do Fígado HC/FMUSP - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia hepática minimamente invasiva progrediu desde seu começo. Antes restrita a ressecções menores, periféricas e destinada ao tratamento de afecções benignas, hoje tornou-se aplicável às ressecções maiores e aos casos de doenças malignas. Estratégias que visam preservar função hepática, tais como preservação de parênquima, bem como de sua drenagem venosa vem ganhando espaço na cirurgia hepática moderna.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Caso clínico: paciente de 65 anos com quadro de epigastralgia. Durante investigação foi evidenciada neoplasia cística mucinosa localizada entre os segmentos hepáticos 2,3 e 4. Exames de imagem demonstraram ainda íntima relação da lesão com a veia hepática média. Tática operatória: hepatectomia esquerda anatômica totalmente laparoscópica realizada com 5 portais sob pneumoperitônio de 12 mmHg, com ótica de 10 mm 30 graus. O tratamento do pedículo foi através da abordagem clássica, com dissecação e ligadura individual dos elementos. Transecção do parênquima foi realizada com bisturi ultrassônico, com técnica detalhada no vídeo, que permitiu exposição e preservação da veia média em toda sua extensão. A peça foi retirada por incisão de Pfannenstiel. Não houve intercorrência intra ou pós-operatória.</p> <p>CONCLUSÃO: Hepatectomia maior laparoscópica deve ser o tratamento de escolha para lesões hepáticas benignas ou pré-cancerosas. Em centros de referência e com equipes treinadas em cirurgia hepática e laparoscopia avançada o procedimento pode preservar a drenagem venosa do fígado, mesmo em casos com anatomia complexa, preservando a função hepática no pós-operatório.</p>	<p>VL 016</p> <p>DEBRIDAMENTO RETROPERITONEAL VÍDEO-ASSISTIDO PARA O TRATAMENTO DA NECROSE PANCREÁTICA INFECTADA</p> <p>Matheus Buzzo, Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Danila Gomes, Aline Biral Zanon</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Municipal - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda é uma afecção comum, geralmente associada a coledolitíase. Cerca de 80-90% dos casos são classificados como leves, cujo tratamento se resume a suporte clínico por um curto período de tempo seguido de colecistectomia. Entretanto, alguns casos de pancreatite aguda evoluem com necrose pancreática e são classificados como moderada ou grave, a depender do quadro clínico. A necrose pancreática sem infecção demanda apenas tratamento de suporte. No entanto, quando infectada, atualmente propõe-se um tratamento baseado no "Step-up Approach". Nesse contexto, o desbridamento da necrose pancreática infectada, quando indicada, pode ser feito por endoscopia, por laparoscopia ou por acesso retroperitoneal, antes de se indicar uma laparotomia exploradora. Este vídeo demonstra um caso de desbridamento retroperitoneal vídeo-assistido em um paciente com pancreatite aguda grave e necrose pancreática infectada.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra que é a retroperitoneoscopia para desbridamento da necrose pancreática infectada é factível sem a necessidade de equipamentos e materiais de custo elevado e com bom resultado. Além disso, apesar de ideal, não exige a presença de um dreno percutâneo previamente posicionado. Trata-se de um paciente do sexo masculino de 62 anos, admitido no PS com pancreatite aguda. Evoluiu com sepsis de foco abdominal e com evidência de necrose pancreática infectada. Após tratamento com drenagem percutânea sem sucesso, indicou-se o desbridamento retroperitoneal vídeo-assistido (VARD). O procedimento foi iniciado por acesso no flanco esquerdo e dissecação romba até acesso da coleção peripancreática, evidenciado por saída de secreção purulenta. A seguir, aspirou-se a secreção e iniciou-se o desbridamento de tecido necrótico utilizando uma pinça de Collins sob visão direta com o auxílio da ótica convencional de 10mm de laparoscopia. Todo o tecido foi retirado, evidenciando o remanescente pancreático sem sinais de necrose. Essa loja foi drenada com duas sondas de Levine. O paciente teve resolução completa do quadro séptico.</p> <p>CONCLUSÃO: O Desbridamento retroperitoneal videassistido (VARD) é uma técnica que apresenta algumas vantagens em relação às demais técnicas de desbridamento de necrose pancreática infectada. Entre elas, o VARD não necessita de materiais de alto custo como stents ou drenos; não exige acesso transgástrico como o desbridamento endoscópico; e não viola a cavidade peritoneal como o procedimento laparoscópico. O VARD deve fazer parte do armamentário do cirurgião. É uma técnica que exige apenas a ótica da laparoscopia, além de materiais de cirurgia convencional, e um conhecimento anatômico amplo, de modo a reduzir o risco de complicações do procedimento.</p>

VL 017	VL 018
<p>PANCREATECTOMIA DISTAL LAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA - TÉCNICA DE WARSHAW</p> <p>Marcelo Garcia Toneto, Rafael Costa e Campos, Letícia Manoel Debon, Nathan Leão Peixoto</p> <p><i>Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia minimamente invasiva vem ganhando espaço e o aperfeiçoamento da técnica torna possível a abordagem de lesões pancreáticas volumosas. Vantagens funcionais e estéticas favorecem o uso da laparoscopia na pancreatectomia distal. O tumor sólido pseudopapilar de pâncreas, também denominado Tumor de Frantz, é caracterizado por acometer mulheres jovens. A preservação esplênica em patologias benignas tem importância imunológica bem definida, principalmente em crianças.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra as etapas padronizadas para realização do procedimento, enfatizando a importância do controle da artéria e da veia esplênica. A secção do pâncreas foi realizada com grameador endoscópico. A retirada peça da cavidade abdominal foi realizada através de incisão de Pfannenstiel. O tempo cirúrgico total foi de 180 minutos.</p> <p>CONCLUSÃO: A pancreatectomia distal com preservação esplênica por videolaparoscopia é segura e reprodutível. Apesar do potencial de complicações da técnica de Warsaw, a preservação do baço, principalmente em crianças, é altamente recomendada. A técnica minimamente invasiva apresenta diversas vantagens, entre elas, menor uso de analgésicos, retorno mais precoce as atividades normais e benefício estético.</p>	<p>PANCREATECTOMIA DISTAL LAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA PARA O TRATAMENTO DE CISTADENOMA MUCINOSO DE PANCREAS</p> <p>Marcelo Garcia Toneto, Rafael Costa e Campos, Letícia Manoel Debon, Nathan Leão Peixoto</p> <p><i>Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia minimamente invasiva vem ganhando espaço e o aperfeiçoamento da técnica torna possível a abordagem das lesões pancreáticas. Cerca de um terço dos cistos pancreáticos é mucinoso e mais de 95% se desenvolvem em mulheres jovens. Assim, a abordagem laparoscópica traz vantagens funcionais e estéticas. A preservação esplênica em patologias benignas tem importância imunológica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra as etapas padronizadas para realização do procedimento, enfatizando a importância do controle vascular da artéria e da veia esplênica. A secção do pâncreas foi realizada com grameador endoscópico. A retirada peça da cavidade abdominal foi realizada através de incisão de Pfannenstiel prévia. O tempo cirúrgico total foi de 96 minutos.</p> <p>CONCLUSÃO: A pancreatectomia distal com preservação esplênica por videolaparoscopia é segura e reprodutível. Apresenta as vantagens no pós-operatório do menor uso de analgésico e retorno precoce das atividades normais.</p>
<p>PANCREATECTOMIA DISTAL LAROSCÓPICA COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA EM PACIENTE OBESA MORBIDA</p> <p>Marcelo Garcia Toneto, Rafael Costa e Campos, Letícia Manoel Debon, Nathan Leão Peixoto</p> <p><i>Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O diagnóstico das neoplasias mucinosas papilares intraductais (IPMN) vem aumentando em incidência nos últimos anos. IPMNs são neoplasias císticas, produtoras de muco, que podem se originar do ducto pancreático principal, de ductos secundários ou de ambos. IPMNs podem exibir diferentes graus de alterações displásicas até carcinomas invasivos. Diretrizes atuais recomendam cirurgia de ressecção para IPMNs com nódulos murais. A obesidade pode dificultar a cirurgia minimamente invasiva, mas não deve ser contraindicação a sua realização.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra as etapas padronizadas para realização do procedimento, enfatizando a importância do controle vascular da artéria e da veia esplênica. A secção do pâncreas foi realizada com grameador endoscópico. A retirada peça da cavidade abdominal foi realizada através de incisão de Pfannenstiel prévia. O tempo cirúrgico total foi de 190 minutos.</p> <p>CONCLUSÃO: A pancreatectomia distal com preservação esplênica pode ser realizada por videolaparoscopia de maneira segura mesmo em pacientes obesos. Apresenta as vantagens no pós-operatório do menor uso de analgésico e retorno precoce das atividades normais.</p>	<p>LUMA - LAPAROENDOSCOPIA TRANSUMBILICAL MINIASSISTIDA, UMA NOVA ALTERNATIVA EM CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA. ANÁLISE DE 20 CASOS DE COLECISTECTOMIA</p> <p>Geraldo Jose Souza Lima, Gustavo Munayer Abras, Lucas Alceu Ribeiro Lopes, Luciano Ornelas Chaves Filho, Guilherme Stival Candido, Luiz Felipe Pimenta Nogueira Souza Lima, Thassiana Jeaninne Malagoli Resende, Leonardo Moreira Carvalho</p> <p><i>Hospital Madre Tereza - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O papel da videolaparoscopia na era moderna da cirurgia encontra-se bem estabelecido. Com a perspectiva de ser possível melhorar a já privilegiada situação atual, novas alternativas têm sido propostas, como a cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais (NOTES), o método por acesso único transumbilical (LESS), a minilaparoscopia (MINI) e a tecnologia robótica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: A técnica constitui de incisão infra umbilical com instalação de pneumoperitônio com agulha de Veress e passagem de trocar de 11mm. Entrada de Ótica de Palmer, Ótica com canal operatório. Inventário da cavidade mostrando a entrada, órgão alvo e demais órgãos intrabdominais do sistema digestivo. Incisão em linha axilar anterior de 3mm com passagem de pinça de mini-laparoscopia para auxílio. retificada agulha de fio de vicryl 0, Feito ponto extracorpóreo adentrando a cavidade abdominal em região de linha hemiclavicular direita, transfixando fundo da vesícula e saindo novamente na parede abdominal, ponto este utilizado para exposição da vesícula biliar. Iniciado dissecação de ducto cístico com pinça de dissecação curva laparoscópica. Após domínio do mesmo, realizada clampeamento por ligadura com fio Vicryl com nó extracorpóreo. Secção do Ducto cístico dissecação artéria cística e ligadura da mesma pelo mesmo método do ducto cístico. Exérese da vesícula de seu leito com auxílio da pinça de mini laparoscopia e eletrocautério ligado a pinça de dissecação curva. Conferência da hemostasia, Retirada do ponto em fundo da vesícula, Retirada a vesícula da cavidade abdominal e retirada dos trocarter sob visão. Fechamento por planos.</p> <p>CONCLUSÃO: Esta nova técnica combina e resulta da racionalização de particularidades técnicas e do sinergismo das três abordagens de invasividade mínima clássicas, buscando agregar suas vantagens e minimizar as suas desvantagens</p>

VL 021	VL 022
<p>PANCREATECTOMIA DISTAL ROBOTICA COM PRESERVA&Ccedil;AO DO BA&Ccedil;O</p> <p>Marcel Autran Machado, Rodrigo Surjan, Fabio Makdissi, Izabella Braz Martins da Silva</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ressecção do corpo e da cauda pancreáticos de qualquer ponto à esquerda da veia porta é denominada pancreatectomia distal e é tradicionalmente combinada à esplenectomia. Pancreatectomia distal com preservação esplênica ganhou popularidade para ressecção de lesões benignas ou malignas de baixo grau devido à redução do tempo de internação pós-operatória e de complicações infecciosas. Enquanto as pancreatectomias distais laparoscópicas ainda compõem a maioria dos relatos na literatura, a publicação de séries robóticas tem aumentado constantemente, confirmando a segurança e viabilidade da abordagem robótica. O sistema robótico da Vinci oferece vantagens técnicas sobre a laparoscopia padrão, como visualização tridimensional e estável, movimentação das pinças com sete graus de liberdade e eliminação do tremor.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 69 anos, com quadro de diarreia e rubor facial. Durante investigação com ultra-sonografia e posteriormente tomografia, foi achado nódulo hipervascular com cerca de 1,6 cm de diâmetro em região de corpo pancreático, compatível com tumor neuroendócrino. Foi então submetida à cintilografia PET-CT com Gálio-68 que identificou o tumor e descartou metástases linfonodais e à distância. Este caso foi discutido em reunião multidisciplinar. O tumor estava em contato com o ducto pancreático principal e enucleação foi descartada. Ressecção pancreática com preservação do baço e vasos esplênicos foi indicada. Abordagem robótica foi proposta, com consentimento da paciente. O sistema robótico Da Vinci Si foi utilizado. Foram usadas 4 incisões para os braços do robô e uma para o auxiliar. O pâncreas foi seccionado com grameador com carga vascular revestida com filme absorvível. O tempo para docking foi de 10 minutos e a ressecção pancreática distal com preservação dos vasos esplênicos durou 120 minutos. A perda sanguínea foi mínima, estimada em 50 mL. Paciente não necessitou de UTI e evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 4º dia de pós-operatório. Amilase do dreno veio baixa e este foi retirado no 10º dia de pós-operatório. Análise histológica confirmou tumor neuro-endócrino com margens livres, grau 1 (Ki67 de 1%). Paciente está bem, sem evidência de doença 8 meses após procedimento.</p> <p>CONCLUSÃO: Pancreatectomia robótica com preservação do baço e vasos esplênicos é viável e seguro nas mãos de cirurgiões robóticos experientes. Como em todas as cirurgias pancreáticas, a padronização dos cuidados e uma equipe de apoio clínico multidisciplinar são fundamentais para a realização desses procedimentos complexos de maneira segura e eficiente.</p>	<p>COLECISTECTOMIA COM COLEDOCOTOMIA, EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES E ANASTOMOSE COLÉDOCO-DUODENAL LATERO-LATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA.</p> <p>Leandro Martins Gontijo, Matheus Paiva de Souza, Stephanie da Silva Fernandes, Vímael Jefferson de Oliveira, Helena de Souza Mainati, Nimer Ratib Medrei, André Araújo de Medeiros Silva</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: M.G.R.M, sexo feminino, 69 anos, admitida no Pronto Socorro de cirurgia do Hospital Regional do Paranoá (HRPA- Brasília, Distrito Federal) dia 15/10/2018 com dor abdominal difusa há 3 dias, associado a náuseas e um episódio de febre não aferida. Nega patologias prévias. Ictérica 3+/4+. Abdome plano, flácido, doloroso à palpação de hipocôndrio direito, sem massas e irritação peritoneal. Aumento de amilase (885 U/L), bilirrubinas (total: 7,08mg/dL - direta:4,21 mg/dL e indireta: 2,87 mg/dL) e enzimas canaliculares (Fosfatase Alcalina: 718 U/L e GamaGT: 551 U/L). USG: Vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas. Colédoco 13mm. Vesícula com parede discretamente espessada, distendida, com inúmeros cálculos. Coledocolitase pode apresentar sintomas que vão de cólica biliar à manifestação clínica de icterício-obstrutiva. A febre, associada à dor no quadrante superior direito e icterícia, formam a tríade de Charcot, sugerindo colangite que é potencialmente grave. Outra complicação da impação do cálculo no colédoco é a pancreatite aguda, decorrente da obstrução do ducto pancreático, levando a seus comemorativos de sinais e sintomas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente sob anestesia geral. Incisão umbilical e diérese até aponeurose umbilical. Pneumoperitônio com agulha de Veress. Introdução de trocar de 10mm. Múltiplas aderências com epíploo. Vesícula distendida, paredes espessadas, sem necrose, sem perfuração. Dissecado estruturas do triângulo de Calot; clipado artéria cística proximal; ducto cístico pouco dilatado e com cálculos. Cateterização do ducto cístico e colangiografia. Visto falhas de preenchimento, sugestiva de múltiplos cálculos em hepatocolédoco. Coledocotomia vertical e turbilhonamento com soro. Saída de múltiplos cálculos. Devido dilatação do colédoco, optado por derivação biliodigestiva com anastomose coledocoduodenal látero-lateral, sutura contínua com Polidioxanona. Colocado dois cliques proximais em ducto cístico e reforço com nó transfixante. Dissecado vesícula no sentido anterior. Colocado dreno de penrose próximo. Desfeito o pneumoperitônio, retirado trocateres e síntese de tecidos.</p> <p>CONCLUSÃO: Colangite, pancreatite biliar ou fístula do coto do cístico são complicações decorrentes de cálculos no colédoco. Com o aumento experiência com cirurgia laparoscópica, este tipo de abordagem da árvore biliar tem se tornado mais prevalente. A derivação biliodigestiva tem emprego em tumores de via biliar que obstruem, como tentativa de alívio dos sintomas icterício-obstrutivos. Há poucos relatos clínicos de anastomoses entre colédoco e duodeno via videolaparoscopia. O procedimento cirúrgico apresentou sucesso, sem fatores complicadores como fístulas, deiscência da anastomose ou infecção. Evoluiu com queda progressiva de bilirrubinas e enzimas canaliculares. Recebeu alta no 8º dia pós operatório, em bom estado geral, anictérica (bilirrubina total: 0,55 mg/dL - direta: 0,09mg/dL e indireta: 0,46mg/dL). Retorno ambulatorial em 3 meses, sem queixas.</p>
<p>VL 023</p> <p>VOLVO DE VESÍCULA BILIAR, UM ACHADO INTRA-OPERATORIO.</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN, INGRID GOMES FILETTI, PRISCILA VIVIANI DA TRINDADE DE ÁVILA, DIOGO STINGUEL THOMAZINI, JOSÉ ALBERTO DA MOTTA CORREIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: DESCRITO PELA PRIMEIRA VEZ EM 1898 POR WENDEL, O VOLVO DE VESÍCULA BILIAR É UMA PATOLOGIA RARA; COM CERCA DE 500 CASOS PUBLICADOS. ACOMETE PRINCIPALMENTE MULHERES, NA SÉTIMA E OITAVA DÉCADAS DE VIDA. A FISIOPATOLOGIA CONSISTE NA TORÇÃO MECÂNICA AO LONGO DO EIXO LONGITUDINAL DA VESÍCULA BILIAR ENVOLVENDO O DUCTO CÍSTICO E A ARTÉRIA CÍSTICA. A TORÇÃO DA VESÍCULA BILIAR PODE SER COMPLETA OU INCOMPLETA, SENDO QUE QUANDO É COMPLETA A TORÇÃO É MAIOR QUE 180 °. PODE SER TAMBÉM EM SENTIDO HORÁRIO, PERISTALSE GÁSTRICA, OU ANTI-HORÁRIO, PERISTALSE COLÔNICA.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: - COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. - OBSERVADO VESÍCULA PEDICULADA, TORCIDA SOBRE SEU PRÓPRIO EIXO, DETERMINANDO ISQUEMIA E INFARTO - TRANSMURAL DA MESMA. - DISSECÇÃO DO DUCTO CÍSTICO, LIGADURA E SECÇÃO DO MESMO. - IDENTIFICAÇÃO, LIGADURA E SECÇÃO DA ARTÉRIA CÍSTICA. - DESCOLAMENTO DA VESÍCULA BILIAR E RETIRADA DA MESMA - LIMPEZA DA CAVIDADE COM SORO FISIOLÓGICO - REVISÃO DE HEMOSTASIA</p> <p>CONCLUSÃO: PACIENTES COM TORÇÃO DE VESÍCULA BILIAR APRESENTAM ACHADOS EM EXAMES DE SANGUE INESPECÍFICOS E EXAMES DE IMAGEM MIMETIZAM COLECISTITE ACALCULOSA. NO TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO UMA DISSECÇÃO CUIDADOSA E UMA VISÃO ADEQUADO DO TRÍGONO DE CALOT DEVE SER SEMPRE ALCANÇADA, VISTO QUE O DUCTO CÍSTICO PODE ESTAR MAIS PRÓXIMO DA BORDA HEPÁTICA A CLÍNICA APRESENTADA É SEMELHANTE A DE UMA COLECISTITE AGUDA. O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO É FEITO NA MAIORIA DOS CASOS DURANTE O ATO CIRÚRGICO. O TRATAMENTO CONSISTE NA RESOLUÇÃO DA TORÇÃO, SEGUIDA DE COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA OU LAPAROTÔMICA. CASO NÃO SEJA DIAGNOSTICADO, OU O TRATAMENTO CIRÚRGICO POSTERGADO, LEVARÁ A ISQUEMIA E OBSTRUÇÃO RESULTANDO EM PERFURAÇÃO DA VESÍCULA BILIAR, PERITONITE E ATÉ MESMO ÓBITO.</p>	<p>VL 024</p> <p>ANASTOMOSE COLEDOCODUODENAL POR VIA LAPAROSCOPICA</p> <p>Durval Jose de Santana Neto, Larissa Gonçalves Moreira, Manuelli Antunes da Silva, Mariana Alma Rocha de Andrade, Anny Carolyne Oliveira Lima Santos, Renata Lima Batalha de Andrade, João Victor Reis Campos, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A literatura relata superioridade da colecistectomia laparoscópica (CL) em relação à técnica aberta, com menor tempo de internação, menos dor e recuperação mais rápida. Devido a isso, a CL é o método padrão ouro no tratamento da litíase biliar extra-hepática com ou sem icterícia. Cerca de 10 a 15% dos pacientes colecistectomizados apresentam cálculos no ducto colédoco. A maioria desses cálculos são pequenos e provenientes da vesícula biliar, os quais podem impactar-se ao longo das vias biliares e desenvolverem quadros colestáticos. A colecistectomia associada à exploração do ducto colédoco e derivação bilioentérica previne a recorrência de litíase na via biliar principal. Há duas modalidades de coledocoenterostomia: a coledocojejunostomia com reconstrução em Y de Roux e a coledocoduodenostomia.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Após realização do pneumoperitônio e introdução dos trocateres observou-se fígado esverdeado e vesícula biliar distendida. Fez-se apreensão da mesma com exposição do Triângulo de Calot, sendo verificado um cisto alargado. Após clipagem e secção da artéria cística colou-se pontos de reparo no ducto cístico, clipagem e pontos de transfixação para fechamento da porção proximal do cístico. Abertura do ducto cístico com retirada de múltiplos cálculos dando saída a líquido biliar purulento. Fez-se a colecistectomia e realizou-se abertura do colédoco com retirada de cálculos e anastomose coledocoduodenal.</p> <p>CONCLUSÃO: A coledocoduodenostomia (CDD) por laparoscopia é importante no tratamento das afecções obstrutivas do trato biliar. Assim, no tratamento da colecistite calculosa se o hepatocolédoco estiver dilatada acima de 2 cm deve ser drenada, e sua exploração interna pode ser facilmente realizada através da CDD e com a vantagem de permitir exploração endoscópica posterior. Tal como na cirurgia laparotômica a via laparoscópica permite anastomose livre de tensão e aposição de mucosa com mucosa nas anastomoses biliodigestivas, com a vantagem de ser minimamente invasiva. Entretanto, essa técnica é um método complexo que requer uma equipe qualificada para realização do procedimento, visto que uma anastomose inapropriada pode cursar com complicações irreversíveis.</p>

VL 025	VL 026
<p>HEPATECTOMIA ESQUERDA ROBOTICA COM HEPATICO-JEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX PARA CORRECCedil;AO DE ESTENOSE CICATRICIAL POS COLECISTECTOMIA</p> <p>Marcel Autran Machado, Rodrigo C Surjan, Fabio F Makdissi, Izabella Braz Martins Silva</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão do ducto biliar após a colecistectomia continua sendo uma grande preocupação, pois sua incidência é mantida ao longo dos anos, apesar dos avanços técnicos. A lesão complexa, incluindo o dano vascular, pode exigir ressecção hepática e pode ser o tratamento definitivo. Em uma revisão mundial, foram relatadas 99 hepatectomias entre 1756 (5,6%) pacientes encaminhados para lesão das vias biliares pós-colecistectomia. Nenhum deles foi realizado por abordagem minimamente invasiva ou robótica. O objetivo deste vídeo é apresentar uma hepatectomia esquerda robótica e hepaticojejunostomia em Y de Roux como tratamento para uma lesão complexa no ducto biliar após colecistectomia laparoscópica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Um homem de 52 anos foi submetido à colecistectomia laparoscópica em outra instituição há 8 anos. Durante a operação ocorreu uma hemorragia que resultou em lesão inadvertida do ducto biliar comum. A operação foi convertida, o ducto biliar foi suturado e hemostasia realizada. O período pós-operatório foi complicado por icterícia e colangite. Ele foi tratado com CPRE e inserção de endopróteses múltiplas por 3 anos. Após esse período, as endopróteses foram removidas e ele foi encaminhado para nossa instituição. A colangiografia mostrou áreas de estenose parcial sem dilatação significativa dos ductos biliares intra-hepáticos. Os testes da função hepática permaneceram anormais. A tomografia computadorizada mostrou fígado esquerdo com sinais de perfusão perturbada e dilatação do ducto biliar esquerdo intra-hepático. Paciente recusou qualquer nova tentativa de correção cirúrgica da lesão, enquanto assintomático. Ele foi então acompanhado por 5 anos. A RM mostrou atrofia progressiva do fígado esquerdo. Finalmente, há três meses, começaram a apresentar episódios intermitentes de colangite. Equipe multidisciplinar decidiu por correção cirúrgica. Hepatectomia esquerda com hepato-jejunostomia em Y de Roux foi indicada. Abordagem robótica foi proposta. O fígado esquerdo (S2-S3-S4) estava completamente atrofiado e aderido ao estômago. Após ligadura da artéria hepática esquerda e da veia porta esquerda, procedeu-se hepatectomia esquerda. O ducto biliar hepático esquerdo estava completamente obstruído. Fluorescência identificou o ducto biliar direito que foi aberto com saída de bile e alguns pequenos cálculos. Realizou-se então hepatico-jejunostomia ante cólica em Y de Roux. O tempo operatório foi de 5h e 35 minutos. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 4º dia de pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÃO: O reparo robótico da lesão biliar é viável e seguro, mesmo quando uma ressecção hepática é necessária. Este vídeo pode ajudar cirurgiões a realizar esse complexo procedimento.</p>	<p>ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA COLEDOCOJEJUNAL APOS ANASTOMOSE COLEDOCO-DUODENAL PREVIA</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, ANDERNSO TEIXEIRA CAVALCANTE, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, MARCOS ALENCAR TAVARES, ANNA KAROLINE ROCHA SOUSA, CAROLINE CARVALHO FERRO, CLAUDIO CIPRIANO MOURA, IGOR LIMA RIBEIRO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: MLLF, 57 anos, sexo feminino, deu entrada no serviço de cirurgia geral com queixa de vômitos pós-prandiais, epigastralgia, icterícia, colúria e acolia fecal há 10 meses. Refere perda ponderal de 5kg. Tem passado cirúrgico de colecistectomia com exploração de vias biliares há 5 anos e anastomose bileodigestiva colédoco-jejunal há 1 ano devido a fistula entre colédoco e duodeno. CPRE com papilotomia endoscópica (11/01/18): estenose do ducto colédoco em terço médio. USG de abdome total(15/05/18): dilatação das vias biliares intra-hepáticas e coledocolitíase. Exames laboratoriais: GGT:345; FA: 668; BT: 3,17; BD: 2,02; Bl:1,15. Paciente submetida a anastomose biliodigestiva coledocojejunal. Paciente apresentou no 1º dia de pós-operatório (DPO) ferida operatória de bom aspecto sem sinais flogísticos. Dreno tubular: 120ml de líquido hemático, Kehr: 40ml de secreção biliar, Sonda nasogástrica: 300ml. Recebeu alta hospitalar no 15º DPO com kehr fechado, assintomática. Paciente retornou ao ambulatório de cirurgia geral após 2 meses, sendo realizada colangiografia de controle pelo kehr que demonstrou perviedade da anastomose e permitiu sua retirada.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra a presença de aderências entre estômago e parede abdominal e entre colédoco e fígado. Foi realizado lise das aderências, dissecação e isolamento do ducto colédoco. Durante a dissecação notou-se lesão em ramo anterior do hepático esquerdo, onde foi realizada cateterização com dreno de kehr. Realizada colangiografia pelo kehr que não evidenciou falhas de enchimento. Posteriormente, realizou-se coledocotomia transversa e exploração da via biliar com pinça de randall, sem encontro de cálculos. Nova colangiografia intraoperatória foi realizada com ausência de falhas de enchimento em colédoco distal e proximal, sendo observado, entretanto, dilatação do colédoco com 2 cm. Confeccionada, a 70 cm do ângulo de Treitz, anastomose colédoco-jejunal látero-lateral, e em aproximadamente 50cm da anastomose colédoco-jejunal foi realizada entero-enteroanastomose látero-lateral com endogrameador e fechamento do orifício do gramepeador.</p> <p>CONCLUSÃO: A reconstrução do ducto biliar possui diversas indicações, incluindo tumores benignos e malignos; complicações da doença biliar ou da vesícula biliar ou cirurgia; e mais raramente, processos traumáticos, infecciosos ou inflamatórios envolvendo a via biliar. Diante disso, relatamos um caso bem sucedido de confecção de anastomose biliodigestiva em paciente com anastomose prévia</p>
<p>VL 027</p> <p>VESICULA BILIAR INVERTIDA: DETALHES TECNICOS</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, ANDERSON TEIXEIRA CAVALCANTE, IGOR DE LIMA RIBEIRO, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, CAROLINE CARVALHO FERRO, MARCOS ALENCAR TAVARES, CLAUDIO CIPRIANO MOURA</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A vesícula biliar, de um modo geral, encontra-se na porção infero-anterior do fígado, no lobo direito e projeta-se à parede abdominal anterior a nível da 9ª costela direita e linha hemiclavicular direita. Descrita pela primeira vez em 1886 por Hochstetter, a vesícula biliar do lado esquerdo continua a ser uma entidade rara. Em um estudo multicêntrico em pacientes submetidos à colecistectomias videolaparoscópicas, sua prevalência foi 0,3%.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente, sexo feminino, 39 anos, natural de Marechal Deodoro – AL e procedente de Maceió – AL. Sem comorbidades conhecidas, foi admitida, em caráter eletivo, para realização de colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase manifestada por cólica biliar há 1 ano, sendo último episódio há 3 meses. Nega colúria, icterícia e acolia fecal. Exames laboratoriais de função hepática e enzimas canaliculares dentro dos padrões da normalidade, assim como os demais exames pré-operatórios. A ultrassonografia de abdome mostrava vesícula biliar de paredes finas, com cálculos em seu interior, hepatocolédoco de calibre normal, não tendo sido evidenciada sua sinistroposição. Foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica com introdução de 4 trocáteres nas posições habituais e confecção de pneumoperitônio. No inventário da cavidade foi evidenciado vesícula biliar com infundíbulo em localização anatômica habitual, corpo e fundo da vesícula localizados à esquerda do ligamento falciforme sob o segmento III hepático. Demais estruturas abdominais sem alterações. A vesícula foi dissecada e descolada do leito hepático, com identificação do ducto cístico e artéria cística. Feita ligadura tripla do ducto cístico e da artéria cística, sendo 2 proximais e 1 distal.</p> <p>CONCLUSÃO: Existem descritos dois tipos de alteração do posicionamento da vesícula biliar: medioposição e sinistroposição. Na medioposição a vesícula biliar é deslocada medialmente para a superfície inferior do segmento IV, mas ainda está à direita do ligamento falciforme. Na sinistroposição a vesícula biliar esta sob o lobo esquerdo (segmento III), à esquerda do ligamento falciforme. Em uma série de 10.235 colecistectomias videolaparoscópicas houve um relato de oito casos de vesícula biliar no lado esquerdo. A vesícula biliar do lado esquerdo (sinistroposição) ocorre como um componente de situs inversus, porém sua identificação isoladamente é uma anomalia muito rara. No caso em questão a paciente apresenta apenas sinistroposição da vesícula biliar.</p>	<p>VL 028</p> <p>HEPATECTOMIA PARCIAL DIREITA COM RESSECÇÃO DE PORÇÃO DO DIAFRAGMA POR VIDEOLAPAROSCOPIA</p> <p>João Victor Guimarães Almeida, Lucas Feijo Pereira, Ricardo Cechin Garay, Eduardo Townsend, Camila Gueresi Trevisan, Gustavo Heimerdinger</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Desde 1716, ano que se realizou uma ressecção hepática parcial por trauma, até a primeira hepatectomia eletiva realizada com sucesso por Langenbuch, passara-se mais de um século. Nesse período, houve aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas principalmente para o controle vascular e da anatomia propriamente dita. Em 1996 se teve o relato da primeira hepatectomia laparoscópica com êxito. A primeira hepatectomia videolaparoscópica do Brasil foi realizada por Kallil em 1997. O objetivo do seguinte relato é demonstrar a técnica utilizada para realizar Hepatectomia Laparoscópica de lesão única de 9,5cm no lobo direito que invadia porção do diafragma, de modo que essa porção também foi retirada por via laparoscópica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente homem de 70 anos, hipertenso e com hiperplasia prostática benigna foi submetido à retossigmoidectomia, em 2013, por adenocarcinoma distando 16 cm da margem anal. Estadiamento: T2N0 (metástase hepática em lobo direito ressecável). Realizou Tomografia Computadorizada abdominal que evidenciou lesão única com tamanho de 9,6cm x 8,5cm metastática no segmento VII hepático em lobo direito. Foi realizado três ciclos de quimioterapia (QT) neoadjuvante - FOLFOX. Em novembro de 2017 o paciente foi submetido à hepatectomia direita laparoscópica com ressecção parcial do diafragma devido ao achado de invasão no trans-operatório. No exame histopatológico foi evidenciado metástase colorretal com margens livres. Paciente apresentou boa evolução pós operatória.</p> <p>CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico é a única forma potencialmente curativa para metástases hepáticas, contudo é necessário levar em conta a anatomia vascular e o volume remanescentes após a ressecção do tecido afetado além de avaliar com atenção as estruturas adjacentes invadidas pela neoplasia. No caso em questão o nódulo abrangia segmento VII segundo a divisão funcional proposta por Couinaud, com achado intraoperatório de invasão diafragmática no lobo direito. Após a hepatectomia foi realizada a sutura do diafragma em dois planos após a passagem de dreno de tórax. O fígado é o principal foco de metástases dos tumores colorretais e a ressecção de estruturas adjacentes varia de acordo com o local de desenvolvimento do nódulo. Por fim, a hepatectomia direita por via laparoscópica é factível por equipe treinada e com experiência em cirurgia hepatobiliopancreática e laparoscopia avançada.</p>

VL 029	VL 030
<p>Pancreatectomia corpo-caudal rob&ocute;tica com preserva&ccedil;&atilde;o espl&ecirc;nica por reconstru&ccedil;&atilde;o venosa em paciente com neoplasia c&iacute;stica serosa sintom&aacute;utica</p> <p>RODRIGO CANADA SURJAN, FABIO FERRARI MAKDISSI, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, TIAGO BASSERES, SERGIO PRADO SILVEIRA, MARCEL AUTRAN MACHADO</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da neoplasia cística serosa do pâncreas é limitado a pacientes sintomáticos, lesões com crescimento significativo durante seguimento clínico (ocorre geralmente em casos em que no diagnóstico inicial a lesão já apresenta tamanho maior que 4 cm) e em casos de incerteza de diagnóstico. Por se tratar de lesão benigna com baixo risco de desenvolvimento de malignidade (apenas 10 relatos na literatura), em casos em que a lesão se encontra no corpo ou cauda do pâncreas, pode ser realizada pancreatectomia distal com preservação esplênica. A utilização de via de acesso minimamente invasiva apresenta vantagens frente aos procedimentos abertos convencionais. No caso descrito, a neoplasia cística serosa envolvia a veia esplênica. Utilizamos da plataforma de cirurgia robótica para realização de pancreatectomia distal com preservação esplênica, sendo que a tecnologia robótica foi fundamental para a preservação da veia esplênica e do baço, pela dificuldade técnica inerente do caso e necessidade de reconstrução do vaso.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra a realização de pancreatectomia corpo-caudal robótica com preservação esplênica para tratamento de paciente com dor abdominal intensa relacionada a neoplasia cística serosa de corpo de pâncreas, que apresentou crescimento progressivo ao longo de 1 ano de acompanhamento. Devido a envolvimento da veia esplênica pela lesão, foi realizado clampamento proximal e distal de veia esplênica, descolamento da lesão do vaso, seguido de reconstrução dos defeitos criados na veia. Todos os passos críticos do procedimento são demonstrados, bem como posicionamento do paciente e localização do trocarter e dreno. Tempo cirúrgico, estimativa de sangramento, evolução pós-operatória são relatados.</p> <p>CONCLUSÃO: As neoplasias císticas serosas do pâncreas são lesões raras e benignas e quase sua totalidade. A indicação de abordagem cirúrgica deste tipo de lesão pancreática deve ser criteriosa e apenas em casos selecionados. O vídeo demonstra uma pancreatectomia robótica corpo-caudal em paciente com neoplasia serosa sintomática com envolvimento de vasos esplênicos em que a plataforma de cirurgia robótica se mostrou fundamental para a preservação da veia esplênica e do baço.</p>	<p>UNCINECTOMIA ROBOTICA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA CISTICA MUCINOSA PANCREATICA</p> <p>RODRIGO CAÑADA SURJAN, FABIO FERRARI MAKDISSI, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, TIAGO BASSERES, SERGIO PRADO SILVEIRA, MARCEL AUTRAN MACHADO</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias císticas mucinosas pancreáticas são lesões geralmente grandes, septadas e com paredes espessas, sem continuidade com os ductos pancreáticos e que acometem de forma mais frequente mulheres e ocorrem em sua maioria no corpo e cauda pancreáticos. Dados de literatura demonstram que entre 7 e 36% destas lesões abrigam focos de câncer invasivo ao diagnóstico, sendo o tratamento cirúrgico indicado para este tipo de lesão cística pancreática. Entretanto, seu comportamento biológico costuma ser oncológicamente favorável e o risco de envolvimento linfônodo baixo. Desta forma, em pacientes com lesões mucinosas pequenas, sem nódulos murais e sem linfonodomegalias no estadiamento por exames de imagem, pancreatectomias com máxima preservação de parênquima podem ser realizadas de modo a evitar insuficiência pancreática pós-operatória, ainda assim mantendo eficácia oncológica. Neste contexto, apresentamos uma uncinectomia realizada por via totalmente robótica para tratamento de neoplasia cística mucinosa de processo uncinado do pâncreas, um procedimento que pode ser uma alternativa menos invasiva e eficiente à realização da pancreatoduodenectomia.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra a realização de uma uncinectomia pancreática totalmente robótica para tratamento de neoplasia cística mucinosa em processo uncinado do pâncreas em um paciente masculino de 65 anos. Toda avaliação através de exames de imagem (ultrassonografia, ressonância magnética e ultrassonografia endoscópica com biópsia por agulha fina) são mostrados, esclarecendo a indicação de cirurgia e a proposta cirúrgica. O posicionamento do doente, o posicionamento dos trocarter e o docking do sistema de cirurgia robótica da Vinci Xi são demonstrados. Os passos cirúrgicos são expostos, desde lise de aderências resultantes de biópsia eco-endoscópica prévia até os reparos anatómicos fundamentais, bem como a realização de ultrassonografia intra-operatória e fluorescência e manobras de acesso ao processo uncinado e sua secção. Retirada da peça cirúrgica e imagens da anatomia patológica são mostrados, e o aspecto final operatório e evolução pós-operatória esclarecidos.</p> <p>CONCLUSÃO: Até o presente, apenas um artigo em língua inglesa relata a realização de uncinectomia pancreática por via robótica. Este é o primeiro relato da realização de uma ressecção isolada de processo uncinado do pâncreas por via totalmente robótica para tratamento de neoplasia cística do pâncreas. A utilização de via minimamente invasiva, a preservação máxima de parênquima pancreático, bem como a utilização de plataforma de cirurgia robótica com todas suas vantagens frente a laparoscopia convencional (visualização tridimensional, mais graus de movimentação das pinças, eliminação de tremores, melhor ergonomia), fazem com que este procedimento possa ser realizado de forma segura, eficiente, e com ótima recuperação física e fisiológica pós-operatória.</p>
<p>TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PARA LESÃO PANCREATICA ISOLADA DE ALTO GRAU COM SUCESSO</p> <p>Fernando Antonio Monteiro Carvas, Bruna Perez Vazquez, Jean Michel Milani, Daniel Kitayama Shiraiwa, Franz Apodaca, Alberto Goldenberg, Edson Lobo</p> <p><i>Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal fechado com lesão pancreática isolada de alto grau é uma situação clínica pouco frequente e é observada em menos de 1% dos traumatismos abdominais. Esta lesão está associada a mecanismos de trauma de alta energia e consequentemente com altas taxas de morbi-mortalidade, devido à dificuldade e demora do seu diagnóstico. Estas taxas podem ser ainda maiores quando há lesão de ducto pancreático principal. Muitos são os tratamentos preconizados para os diferentes tipos de lesões pancreáticas, alguns conservadores, no caso de baixo grau (Grau 2 ou menor), e outros invasivos, no caso de alto grau (Grau 3 ou maior). Nesta apresentação expomos o tratamento de paciente masculino jovem vítima de acidente automobilístico com lesão pancreática isolada grau III que foi submetido à tratamento endoscópico com drenagem cisto-gástrico, jamais descrito na literatura, com sucesso.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: No vídeo demonstramos a técnica empregada pela equipe e o procedimento realizado para drenagem de cisto pancreático traumático através de punção de parede gástrica posterior com confirmação com Raio X intra-operatório e colocação de drenos. No pós-operatório paciente evoluiu com aumento de volume abdominal por extravasamento de líquido pancreático, o qual foi confirmado e drenado por radio-intervenção. Paciente evoluiu assintomático e sem novos episódios de ascite e sem formação de novo cisto até o momento.</p> <p>CONCLUSÃO: O trauma abdominal é frequente nos prontos atendimentos de Cirurgia Geral. A incidência de lesão pancreática no trauma abdominal contuso é de 2-12%, e isoladamente em <1% dos casos. Exames de RX simples e US FAST ou convencional não são exames de escolha para identificação de traumas pancreáticos. A tomografia, que tem alta especificidade para identificar lesão de ducto pancreático, tem baixa sensibilidade (52,4-54%). O diagnóstico, portanto, acaba sendo realizado em exames tardios, o que consequentemente causa aumento de morbi-mortalidade dos pacientes, respectivamente 60 e 34%. Com o avanço tecnológico, dos materiais e da formação dos médicos intervencionistas mais procedimentos não cirúrgicos estão evitando cada vez mais cirurgias mais longas e com maiores riscos ao paciente. Nosso trabalho demonstra uma nova terapêutica para tratamento de cistos pancreáticos com lesão de ducto pancreático principal.</p>	<p>HEPATICOJEJUNOANASTOMOSE VLP</p> <p>Eduardo José Bravo López, Mayara Christ Machry, Estevan Taube Borré, Luis Paulo Andrioli, Roberta Dreyer Fernandes, João Paulo Carliotto Bassotto, Alberto Luiz De Carli, Bruno Tischer Jung</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Colédocolítise de repetição em paciente com divertículo periampular. Paciente feminina, 68 anos procurou a emergência por apresentar dor abdominal difusa de forte intensidade do tipo cólica, sem irradiação associado as dores, apresentava náusea e vômitos, colúria e acolia. Exame Físico demonstrou bom estado geral. Exame abdômen sem peritonismo, ausência de massa ou visceromegalias e com cicatrizes prévias de cirurgia. Com antecedentes de colédocolítise a repetição, realiza CPRE 2014 o qual evidenciou papila intradiverticular, realizado papilotomia endoscópica com extração de cálculos. Paciente evoluiu bem os anos seguintes, porém em janeiro de 2017 procurou novamente a emergência com os mesmos sintomas prévios. CPRE no momento, evidenciou papila intradiverticular, optado por realizar bilodigestiva em hepaticojejunoanastomose.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Abordagem cirúrgica por Vídeo Laparoscopia. Foi realizada derivação biliodigestiva em hepaticojejunoanastomose com reconstrução em Y de Roux videolaparoscópica, com realização de colangiografia transoperatória e exploração da via biliar com auxílio do coledocoscópio. Procedimento realizado com sucesso e sem intercorrência.</p> <p>CONCLUSÃO: A opção terapêutica inicial para os doentes com colédocolítise, mesmo associada ao divertículo, é a clássica e de primeira linha, a endoscopia, mesmo sabendo que o sucesso do procedimento é reduzido devido a dificuldade técnica de cateterização da papila e ao maior risco de sangramento, inclusive sendo a principal complicação associada ao procedimento. Quando há o diagnóstico de um Divertículo Peria Ampulares assintomático, geralmente não requer tratamento específico e o seguimento clínico esta indicado. O procedimento cirúrgico está indicado na presença de complicações, tais como perfuração, hemorragia ou em casos em que a CPRE não foi efetiva. A conduta clássica no tratamento específico do divertículo é sua ressecção ou inversão, porém, conforme a localização do divertículo, acrescenta-se dificuldade técnica ou não. Alguns autores a realização de uma derivação bileodigestiva, podendo ou não derivar o trânsito alimentar e biliar, com baixíssimas taxas de complicação como pancreatite e colangite, entretanto eleva o risco de lesões pépticas na anastomose e refluxo enterogástrico. A papiloplastia pode ser uma opção terapêutica, indicado naqueles pacientes com obstrução do ducto biliar e pancreático, porém deve ser uma conduta de exceção. Como o caso relatado, a paciente apresentou apenas colédocolítise de repetição, sem outras complicações, e com sucesso em todas as CPRE quando realizadas, optou-se por uma derivação biliodigestiva com exploração da via biliar intra operatória, na tentativa de prevenção de futuras formações de calculo primário de colédoco e por apresentar índices menores de morbimortalidade quando comparado as outras modalidades cirúrgicas.</p>

VL 033	VL 034
<p>RETOSSIGMOIDECTOMIA E APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA – VIDEO CIRURGICO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Elcias Baldoíno Vilarinho, Carlo Victor Sousa Rodrigues, Thyago Carvalho Resende, Elson Gomes de Castro, Matheus Dutra Batalha Costa, Therezinha Dantas Nobre Neta</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose acomete aproximadamente 10% das mulheres e é uma importante causa de morbidade, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de infertilidade feminina. Subdivide-se em endometriose profunda (EP), ovariana e superficial. A EP apresenta como principal manifestação clínica quadro de dor pélvica crônica, progressiva, geralmente associada ao ciclo menstrual, à dispareunia e à infertilidade. O tratamento cirúrgico é imperativo em situações específicas como: acometimento de ureter; dor persistente mesmo após tratamento clínico; piora progressiva do grau de doença a despeito do tratamento medicamentoso e endometriose apendicular, como o caso descrito a seguir. L.S.V., 31 anos, queixava-se de dores abdominais importantes concomitantes com ciclo menstrual, dispareunia e constipação. Apresentava diagnóstico de endometriose profunda com implantes endometrióticos em ovário, em tubas uterinas e em cólon sigmoide.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Lise de aderências pélvicas, liberação de cólon sigmoide e restabelecimento da anatomia pélvica fisiológica; além da ressecção de implantes endometriais de parede abdominal, de ligamento redondo e de lesão de septo vaginal, com posterior dissecação e ligadura de artéria apendicular, ligadura da base apendicular com fio de nylon 2.0 e apendicectomia. Em seguida, prosseguiu-se com dissecação de cólon sigmoide, ressecção de segmento colônico com gramepeador laparoscópico, confecção de anastomose latero-lateral reto-sigmoide por gramepeamento laparoscópico e sobressutura em anastomose, empregando fio PDS 2.0. Iniciou-se dieta oral líquida no primeiro dia de pós-operatório com alta hospitalar no dia seguinte e prescrição de medicação sintomática.</p> <p>CONCLUSÃO: O tratamento clínico persiste como a primeira opção, porém a presença de endometriose em apêndice, como no caso descrito, torna obrigatória a intervenção cirúrgica. Os padrões atuais de excelência na cirurgia laparoscópica para a EP indicam a exérese completa dos nódulos no mesmo ato operatório, portanto o diagnóstico pré-cirúrgico é de suma importância para o sucesso do tratamento.</p>	<p>ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA SECUNDARIA A PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA NAO RESPONSIVA A TRATAMENTO CLINICO</p> <p>Stephanie da Silva Fernandes, Matheus Paiva de Souza, Leandro Martins Gontijo, Natasha Garcia Caldas, Nimer Ratib Medrei, André Araújo de Medeiros Silva</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) é doença imuno-mediada que afeta adultos e crianças, caracterizada por episódios de sangramento e baixa contagem plaquetária. A primeira linha de tratamento para a PTI é o uso de corticoides, mas apenas 20-40% dos casos apresenta resposta satisfatória a longo prazo. Esplenectomia é a escolha para pacientes não responsivos ao tratamento clínico, sendo que ½ dos pacientes submetidos a cirurgia alcançam resposta satisfatória. Com o desenvolvimento de novas drogas para o tratamento da PTI nos últimos anos, como Rituximab, a indicação de esplenectomia ficou mais restrita, mas continua sendo uma escolha efetiva e de baixo custo para os casos refratários a múltiplas terapias. A cirurgia remove o sítio primário de destruição das plaquetas e de produção de auto-anticorpos, oferecendo resposta duradoura quando comparada a outros tratamentos. A esplenectomia videolaparoscópica se provou técnica segura, associada a menor morbidade, recuperação mais rápida e resposta hematológica similar em comparação a esplenectomia convencional.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente de 17 anos, sexo feminino, com diagnóstico de PTI há 2 anos, acompanhando com a Hematologia, apresenta quadro não responsivo ao uso de corticoide e outras modalidades de tratamento clínico. Apresentou-se a cirurgia geral com indicação de esplenectomia confirmada por hematologista, já vacinada há cerca de 1 ano (H influenzae tipo B, meningococo tipo C e pneumococo) e com quadro de metrorragia, sangramento gengival, petéquias e equimoses difusas. Exames laboratoriais evidenciando plaquetas de 7mil. A despeito da transfusão de plaquetas, paciente seguia com plaquetas abaixo de 10mil. Devido a gravidade do quadro, optado pela transfusão de plaquetas logo antes do procedimento cirúrgico e realização de esplenectomia videolaparoscópica - cirurgia realizada com mínimo sangramento. Paciente realizou pós-operatório imediato em UTI, com hemograma de controle evidenciando 97mil plaquetas. Paciente segue em acompanhamento, sem novas manifestações hemorrágicas, mantendo uso de prednisona 5mg e último exame laboratorial disponível evidenciando plaquetas de 306mil.</p> <p>CONCLUSÃO: A esplenectomia é terapia padrão nos casos de PTI refratária ao tratamento clínico. A esplenectomia videolaparoscópica promove melhores resultados em curto prazo e resultados semelhantes a longo prazo quando comparado a cirurgia aberta, sendo considerada um método efetivo e seguro no tratamento da PTI.</p>
<p style="text-align: center;">VL 036</p> <p>HERNIOPLASTIA ROBÓTICA PARA TRATAMENTO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA PARAESOFÁGICA GRAU IV</p> <p>RODRIGO CAÑADA SURJAN, EVANDRO ANDERSEN PINHEIRO, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, FABIO FERRARI MAKDISSI, TIAGO BASSERES, SERGIO PRADO SILVEIRA, MARCEL AUTRAN MACHADO</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias de hiato esofágico são classificadas em 4 graus. A mais comum, a hérnia de hiato por deslizamento, ocorre em mais de 85% dos casos. As hérnias diafragmáticas paraesofágicas grau IV, com grandes defeitos na membrana freno-esofágica, em que todo estômago (à exceção da cárdia e piloro) e outros órgãos abdominais (como cólon, pâncreas, baço e intestino delgado) ganham acesso à cavidade torácica, representam menos de 5% dos casos. O tratamento cirúrgico deste tipo de hérnia é complexo, envolvendo redução dos órgãos herniados ao tórax para a cavidade abdominal, reconstrução do hiato esofágico e colocação de telas de reforço. Neste vídeo, demonstramos a realização de hernioplastia diafragmática robótica para o tratamento de hérnia paraesofágica grau IV, com herniação ao tórax de todo estômago, cólon, epíplon e pâncreas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra a realização do diagnóstico de hérnia diafragmática paraesofágica grau IV, através de exames de imagem, e indicação de tratamento cirúrgico por via totalmente robótica. O posicionamento dos trocarteres e do paciente é relatado, bem como o docking da plataforma de cirurgia robótica da Vinci Xi. Os passos cirúrgicos principais, desde a redução dos órgãos abdominais da cavidade torácica, a lise de aderências entre o estômago, esôfago e mediastino, o tratamento do defeito diafragmático bem como a colocação de tela para reforço (e materiais utilizados) são descritos. A evolução pós-operatória e exame de imagem controle após a cirurgia são relatados.</p> <p>CONCLUSÃO: As hérnias diafragmáticas paraesofágicas grau IV são raras, e seu tratamento cirúrgico desafiador. A redução de órgãos herniados à cavidade torácica e mediastino, a plastia do hiato esofágico e seu reforço com tela constituem manobras tecnicamente complexas. A abordagem laparoscópica destes defeitos reduz a morbidade da via aberta de cirurgia. Entretanto, pelas limitações impostas por este método de cirurgia minimamente invasiva, conversões para laparotomia, toracotomia ou toracolaparotomia são muitas vezes necessárias em casos mais difíceis. Neste contexto, a utilização de plataforma robótica de cirurgia, com suas vantagens de visualização tridimensional, maior liberdade de graus de movimentação e eliminação de tremores, entre outras, torna-se a via de acesso ideal para o tratamento das hérnias paraesofágicas grau IV. A cirurgia robótica permite a realização de suturas com maior precisão que a laparoscopia no reparo do defeito diafragmático e na fixação da tela de reforço do hiato esofágico, poupando o paciente da conversão para via aberta mesmo em casos complexos como o apresentado.</p>	<p style="text-align: center;">VL 037</p> <p>HERNIA HIATAL GIGANTE - TRATAMENTO LAPAROSCOPICO</p> <p>MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA, Guilherme Costa Farias, Anna Karoline Rocha de Souza, Caroline Carvalho Ferro, Tadeu Gusmão Muritiba</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias hiatais são defeitos no hiato diafragmático que permitem a passagem de estruturas intra-abdominais para dentro da cavidade torácica. Podem ser assintomáticas ou causar sintomas incapacitantes, como dispnéia aos pequenos esforços, a depender do volume de conteúdo abdominal herniado para o tórax. A intratabilidade dos sintomas, bem como complicações determinam a necessidade de tratamento cirúrgico.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Idosa, 83 anos, admitida no de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário com queixa de dispnéia aos pequenos esforços, sem sintomas disfágicos ou dispépticos. Na investigação diagnóstica, foram excluídas causas cardiovasculares; realizou-se seriografia de esôfago-estômago-duodeno que demonstrou volumosa área gástrica com localização torácica. Sendo, então, indicada hiatoplastia. Para planejamento cirúrgico, realizou-se tomografia computadorizada do tórax com contraste, que caracterizou o saco herniário e seu conteúdo: estômago, cólon transversos e gordura mesentérica. O tratamento cirúrgico foi realizado por videolaparoscopia, evidenciando-se grande alargamento do hiato diafragmático. Realizou-se redução do conteúdo herniário, fuduplicatura a Nissen e hiatoplastia com aproximação dos pilares diafragmáticos com pontos em "X". Paciente recebeu alta hospitalar após o 34 dias de internação com boa aceitação de dieta oral. O internamento prolongado se deveu a complicações não cirúrgicas - pneumonia nosocomial. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem recorrência de sintomas.</p> <p>CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico de hérnias hiatais é imperativo diante de sintomatologia exuberante. Os pacientes podem apresentar sintomas atípicos, como dispnéia e pneumonias de repetição por broncoaspirações. No caso em questão, houve melhora significativa após a abordagem cirúrgica</p>

VL 038	VL 039
<p>ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA</p> <p>Rocides Castro de Lima, Artur Serra Neto, Marcos Roberto Dias Machado Júnior, Gabrielle Meirelles Rodrigues, Gabriel Martins Nunes, Elizeu Bruno Santos Silva, Erico Bezerra de Sena, Juliana Araújo Arrais</p> <p><i>Hospital Universitário Presidente Dutra - HUUFMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A púrpura trombocitopênica trombótica constitui uma doença rara (5-10 casos/1.000.000 de pessoas/ano), que afeta ambos os sexos, sendo sua incidência duas a três vezes maior em mulheres entre 30 e 40 anos de idade. A PTT pode ser hereditária ou adquirida, instala-se de modo abrupto e é caracterizada pela oclusão difusa de arteríolas e capilares da microcirculação, levando à isquemia de tecidos. A oclusão é causada por microtrombos compostos basicamente de plaquetas, formados após agregação plaquetária intravascular. O diagnóstico da PTT, em geral, é feito por exclusão de outras possíveis causas da trombocitopenia. Uma vez diagnosticada a PTT de qualquer etiologia, o tratamento mais eficaz consiste na troca do plasma, que consiste na plasmaférese e infusão de plasma fresco congelado ou de sobrenadante do crioprecipitado. A esplenectomia tem sido reservada para pacientes refratários aos tratamentos usuais e parece melhorar a resposta à plasmaférese subsequente, bem como reduzir a taxa de recaída.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente em decúbito lateral direito sob anestesia geral. Confeção de três incisões (a nível do mamilo esquerdo e 10cm do rebordo costal para câmera, segundo lateral a esse na linha axilar média e terceiro em região epigástrica lateral esquerda). Inicialmente, dissecação da fáscia anterior ao hilo esplênico, liberando fundo gástrico com cautério bipolar e realizada identificação e retirada de primeiro baço acessório. Identificação de artéria e veia esplênica, com isolamento e ligadura das mesmas com algodão 2-0 proximal e cliques de titânio proximal e distal, com posterior secção dos vasos. Liberação do ligamento posterior do baço e de ligamento espleno-cólico, seguida de identificação e retirada de segundo baço acessório. Liberação e colocação de clipe de titânio em cauda pancreática. Passagem de punho de luva com introdução da peça no mesmo, com posterior retirada por incisão de Pfannenstiel. Lavagem e aspiração de cavidade com revisão de hemostasia. Síntese por planos.</p> <p>CONCLUSÃO: O papel da esplenectomia no tratamento da PTT evoluiu com os anos. Seu benefício na prevenção da recidiva é evidenciada em diversos estudos. Esplenectomia continua uma boa opção para tratamento de pacientes refratários ou com recidiva, tendo baixa morbimortalidade e alta taxa de resposta, sendo a abordagem videolaparoscópica preferência por sua menor taxa de complicação.</p>	<p>LINFADENECTOMIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>DANILA GOMES, FREDERICO JOSÉ RIBEIRO JUNIOR TEIXEIRA, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA, FABIO OLIVEIRA FERREIRA, ANDRE LUIS FREITAS PERINA, LENIRA CHIERENTIN RENGEL, LUCAS AFONSO DAIA</p> <p><i>HCFMUSP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paciente masculino de 56 anos, com diagnóstico de melanoma maligno de pé esquerdo, com biópsia excisional de serviço externo, Breslow=9,3mm, Clark V, realizou em nosso serviço estadiamento, que não revelou doença à distância. Foi submetido então à ampliações de margens e pesquisa de linfonodo sentinela em região inguinal esquerda, que revelou micrometástase linfonodal de melanoma. Após, prosseguiu-se a linfadenectomia inguinal por via laparoscópica. Não teve complicações precoces, e recebeu alta no 2º pós-operatório com dreno de subcutâneo para seguimento ambulatorial. O objetivo do vídeo é discutir os aspectos técnicos da linfadenectomia inguinal laparoscópica, técnica pouco empregada neste sítio - mais comumente operada por via convencional por inguinotomia aberta.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo de 6min17seg mostra o posicionamento do paciente para esta técnica, o material necessário, a colocação dos portais, a dissecação do subcutâneo e a insuflação de gás carbônico neste espaço, os parâmetros anatômicos para a dissecação (ligamento inguinal, músculo sartório, músculo adutor magno, e vasos femorais), a linfadenectomia em monobloco, o controle vascular e secção da veia safena magna, controle de hemostasia, e a retirada da peça com proteção da incisão. Ao final do vídeo, podemos ver a retirada do gás carbônico do leito, a colocação de dreno de subcutâneo e o fechamento dos portais.</p> <p>CONCLUSÃO: Cirurgias minimamente invasivas já são muito empregadas no tratamento de diversas patologias, porém linfadenectomias inguinais ainda são pouco realizadas por esta técnica. Como a principal complicação da técnica convencional de linfadenectomia inguinal é a infecção de sítio cirúrgico, que pode ocorrer em até 50% dos casos, a videolaparoscopia mostra-se uma importante alternativa para diminuir esta morbidade. O interessante neste vídeo é acompanhar passo a passo da cirurgia realizada por esta técnica.</p>
<p>TROMBECTOMIA CAVOATRIAL</p> <p>RICARDO COSTA AGUIAR, FREDERICO JOSÉ RIBEIRO JUNIOR TEIXEIRA, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA, FABIO GAIOTTO, NELSON DE LUCIA, LUCIANA RAGAZZO ARAUJO TEIXEIRA, LENIRA CHIERENTIN RENGEL, MATHEUS OLIVEIRA SILVA</p> <p><i>HCFMUSP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Leiomioma uterino é uma patologia histopatologicamente benigna, porém, em cerca de 0,1 a 0,25% dos casos, pode haver metástases do tumor primário, sendo pulmão e veia gonadal os sítios mais comuns da disseminação. A leiomiomatose então é uma entidade muito rara, descrita como a metástase do tumor ginecológico para algum sítio extrauterino, e pode cursar muitas vezes com trombo tumoral intracaval. No caso discutido, mostraremos a cirurgia que removeu completamente uma metástase de leiomioma uterino para a veia gonadal direita, com trombo intracaval que se estendida desde a desembocadura da veia gonadal até o átrio direito. A cirurgia consistiu em dissecação e controle vascular de toda a veia cava inferior, desde a confluência das veias ilíacas até o átrio, incluindo seu segmento retrohepático. Houve necessidade de circulação extra-corpórea (CEC) para controle do trombo intraatrial, afim de evitar a ruptura do mesmo e um possível tromboembolismo à montante. A cirurgia foi composta pelas equipes de cirurgia geral, vascular, cardíaca e endoscopistas, que realizaram a ecocardiografia transesofágica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo de 5min28seg mostra primeiramente a laparotomia e a dissecação de toda a veia cava inferior, desde as ilíacas até o átrio. Realizamos a abertura do pericárdio por via abdominal. Vemos também o controle das tributárias da veia cava, como as renais e lombares, e também a dissecação da cava retrohepática e a manobra de Pringle. Prosseguimos com a imagem da ecocardiografia transesofágica e a toracotomia, com a realização de CEC e a abertura do átrio direito. Após o controle vascular completo, realiza-se a cavotomia com a ressecção em monobloco da metástase na veia gonadal e o trombo intracaval. Não houve necessidade de reconstrução da veia cava com prótese, sendo realizada a rafia primária da veia. Mostramos também a peça cirúrgica com referencial de tamanho (régua) e a incisão total da paciente (toracolaparotomia).</p> <p>CONCLUSÃO: Além da raridade da patologia leiomiomatose, o objetivo do vídeo é mostrar os aspectos técnicos de uma cirurgia tão complexa e também demonstrar a dissecação da cava inferior em toda sua extensão, além da realização de CEC e ressecção de um trombo intravenoso. Os aspectos anatômicos serão discutidos durante a apresentação do vídeo.</p>	<p>ADRENALECTOMIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA VOLUMOSO</p> <p>Cecilia Queiroz Favre, Déborah Menezes Abuchaim, Ana Claudia Duarte Naves, Maria Eduarda Barreto Couto, Guilherme Andrade Gagheggi Ravanini</p> <p><i>Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paciente de 33 anos, masculino, apresentando dor lombar associada à cefaleia e hipertensão arterial refratária, em uso de múltiplos anti-hipertensivos. Exames de imagem apontam tumoração em topografia de suprarenal esquerda de 7 cm em seu maior diâmetro, sugestiva de feocromocitoma, posteriormente confirmado por metanefrinas plasmáticas e urinárias elevadas. Submetido à adrenalectomia esquerda videolaparoscópica em dezembro de 2018 no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Cirurgia iniciada pela liberação da glândula adrenal e tentativa de acesso da veia adrenal esquerda com dissecação da veia renal, porém, sem sucesso devido à localização e ao tamanho do tumor, que se projetava anteriormente à veia, impossibilitando seu acesso anterior. Optamos, portanto, pelo acesso lateromedial à veia adrenal esquerda com dissecação do pedículo renal distal.</p> <p>CONCLUSÃO: O acesso mediolateral na adrenalectomia esquerda é factível por via videolaparoscópica e pode ser realizado com segurança.</p>

VL 042	VL 043
<p>FALENCIA DA PERDA DE PERDA PESO SINDROME METABOLICA “DENOVO”, CIRURGIA REVISIONAL, NOVA GASTROPLASTIA COM NOVO BY PASS INTESTINAL</p> <p>MAXLEY ALVES ALVES, MONIKY BATISTA DA SILVA SOUZA, ANDRESSA MARIANE BORBA LIMA, EMERSON MOURA RODRIGUES, FABIO MAHAMED RASSI, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES</p> <p><i>GASTROCARE - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia metabólica e bariátrica é o método de tratamento de escolha na falha de mudança de hábitos de vida e alimentares, atividades físicas e medicamentoso. Porém, mesmo a técnica padrão ouro apresenta uma recidiva que pode chegar entre 15 a 25% em 10 a 15 anos de pós operatório. Demonstrar e avaliar a segurança das táticas cirúrgicas empregadas, na falência da perda de peso e nova síndrome metabólica instalada, com realização de cirurgia revisional. Foram realizadas 10 procedimentos cirúrgicos revisionais entre 2017 e 2018, em pacientes com cirurgia de Fobbi-Capella realizadas entre 10 a 15 anos posteriores. A inclusão são pessoas com cirurgia com gastroplastia redutora, confecção de entero entero anastomoses em Y de Roux, com alça biliar mais curta, tradicional e alça alimentar mais longa, todos com anel de restrição gástrica. Todos com ganho de peso em pelo menos mais que 55% do peso perdido na primeira cirurgia, sensação de fome exacerbada, polifagia e retorno das doenças metabólicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, esteatose hepática, dores articulares, apnéia do sono, entre outros. E que não responderam a pelo menos 01 tratamento clínico prévio. O tempo médio de internação maior que habitual, entre 3 a 6 dias. Dieta líquida restrita liberada imediato ao despertar cirúrgico. Mantido dreno abdominal em todos casos, devido a grande lise de aderências, pois todos casos já haviam sido submetidos a técnica aberta clássica. Tempo de retorno as atividades todos liberados no décimo quinto dia. A perda de peso e resolução das doenças metabólicas foi satisfatória em todos casos. A complicação clínica mais comumente encontrado em 8 (80%) pacientes foi a diarreia, controlada com hábito alimentar e medicações, nenhuma reinternação por complicações cirúrgicas, mas 04 reinternações para hidratação venosa. Morbidade maior foi em 01 paciente com nefrolitíase nos 30 dias que seguiram a cirurgia.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: As escolhas técnicas empregadas foram CIRURGIA LAPAROSCÓPICA POSIÇÃO CIRURGIÃO LATERAL A DIREITA DO PACIENTE COM DORSO ELEVADO EM 45 GRAUS SONDA DE FOUCHET 36 TÉCNICAMENTE: a retirada do anel gástrico, redução do neo-estômago a moldes de sonda Fouchet número 36, ressecção do cajado de alça delgado na gastroenteroanastomose encontrado em todas cirurgias realizadas, reconfeção de novo Y Roux com distalização das alças, com manutenção de alças comuns em pelo menos 250-350 cm para evitar problemas nutricionais posteriores. drenagem abdominal Vídeo ainda apresenta resultados de morbidade de uma paciente.</p> <p>CONCLUSÃO: A cirurgia avançada laparoscópica revisional bariátrica e metabólica, com reconfeção de neo estômago, distalização de alças é passível e com resultados de perda de peso e controle das doenças metabólicas</p>	<p>GASTRECTOMIA ASSOCIADA A BYPASS EM Y DE ROUX EM PACIENTE OBESO COM POLIPOSE GÁSTRICA</p> <p>Jaime Ferreira Sales Filho, Raimundo Rodrygo de Sousa Nogueira Leite, Octavio Luis Alves da Silva, Rodrigo Martins Paiva Sales, Antonio Glaucio de Sousa Nobrega, Henrique Jorge Macambira Albuquerque, David Rocha Macambira Albuquerque, Marcelo Alves Silva</p> <p><i>CENTRO INTEGRADO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença crônica, não transmissível que é caracterizada pela excesso de peso ou IMC>30 kg/m². Está associado a problemas sociais, culturais e econômicos. É uma doença complexa com consequências sociais e psicológicas graves, que afeta todas as idades e grupos sociais.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O caso apresentado é de uma paciente obesa, com IMC 35,5 kg/m², hipertensão, diabética, e dislipidêmica, que teve indicação para cirurgia e a técnica escolhida foi o bypass gástrico em Y de Roux. A mesma apresentava na endoscopia numerosos pólipos gástricos de glândulas fúndicas. Foi decidido realizar a gastrectomia do estômago excluído devido a dificuldade de acompanhar por endoscopia a evolução dos múltiplos pólipos evidenciados. Na cirurgia, o paciente ficou em DDH e o set de laparoscopia na posição habitual. Realizado o pneumoperitônio fechado até uma pressão de 15 mmHg. Passagem dos trocateres sob visualização direta conforme esquema. Iniciado com abordagem do estômago: liberação do ângulo de Hiss, liberação do grande omento da grande curvatura, seguido da realização do novo reservatório gástrico, com grameador linear laparoscópico. Grampeamento além da válvula pilórica e liberação do pequeno omento. Realizado desvio do trânsito intestinal com a alça biliopancreática de 1m e alça alimentar de 1,2m. Realizado anastomose gastro-entero manualmente. Feito o fechamento dos espaços mesentéricos. Retirado a peça cirúrgica e desfeito o pneumoperitônio. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório e recebeu alta com 3 dias. evoluiu com perda de peso satisfatório e não apresentou nenhuma complicação grave até 1 ano de acompanhamento.</p> <p>CONCLUSÃO: A cirurgia bariátrica e metabólica é atualmente o tratamento de escolha para o doente obeso mórbido. Em pacientes obesos que apresentam doença polipose gástrica e que são indicado a cirurgia metabólica. A técnica de escolha é a Gastroplastia vertical ou Sleeve. isso se deve ao fato do paciente necessitar de endoscopia digestiva alta para a reavaliação dos pólipos gástricos com frequência. Nos pacientes obesos que têm o componente metabólico muito importante, leia-se síndrome metabólica, a cirurgia mais adequada seria a Gastroplastia com reconstrução em Y de Roux. No caso apresentado tem uma paciente com o componente metabólico importante e doença polipose gástrica e foi decidido por Gastroplastia com reconstrução em Y de Roux e completar a gastrectomia do estômago excluído.</p>
<p>VL 044</p> <p>COMPLICAÇÃO INFECCIOSA APOS BYPASS GÁSTRICO</p> <p>Nicolau Fernandes KRUEL, Nicholas Tavares Krueel, André Parizzi Parizzi Mello, Alcides Branco</p> <p><i>HGF UNIMED Florianópolis SC - Florianópolis - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paciente de 34 anos IMC 40 foi submetido a Bypass gastrico em Y de Roux para tratamento da Obesidade mórbida, teve alta hospitalar no segundo dia, evoluiu com desconforto abdominal e quadro febril, no décimo quinto pós-operatório foi diagnosticado com coleção no sítio cirúrgico e foi feita cirurgia por videolaparoscopia. A presença de coleção purulenta próximo à anastomose de cirurgia do aparelho digestivo é uma complicação que pode ocorrer, de difícil diagnóstico e o tratamento cirúrgico pode ter uma variedade de condutas. Após drenagem dessa coleção o paciente evoluiu bem tendo alta dois dias após.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Vídeo mostrando cirurgia laparoscópica para abordagem de abscesso intra-abdominal após bypass gástrico em Y de Roux A bordagem da coleção deve seguir com cautela na dissecação par não lesar estruturas importantes que possam comprometer o trabalho realizado.</p> <p>CONCLUSÃO: A coleção purulenta intra-abdominal após cirurgia bariátrica tem um diagnóstico difícil e o tratamento é sempre cirúrgico</p>	<p>VL 045</p> <p>CIRURGIA DE LADD PARA CORREÇÃO DE MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL</p> <p>Marcus Fernando Kodama Perille Ramos, Paulo Cesar Pagliarde, Carlos Brunetti Netto</p> <p><i>Hospital São Luiz - Rede D'Or - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal caracteriza-se pela ocorrência de mobilidade excessiva do ceco com formação de membranas entre o ceco e a goteira parietocólica direita. Essa membrana, conhecida como membrana de Ladd pode levar a sintomas de suboclusão intestinal a formação de hérnia interna.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Trata-se de uma paciente com 37 anos que apresentava dor abdominal e vômitos com 3 passagens no PS no último mês. TC evidenciava má-rotação intestinal sem sinal de volvo nem sofrimento de alça. Como paciente apresentava quadros recorrentes de suboclusão intestinal a exploração cirúrgica foi indicada. Utilizaram-se 2 trocateres de 12 mm na cicatriz umbilical e flanco direito, 2 trocateres de 5 mm em flanco e hipocôndrio direito. Exploração da cavidade evidenciou o cólon direito com mobilidade excessiva com presença de membrana de Ladd comprimindo jejuno proximal e formando defeito no mesentério que possibilita a formação de hérnia interna. A membrana de Ladd foi totalmente seccionada com exposição completa do duodeno e jejuno proximal. Após realização de manobra de Kocher o duodeno ficou retificado e verticalizado. Na sequencia todo e delgado foi posicionado o abdome direito mantendo-se os vasos mesentéricos centralizados e o cólon posicionado no abdome esquerdo. Como havia aderências entre o ceco e o cólon descendente não foi necessária nenhuma fixação para manter o cólon para esquerda. Apendicectomia profilática foi realizada. O aspecto final evidencia o duodeno verticalizado e retificado com intestino delgado posicionado para direita, vasos mesentéricos centralizados e cólon posicionado para esquerda. A evolução da paciente foi favorável com alta no 2º PO e resolução completa dos sintomas.</p> <p>CONCLUSÃO: Cirurgia de Ladd pode realizada de maneira segura e efetiva por laparoscopia para o tratamento de má rotação intestinal</p>

VL 046	VL 047
<p>TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO MEDIANO DO DIAFRAGMA POR LAPAROSCOPIA</p> <p>Marcus Fernando Kodama Pertille Ramo, Paulo Cesar Pagliarde, Carlos Brunetti Netto</p> <p><i>Hospital São Luiz - Rede D'Or - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome do ligamento arqueado mediano do diafragma é caracterizada pelo posicionamento anômalo do mesmo causando compressão do tronco celiaco. O ligamento arqueado é um anel fibrótico que representa o limite anterior do hiato aórtico do diafragma. Normalmente ele se posiciona acima da origem do tronco celiaco na aorta abdominal. Entretanto, em até 25% dos indivíduos, sua posição pode estar sobre o tronco celiaco causando sua compressão assim como de estruturas adjacentes como o plexo celiaco. Os pacientes que apresentam estenose significativa podem apresentar quadro de dor, náuseas, vômitos e perda de peso</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Trata-se de uma paciente do sexo feminino com 28 anos que apresentava dor abdominal recorrente nos últimos 6 meses. A paciente tinha realizado uma gastroplastia vertical fazia 2 anos com perda de 25 Kg no período. Atualmente apresentava IMC=26 kg/m². Durante a investigação do quadro realizou TC de abdome que evidenciou compressão do tronco celiaco pelo ligamento arqueado mediano do diafragma causando uma estenose de 80% da sua luz. USG Doppler confirmou a presença da estenose e a liberação cirúrgica foi indicada. Utilizaram-se 2 trocartes de 11 mm posicionados próximos a cicatriz umbilical e em hipocôndrio esquerdo, 3 trocartes de 5 mm em flanco esquerdo, hipocôndrio direito e epigástrico. Foi empregada pinça seladora de vasos para auxílio na dissecação. Equipe de retaguarda da cirurgia vascular estava presente no centro cirúrgico. Exploração da cavidade não evidenciou nenhuma alteração nem presença de estenoses intestinais e no tubo gástrico que pudessem justificar o quadro de dor. A pars flácida foi aberta e iniciou-se a dissecação rente a origem da artéria gástrica esquerda no tronco celiaco. Dilatação pós-estenótica do tronco celiaco era visível. Após a clara identificação da origem da artéria gástrica esquerda, hepática comum e esplênica proximal; o tronco celiaco foi identificado e as fibras do ligamento arqueado foram seccionadas até a completa identificação da origem do tronco celiaco na aorta abdominal. Inspeção final comprovou a total liberação do tronco celiaco. Perda sanguíneas intra-operatórias foram mínimas e a paciente recebeu alta no 1º PO. Paciente apresentou resolução dos sintomas sem sequelas após 6 meses de seguimento</p> <p>CONCLUSÃO: Liberação cirúrgica da compressão do tronco celiaco pelo ligamento arqueado mediano pode ser realizada de maneira segura e efetiva por laparoscopia.</p>	<p>PERSISTENCIA DE HIPERPARATIREOIDISMO TERCIARIO NO TORAX: QUINTA GLANDULA RETIRADA POR TORACOSCOPIA ASSISTIDA</p> <p>TAMIRYS CERUTTI MARTINS, BRUNA BRANDÃO DE REZENDE GONDIM, LARYSSA NAYANA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA, MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA, EDUARDO SAITO, LIA ROQUE ASSUMPÇÃO</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Ernesto - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A paratireoidectomia (PTX) é indicada para o tratamento dos casos de hiperparatireoidismo refratários às medidas clínicas e quando realizada em tempo hábil costuma diminuir a morbidade. A persistência ou recorrência da doença após ressecção das quatro glândulas deve levantar a suspeita para a presença de glândulas ectópicas e/ou supranumerárias. Estima-se que cerca de 20% dos casos de hiperparatireoidismo são de glândulas ectópicas, sendo 2% encontradas no mediastino. No presente estudo demonstramos um vídeo com a abordagem cirúrgica no hiperparatireoidismo por glândula supranumerária em mediastino pela toracoscopia vídeo-assistida (VATS) e seus benefícios em relação as técnicas convencionas (toracotomia e abordagem cervical).</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Diante de persistência de sintomas de hiperparatireoidismo após paratireoidectomia com exérese das quatro glândulas, e na ausência de implantes heterotópicos, levanta-se a possibilidade de PT supranumerária que pode ser ectópica ou não. A incidência entre 6 e 43% no total, sendo 2% localizadas no mediastino. Estima-se que no hiperparatireoidismo secundário cerca de 15% das paratireoides são supranumerárias, sendo mais de 45% ectópicas. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem. Dentre os exames de imagens, os mais utilizados são a tomografia de tórax, cintilografia com sestambi e ressonância magnética. A acurácia dos exames variam de acordo com o tamanho e localização da glândula. Os exames complementares são essenciais para a decisão da via cirúrgica e facilitam muito a escolha por VATS quando a localização é bem definida e de fácil acesso por esta técnica. Devido ao fato do mediastino ser um local com estruturas nobres, as técnicas vem se aperfeiçoando e cada vez mais utilizamos a VATS como principal via. Considerando que os pacientes em sua maioria possuem muitas comorbidades associadas, a VATS traz benefício pela pouca invasibilidade, menor tempo cirúrgico, menor chance de sangramento e menor dor pós operatória.</p> <p>CONCLUSÃO: A toracoscopia vídeo-assistida (VATS) é uma técnica satisfatória em casos de tecido paratireoideano ectópico, principalmente quando sua localização é auxiliada por exames de imagem. Além disso, VATS pode ser utilizada em paciente com múltiplas comorbidades e que necessitem de procedimentos de menor trauma cirúrgico.</p>
<p style="text-align: center;">VL 049</p> <p>LAPAROSCOPIA EM TRAUMA - TRATAMENTO DE LESAO INTRAPERITONEAL DE BEXIGA</p> <p>MARCIA HARUMI YAMAZUMI, MARCELO CRISTIANO ROCHA, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA</p> <p><i>HCFMUSP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma é uma das principais causas de internações hospitalares no mundo. Todavia, menos de 10% de todos os traumas abdominais envolvem lesões do trato genitourinário. Dentre as lesões do trato genitourinário a lesão de bexiga é a mais comum.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Apresentamos um caso de paciente vítima de trauma contuso estável hemodinamicamente, com suspeita de lesão do trato genitourinário por presença de hematúria após sondagem vesical de demora. Foi realizada tomografia que evidenciou fraturas de arcos costais bilateral com focos contusionais basais à direita, pequeno pneumotórax à direita e hemotórax laminar bilateral; Laceração renal à direita grau III; pequena quantidade de líquido livre na pelve, sem evidências de lesões vesicais; Luxação da articulação femoroacetabular direita. Devido a alta suspeita de lesão em trato genitourinário, foi realizada uma cisto-tomografia que não evidenciou extravasamento de contraste. O paciente se manteve estável durante todo o atendimento inicial, sendo indicada uma laparoscopia diagnóstica que revelou presença de pequena laceração hepática junto ao ligamento falciforme. Pequena quantidade de sangue em região peri-hepática. Pequena quantidade de líquido livre na pelve. Lesão de aproximadamente 1 cm em cúpula vesical, com visualização de extremidade de sonda vesical de demora, sendo introduzida ótica através do orifício e realizada inspeção e aspiração de conteúdo hemático dentro de bexiga. Pequena laceração em peritônio próximo ao anel inguinal à direita com hematoma não expansível. Realizada sutura em 2 planos com fio absorvível, sendo realizado teste com azul de metileno sem extravasamento para a cavidade. Paciente evoluiu sem intercorrências, sendo sacada a sonda vesical de demora após 14 dias.</p> <p>CONCLUSÃO: As lesões do trato genitourinário no trauma são raras e por vezes o diagnóstico pode passar despercebido. No caso apresentado, havia uma grande suspeita deste tipo de lesão devido a presença de hematúria. Entretanto, o paciente apresentava líquido livre na pelve, sendo necessário descartar outras lesões de vísceras abdominais. A laparoscopia diagnóstica foi indicada e além de identificar as lesões foi terapêutica por permitir o tratamento da lesão intraperitoneal de bexiga.</p>	<p style="text-align: center;">VL 050</p> <p>TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO DE DELGADO POS TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL ATRAVES DE VIDEOLAPAROSCOPIA</p> <p>Jones Pessoa dos Santos Jr</p> <p><i>HC FMUSP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paciente vítima de trauma abdominal contuso, chute em treino de Muay Thai, apresentando perfuração de alça de delgado a cerca de 40 cm do ângulo de Treitz. Tratamento realizado por meio de videolaparoscopia no trauma com excelente evolução no pós-operatório e retorno as atividades diárias.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra o caso clínico de forma resumida, assim como os principais detalhes técnicos desde o preparo e posicionamento do paciente na sala operatória, posicionamento de trocartes, inventário sistemático da cavidade, diagnóstico de perfuração de delgado em borda mesentérica após trauma contuso abdominal e o seu tratamento inteiramente realizado por meio de laparoscopia.</p> <p>CONCLUSÃO: A possibilidade da videolaparoscopia ser utilizada no trauma quando o paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e fatores favoráveis é um fato no século XXI. A apresentação de casos com bons resultados e a disseminação do conhecimento teórico-prático pode incentivar o uso desta via de acesso mesmo em pacientes vítimas de trauma.</p>

VL 051	VL 052
<p>TRATAMENTO LAPAROSCOPICO DE MULTIPLOS FERIMENTOS POR ARMA BRANCA EM ABDOME ANTERIOR</p> <p>Guilherme Pasquini Cavassin, Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Lenira Chierentini Rengel, Abel Hiroshi Murakami, Valdir Zamboni, Edivaldo Massazo Utiyama</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A laparoscopia é um método que pode ser empregado em pacientes com ferimentos penetrantes e estabilidade hemodinâmica. Sua aplicação depende de diversos fatores com disponibilidade de recursos, complexidade das lesões encontradas e habilidade técnica do cirurgião. Uma das principais vantagens da laparoscopia no contexto de trauma é o potencial de evitar laparotomias e suas complicações. Este vídeo relata a abordagem de um paciente do sexo masculino vítima de múltiplos ferimentos por arma branca no abdome anterior, admitido no pronto-socorro sem sinais de instabilidade hemodinâmica, e submetido a uma laparoscopia terapêutica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Realizada laparoscopia com posicionamento do paciente conforme figuras com ambos os braços ao longo do corpo e pernas abertas, paciente fixado a mesa cirúrgica com faixa abdominal. No inventário da cavidade presença de moderada quantidade de sangue em andar superior do abdome, achado de lesão hepática G III em segmentos II e III, sem sangramento ativo. Lesão de parede gástrica anterior e posterior e lesão de mesocolon transverso. A lesão hepática não necessitou de tratamento específico, sendo realizada rafia das lesões gástricas em dois planos e da lesão de mesocolon. Realizada drenagem da cavidade com 2 drenos penrose supra e infrahepáticos próximos a lesão hepática e das rafia gástricas. Foi realizado teste com azul de metileno que não demonstrou extravasamento.</p> <p>CONCLUSÃO: O uso da laparoscopia no trauma tem sido assunto cada vez mais prevalente. O avanço das tecnologias de imagem, grameadores e principalmente no treinamento avançado em laparoscopia do cirurgião do trauma tem possibilitado que uma quantidade cada vez maior de lesões abdominais sejam abordadas de forma minimamente invasiva. Em nossa instituição pacientes estáveis com propostas de abordagem laparoscópica são submetidos obrigatoriamente a tomografia de abdome pré operatória, com o intuito de excluir lesões de retroperitônio que são de difícil acesso via laparoscopia. A abordagem por vídeo deve ser realizada de forma padronizada seguindo uma sequência lógica e pre estabelecida para que não se deixe lesões despercebidas sem tratamento. Apesar das vantagens inerentes as técnicas minimamente invasivas a segurança do paciente deve ser prioridade e no encontro de dificuldade técnica ou dúvida quanto a lesões o cirurgião não deve hesitar em converter o procedimento para uma laparotomia.</p>	<p>ABORDAGEM DE FERIMENTO TORACOABDOMINAL DIREITO POR TORACOSCOPIA</p> <p>Guilherme Pasquini Cavassin, Carlos Augusto Metidieri Menegozzo, Lenira Chierentini Rengel, Abel Hiroshi Murakami, Valdir Zamboni, Edivaldo Massazo Utiyama</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões de transição toracoabdominal impõe ao cirurgião do trauma um grande desafio na tomada de decisão, seja sobre a necessidade ou não da abordagem cirúrgica, seja sobre a via de acesso a ser utilizada. Nesses casos a laparoscopia se mostra como método bastante confiável e factível de realização tanto como método diagnóstico como terapêutico. Podendo ser utilizado a depender do caso com acessos abdominais ou torácicos.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente masculino de 19 anos vítima de ferimento por arma branca em transição toracoabdominal posterior a direita, estável hemodinamicamente na admissão hospitalar. Dados vitais PA:100/60 mmHg, FC:70 bpm, FR :16, Glasgow : 15 SatO2: 98%aa. Após avaliação inicial e tomografia, diagnosticado hemotórax a direita sem evidências de lesões intrabdominais, Realizada drenagem torácica com débito de 900ml hemático de imediato e encaminhado a toracoscopia para avaliação do diafragma. No vídeo mostramos a avaliação da cavidade torácica, avaliação do diafragma que se mostrou íntegro e o achado de vaso intercostal sangrante o qual foi tratado com sutura hemostática. O hemitorax direito foi posteriormente drenado e o paciente evoluiu de forma satisfatória tendo alta hospitalar no 7º dia pós operatório.</p> <p>CONCLUSÃO: O grande desafio das lesões penetrantes da transição toracoabdominal direita é a avaliação do diafragma, e se uma lesão necessita de abordagem cirúrgica ou não. Vemos como mais importante a realização do diagnóstico que pode facilmente ser realizado por laparoscopia assim como já realizado o tratamento definitivo na maioria dos casos. Nesse caso em específico a abordagem por via torácica se mostrou eficaz, após a equipe ser guiada pela tomografia, mas mostramos que a avaliação do diafragma também pode ser feita de forma segura e eficaz por essa via.</p>
<p>VL 053</p> <p>APENDICECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA</p> <p>Larissa Gonçalves Moreira, Durval Jose de Santana Neto, Alessandro Santos da Silva, Renata Lima Batalha de Andrade, Anny Carolyne Oliveira Lima Santos, Mariana Souza Tavares Santos, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico, com uma prevalência de 7% na população. A incidência ocorre entre 10-14 anos no sexo feminino e entre 15-19 anos no masculino. O diagnóstico precoce e a apendicectomia reduzem significativamente o risco de complicações, como perfuração, sepse e óbito. O fator causal mais frequente de apendicite aguda é o desenvolvimento de mecanismo de obstrução luminal, que de acordo com a faixa etária pode ser a hiperplasia linfóide em menores de 20 anos e obstrução por fecalito em idades avançadas. O diagnóstico pode ser realizado clinicamente e por exames de imagem. Objetivou-se através desse vídeo apresentar passos técnicos de uma apendicectomia complicada com peritonite purulenta e fecal em pacientes adultas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: No primeiro caso o diagnóstico foi postergado em virtude da fase puerperal. Em virtude da distensão abdominal realizou-se incisão transumbilical com aspiração de conteúdo purulento e posterior colocação sob visão direta do trocáter. Após realização do pneumoperitônio verificou-se peritonite purulenta generalizada com fibrina, aspirou-se o conteúdo purulento com retirada da fibrina e procura da possível causa da peritonite. Ao ser verificado processo inflamatório apendicular realizou-se apendicectomia com retirada do apêndice pelo trocáter umbilical. Optou-se pela colocação do dreno de penrose para monitorização de uma possível necessidade de um segundo look. No segundo caso o vídeo apresenta uma apendicite aguda complicada com perfuração do apêndice e necrose do mesoapêndice. Verificou-se a presença do fecalito em região sub-hepática sendo o mesmo aspirado e complementado a lavagem e aspiração da cavidade. O apêndice foi colocado em um saco plástico e retirado da cavidade pelo trocáter umbilical. As duas pacientes tiveram boa evolução no pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÃO: A apendicite é a principal causa de abdome agudo em pacientes jovens, quando na idade adulta e na mulher pode levar a um retardo no diagnóstico. Este leva a complicações como a necrose e ruptura do apêndice provocando peritonites purulentas e fecal. Complicações que podem provocar sepse ou morte do paciente. A laparoscopia é utilizada como recurso diagnóstico e terapêutico, permitindo uma excelente visualização de toda a cavidade abdominal com lavagem e aspiração do conteúdo purulento e fecal evitando formação de novos abscessos.</p>	<p>VL 054</p> <p>SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO V COM COLEDOCOLITIASE - EXPLORAÇÃO LAPAROSCOPICA DE VIAS BILIARES E COLECISTECTOMIA</p> <p>MARCIA HARUMI YAMAZUMI, GUILHERME PASQUINI CAVASSIN, ADILSON COSTA RODRIGUES, CELSO OLIVEIRA BERNINI, MASAHIKO AKAMINE, EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA</p> <p><i>HCFMUSP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome de Mirizzi é uma complicação rara de colecistite aguda ou colecistite crônica calculosa, secundária à obliteração do infundíbulo da vesícula biliar ou ducto cístico provocando compressão extrínseca do ducto biliar adjacente, resultando em obstrução parcial ou completa do ducto hepático comum. A impactação persistente e a resposta inflamatória crônica podem levar a necrose, fibrose e fístula.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente do sexo feminino de 63 anos com quadro de icterícia, colúria e acolia fecal, associado a dor em HCD e febre. Antecedentes: 3 IAM prévios com revascularização miocárdica; ex-tabagista 45 anos/maço, hipertensão e dislipidêmica. Exame físico: icterícia 2+/4+, sem alteração de sinais vitais e sem dor ao exame abdominal. Exames laboratoriais: elevação de enzimas canaliculares e transaminases bem como aumento de bilirrubinas às custas de direta. Colangiorressonância: moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, onde observa-se um cálculo; Vesícula biliar pouco distendida e com contornos lobulados; Ducto cístico dilatado, notando-se trajeto fistuloso associado a pequena coleção com paredes espessadas e com realce tardio pelo contraste, localizada entre a vesícula e a 1ª porção do duodeno. Indicada exploração laparoscópica de vias biliares e colecistectomia. Observado intenso bloqueio do hipocôndrio direito, com duodeno aderido ao lobo direito do fígado, aderências firmes no entorno da vesícula e entre a vesícula e colédoco; Vesícula biliar retraída escleroatrófica; Presença de Síndrome de Mirizzi tipo V com fístula do cístico para o duodeno. Dissecada de área infundíbulo com janela posterior ampla da vesícula, dissecação do colédoco distal até sua porção pancreática. Colangiografia intra-operatória: não houve escoamento de bile para duodeno com imagem negativa em colédoco distal. Coledocotomia em colédoco distal e retirada de cálculo de 3 cm com pinça de Randall. Colangiografia pós-retirada de cálculo com bom escoamento de contraste, vias biliares intra-hepáticas contrastadas e duodeno contrastado sem imagens negativas. Realizada colecistectomia, posicionado dreno de Kehr e drenagem do leite da vesícula e coledocotomia com dreno JP. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. Nova colangiografia pelo dreno de Kehr sem evidência de dilatação de vias biliares. Recebeu alta com dreno fechado, sendo o mesmo retirado 21 dias após.</p> <p>CONCLUSÃO: Muitos cirurgiões afirmam que a colecistectomia laparoscópica é contraindicada na síndrome de Mirizzi devido a presença de tecido inflamatório e aderências no triângulo de Calot, havendo possibilidade de lesões desnecessárias no ducto biliar. Outros cirurgiões consideram que a abordagem laparoscópica é viável, embora tecnicamente desafiadora. Atualmente, a colecistectomia laparoscópica para essa condição é considerada controversa e tecnicamente desafiadora. Entretanto, mostrou-se que, com as habilidades e equipamentos certos, é uma maneira segura e viável de tratar alguns casos de Síndrome de Mirizzi.</p>

VL 055	VL 056
<p>CARCINOMA MEDULAR DA TIROIDE ESPORADICO</p> <p>Thais Grossi Soares, Paulo Grossi Soares, Izabella Rodrigues Amorim, Adelmo Martins Rodrigues</p> <p><i>UNIRV - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma medular da tireoide (CMT) é um tumor neuroendócrino raro, formado a partir das parafoliculares. Correspondem a 3-4% das neoplasias malignas da glândula que formam a calcitonina (CT) e derivadas da crista neural, sendo que 75% correspondem a formas esporádicas. O CMT é uma neoplasia de curso vagaroso, com taxas de sobrevida dependente do estágio tumoral ao diagnóstico.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O CMT esporádico é predominante no sexo feminino, surgindo em geral entre os 50-60 anos. Frequentemente manifesta-se como um nódulo único palpável nos terços médios ou superiores da tireoide. Quando diagnosticado, 70% dos pacientes apresentam metástases cervicais, 15% disfagia ou rouquidão e 10% metástases à distância, principalmente no fígado, pulmão e ossos. Ocasionalmente, podem apresentar sintomas como diarreia e rubor facial, secundários à secreção de CT aumentada, prostaglandinas, serotonina ou VIP (Peptídeo intestinal vasoativo). Contudo, não existem achados clínicos que permitam o diagnóstico certo. Por isso, perante a suspeita, são fundamentais exames complementares, como a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e dosagem sérica de CT. O tratamento para o CMT esporádico é a Tireoidectomia total (TT) com o esvaziamento cervical. Levando em conta os problemas relacionados com a repetição de uma cirurgia cervical, devem-se ressecar os compartimentos necessários durante a primeira TT, levando em conta a relação entre a frequência e o padrão das metástases ganglionares, a localização e tamanho da lesão primária, achados ecográficos e níveis de CT e CEA (Antígeno carcino-embriônico) Recentemente, foram aprovados dois inibidores da tirosinase, o Vandetanib e o Cabozantinib, para tratar o CMT sintomático e agressivo. Existem também outros inibidores, porém ainda em ensaios clínicos. Estes são inibidores estáticos da doença, não possuem ação lítica ou destrutiva. Desta forma, ainda são indispensáveis mais estudos e pesquisas para entender as vias celulares implicadas na etiopatogenia desta doença e consequentemente encontrar novas terapêuticas sistêmicas dirigidas no sentido de tratar permanentemente a doença metastática.</p> <p>CONCLUSÃO: O CMT, embora raro, apresenta grande morbimortalidade, principalmente em diagnóstico tardio. Assim, torna-se essencial o diagnóstico precoce e subsequente tratamento. O diagnóstico tem por base a história clínica e exames físicos, e o tratamento indicado é a Tireoidectomia total.</p>	<p>TIREOIDECTOMIA COM O USO EXCLUSIVO DE PINÇA BIPOLAR CONVENCIONAL PARA LIGADURAS DOS PEDICULOS VASCULARES</p> <p>CLÁUDIO EDUARDO DE OLIVEIRA CAVALCANTI, Carlos Augusto de Oliveira Cavalcanti, Fernando Antônio Gomes de Andrade, João Batista Monteiro Tajra, Douglas Pinheiro Cavalcanti, Amanda Pinheiro Cavalcanti, Aline Cavalcante Mota, Rosângela Vieira de Andrade</p> <p><i>INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A energia elétrica em radiofrequência diatérmica bipolar para a hemostasia e ligadura vasos sanguíneos através de "selagem" dos mesmos, vem sendo utilizada há muito tempo de acordo com a literatura, nas diversas especialidades, principalmente na cirurgia da tireoide. O objetivo foi realizar uma análise retrospectiva de tireoidectomias realizadas exclusivamente com a pinça bipolar convencional (radiofrequência diatérmica bipolar). Foram estudados retrospectivamente 78 pacientes que foram submetidos à cirurgia de tireoide com o uso exclusivo com a pinça bipolar convencional, sem qualquer fio de ligadura para hemostasia. A técnica utilizada foi a "selagem" da artéria tireoidea superior e inferior com uma pinça bipolar convencional com a ponta de 1,0mm de diâmetro e 0,7mm, respectivamente, com a potência de 10W a 15W. As cirurgias realizadas foram: 04 tireoidectomias parciais por bócio, 09 tireoidectomias totais por bócio mergulhante, 17 tireoidectomias totais por bócio multinodular bilateral, 48 tireoidectomias totais por carcinoma papilar, com o esvaziamento seletivo profilático do compartimento central. Rotina do cirurgia executor do trabalho. Não houve neste estudo em nenhum dos casos analisados a ocorrência de sangramento intra-operatório, no pós-operatório imediato, ou de hematoma precoce ou tardio. Houve dois casos de rouquidão com paralisia temporária das cordas vocais e ausência de paralisia permanente. Ocorreu hipocalcemia temporária em 50% dos casos e ausência de hipocalcemia permanente.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo trata-se uma tireoidectomia total com esvaziamento do compartimento central ipsilateral esquerdo. Inicia-se com a ligadura dos pedículos superiores e inferiores com a pinça de ponta com 1,0 mm e outra com ponta de 0,7 mm, respectivamente. O nervo laríngeo é dissecado totalmente com a pinça de 0,7 mm. Revisão de hemostasia, o dreno sai pela incisão e o fechamento por planos. Foi utilizado um fio de ligadura para identificar a paratireoide inferior esquerda, do lado esvaziado.</p> <p>CONCLUSÃO: O uso da pinça bipolar convencional exclusiva para ligadura dos vasos dos pedículos nas tireoidectomias, apresentou total segurança em 78 pacientes. Não houve neste estudo sangramento intra e pós-operatório, hematomas, paralisia permanente do nervo laríngeo recorrente, e hipocalcemia permanente. Conforme todo método e técnica requerem, todos que utilizarem essa técnica, devem estar aptos a executá-la e deve ser respeitado a curva de aprendizagem.</p>
<p>VL 058</p> <p>TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA SÍNDROME DE DUNBAR</p> <p>Carlos Manoel Pedra Petto Gomes, Yasmin Duarte Bogossian, Beatriz Cunha Marendaz Rodrigues, Marcel Rodrigues Freitas, Felipe Carvalho Victer</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE - UERJ) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de compressão do tronco celíaco, também chamada de síndrome do ligamento arqueado médio ou síndrome de Dunbar, é definida por dor abdominal recorrente relacionada à compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado médio. O ligamento arqueado é uma banda fibrosa que conecta os dois pilares diafragmáticos, e a compressão se dá tanto por origem cefálica do tronco celíaco ou por inserção caudal do diafragma. A síndrome é caracterizada clinicamente pela tríade de dor abdominal pós-prandial, perda ponderal e sopro vascular abdominal. Afeta duas em cada cem mil pessoas, na proporção 4:1 de mulheres para homens, de 40 aos 60 anos de idade, e seu diagnóstico é de exclusão, tendo como diagnóstico diferencial outras causas de isquemia mesentérica crônica. O doppler de tronco celíaco e a angiogramografia computadorizada são considerados os exames de maior acurácia para auxílio no diagnóstico. O tratamento envolve descompressão cirúrgica com secção do ligamento via aberta ou minimamente invasiva, com alívio dos sintomas em cerca de 65% dos casos, sendo a revascularização do tronco celíaco e a neurelise do plexo celíaco tratamentos adjuvantes.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente feminina, 48 anos, com diagnóstico prévio de arterite de Takayasu há quinze anos, em tratamento corticoterápico e imunossupressivo com boa resposta e doença em controle, apresentou distensão abdominal associada a dor pós-prandial, 20 a 30 minutos de duração, forte intensidade, com remissão espontânea e refratária a analgesia. Angiotomografia computadorizada evidenciou compressão da borda superior do segmento proximal do tronco celíaco pelo ligamento arqueado do diafragma, associada a placa aterosclerótica não calcificada, condicionando estenose moderada e acentuada. Optou-se pela cirurgia minimamente invasiva com secção do ligamento arqueado mediano via videolaparoscopia. A paciente evoluiu bem no pós-operatório precoce e tardio. Seis meses após a cirurgia, a paciente mantém melhora sintomática completa, sem queixas.</p> <p>CONCLUSÃO: Apesar de ser uma afecção rara, a síndrome do ligamento arqueado médio deve ser aventada como diagnóstico diferencial dos casos de dor abdominal crônica. No caso relatado demonstrou-se o sucesso do tratamento videolaparoscópico, não sendo necessária revascularização ou neurelise do plexo celíaco, uma vez que foi possível realizar a descompressão com melhora sintomática no pós-operatório precoce e tardio.</p>	<p>VL 059</p> <p>GASTRO-DUODENO-PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL</p> <p>Joao Victor Guimaraes Almeida, Lucas Feijo Pereira, Eduardo Townsend, Bruna Mohr Franciosi, Mateus Alessio Pereira, Gustavo Heimerdinger</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias mucinosas papilares intraductais (IPMNs) se localizam no epitélio ductal e tem como característica a proliferação de epitélio papilar e produção de mucina, isso acarreta a dilatação dos ductos acometidos. As IPMNs são uma das mais importantes lesões precursoras de câncer de pâncreas e tem classificação clínica de acordo com a porção ductal acometida. Apesar de atualmente não haver disponível um follow-up de longo prazo de pacientes com IPMN que seguiram protocolos diversos de tratamento, as evidências sugerem que se não ressecado o IPMN pode progredir para malignidade, invasão e metástase. Com isso em vista a ressecção cirúrgica potencialmente curativa é a forma de melhorar os sintomas e prevenir o curso da doença.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente masculino, 67 anos, obeso. História prévia de hipertensão arterial sistêmica desde 2012 e acidente vascular cerebral em 2012, pancreatite aguda em 2013. Apresentou IPMN, de 4 cm no maior eixo, com vegetação em seu interior e em contato com ducto pancreático principal. Realizada gastroduodenopancreatectomia videolaparoscópica em março de 2018. Tempo total de procedimento foi de 8 horas e 25 minutos, não houve perda sanguínea significativa nem necessidade de transfusão. Pós-operatório evoluiu sem intercorrências, tendo alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. Laudo histopatológico evidenciou IPMN.</p> <p>CONCLUSÃO: No Brasil cerca de 2% dos casos de neoplasias diagnosticadas em um ano são de pâncreas, sendo mais comuns no sexo masculino, segundo dados do INCA. Dois terços dos pacientes que apresentam lesões pancreáticas císticas nunca apresentaram episódio prévio de pancreatite e de 30 a 50% dessas lesões podem evoluir para uma forma invasiva. O paciente do caso seguiu as tendências epidemiológicas de outros trabalhos: sexo masculino, maior de 60 anos, com lesão em topografia de cabeça de pâncreas em contato com o ducto principal. Para diagnóstico e avaliação de malignidade os exames de imagem se fazem essenciais, especialmente para determinar a invasão de ductos principal, tamanho e outras características da lesão. A cirurgia de Whipple é tido como o ideal para a ressecção dessas lesões, com agressividade diminuída por meio da cirurgia videolaparoscópica, menor trauma cirúrgico, melhor resultado estético e com tempo de procedimento em torno de 8,5 horas para via laparoscópica. Desde que realizado por equipe treinada em cirurgia videolaparoscópica avançada e experiente na ressecção de tumores hepatobiliopancreáticos.</p>

VL 060	VL 061
<p>PRIMEIRA GASTRECTOMIA TOTAL ROBOTICA DO PARANA</p> <p>FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH, GIOVANNI ZENEDIN TARGA, FERNANDO HENRIQUE OLIVEIRA MAURO, MURILO LUZ, EWERSON LUIZ CAVALCANTI-SILVA, CARLA SIMONE SILVA, ANDRES ESTREMADOIRO VARGAS, ADRIELLE LIMA MUNHOZ</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de reto realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de gastrectomia total realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, que chegou até nosso serviço com história de perda de 15Kg em 4 meses. À endoscopia, apresentava lesão gástrica extensa, compatível com linite plástica. Foi proposto tratamento neoadjuvante, realizado com quimioterapia e radioterapia. O exame anatomopatológico mostrou um adenocarcinoma com áreas produtoras de mucina, estadiamento ypT3 ypN0. Encontra-se atualmente em seguimento ambulatorial</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de gastrectomia total via robótica é factível e com resultados pós-operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação.</p>	<p>PRIMEIRA GASTRECTOMIA PARCIAL ROBOTICA DO PARANA</p> <p>FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH, MURILO ALMEIDA LUZ, GIOVANNI Z TARGA, RONALD KOOL, EWERSON LUIZ CAVALCANTI-SILVA, ANDRES ESTREMADOIRO VARGAS, ADRIELLE LIMA MUNHOZ, CARLA SIMONE SILVA</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de reto realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de gastrectomia parcial realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de um paciente do sexo masculino, que foi admitido com história de perda de 7Kg em 4 meses, além de epigastralgia. À endoscopia, apresentava lesão em pequena curvatura, vegetante, com 3cm. A biópsia evidenciou adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete. Após a cirurgia, a paciente recebeu alta no 3º dia pós-operatório, sem intercorrências. O resultado da análise anatomo-patológica da peça foi de adenocarcinoma gástrico difuso, com células em anel de sinete e metástases em 2 linfonodos de 27 retirados, estadiamento patológico pT2pN1. Paciente foi encaminhado à adjuvância com quimioterapia, que necessitou ser suspensa por toxicidade – paciente apresentou vários ataques isquêmicos transitórios. No momento, encontra-se em seguimento ambulatorial, sem sinais de recidiva.</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de gastrectomia parcial via robótica é factível e com resultados pós-operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação.</p>
<p>VL 062</p> <p>GASTRECTOMIA SUBTOTAL COM LINFADENECTOMIA D2 LAPAROSCOPICA PARA ADENOCARCINOMA GASTRICO</p> <p>DANIEL CESAR</p> <p><i>INTERCLINIC - CLÍNICAS CIRÚRGICAS INTEGRADAS - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ao diagnóstico, aproximadamente 50% dos pacientes com adenocarcinoma gástrico apresentam-se em estágio avançado. A gastrectomia com margem macroscópica adequada e acompanhada de linfadenectomia D2 é o tratamento padrão com intenção curativa, mas em apenas 30% dos casos avançados se obtém uma ressecção R0. Neste cenário, a quimioterapia peri-operatória assume especial importância. Hoje, ela está bem indicada nas lesões $\geq T3$ e/ou $\geq N1$. A gastrectomia laparoscópica no cenário oncológico está bem estabelecida e tem como vantagem: menor trauma cirúrgico com rápido retorno do paciente ao tratamento, associada a linfadenectomia regada e possibilidade margens cirúrgicas adequadas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente masculino, hígido, 38 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico intestinal de Lauren em antro gástrico pela endoscopia digestiva. Após estadiamento por tomografia foi classificado como T3N1M0. Proposta quimioterapia peri-operatória. Após 3 ciclos de epirubicina, cisplatina, e 5-fluorouracil o paciente foi submetido a gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 laparoscópica. A cirurgia teve início com pneumoperitônio e posicionamento dos trocateres, isto feito seguiu-se com omentectomia e acesso a retrocavidade dos epilons com exposição do pâncreas e dos vasos gastro-epilíóicos que foram dissecados e ligados. Após dissecação do pedículo hepático e identificação de origem anômala da artéria hepática esquerda originando-se da artéria gástrica esquerda, o duodeno foi grameado e seccionado. O tronco celíaco foi dissecado e a artéria hepática esquerda foi preservada e a artéria gástrica esquerda foi ligada. A linfadenectomia dos níveis VIII, XI e XII foram completadas. O estômago foi seccionado com grameador laparoscópico. O espécimen cirúrgico (estômago e linfonodos) foram removidos com protetor descartável de ferida operatória. A alça intestinal da reconstrução em Y-Roux foi preparada por exposição através do retrator de ferida, bem como a confecção de entero-entero anastomose ocorreu extra-corpórea. As alças intestinais foram então inseridas na cavidade abdominal. O protetor de ferida foi fechado. Gastro-entero anastomose retro-cólica foi feita com grameador laparoscópico. Dreno de cavidade foi utilizado e não foi posicionada sonda naso-entérica. O paciente recebeu dieta líquida no primeiro pós-operatório e teve alta hospitalar no quinto dia sem nenhuma intercorrência. Foram removidos 28 linfonodos. O paciente pôde retornar ao tratamento dentro do prazo esperado e hoje encontra-se sem evidência de doença.</p> <p>CONCLUSÃO: A gastrectomia laparoscópica com linfadenectomia D2 para o câncer gástrico em tratamento quimioterápico peri-operatório tem aplicabilidade aceitável e reprodutível. Possibilita rápido retorno do paciente ao tratamento por possibilitar recuperação e cicatrização mais rápida que a cirurgia aberta. A linfadenectomia por técnica laparoscópica pode ser desempenhada por cirurgião com experiência em oncologia e em técnicas cirúrgicas minimamente invasivas.</p>	<p>VL 063</p> <p>GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA A D2 VIA ROBOTICA COM VERDE INDOCIANINA</p> <p>Gil Abdallah Tosta, Ana Carolina Andrade Canut, Willy Petrini Souza, Ana Laura Souza Leão Rodrigues</p> <p><i>Gastromed - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: MVMC, 54 anos, sexo feminino, nascida prematura, apresenta déficit cognitivo. Começou a reclamar para a família de dor abdominal, recusando alimentos e apresentando perda de peso. Realizou-se uma investigação com endoscopia digestiva alta, evidenciando lesão plana com áreas de erosões e bordas irregulares, medindo 20mm, na pequena curvatura gástrica. As biópsias revelaram adenocarcinoma pouco diferenciado com células do anel de sinete. A ecoendoscopia revelou uma invasão massiva submucosa, com a lesão como $uT1sm3$, sem linfonodomegalias regionais (N0). O paciente foi submetido à gastrectomia robótica total e, durante o procedimento, o corante indocianina verde foi utilizado para marcar a lesão e delimitar o acometimento linfonodal regional, garantindo maior segurança para a linfadenectomia. A cirurgia foi realizada no dia 26/11/2018, sem intercorrências.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Discussão A erradicação cirúrgica completa de um tumor gástrico com ressecção de linfonodos adjacentes representa a melhor chance de sobrevida a longo prazo. A gastrectomia é a abordagem mais utilizada para o tratamento do câncer gástrico invasivo. A gastrectomia total, que remove todo o estômago, é geralmente realizada para lesões no terço proximal. As diretrizes de tratamento recomendam que a ressecção do câncer gástrico inclua o sistema linfático regional, incluindo os linfonodos perigástricos (D1), bem como aqueles ao longo da artéria gástrica esquerda, artéria hepática comum, artéria celíaca, hilo esplênico e artéria esplênica (linfonodos D2), com objetivo de examinar 15 ou mais linfonodos. Quando realizada em um centro especializado, a linfadenectomia D2, que preserva o pâncreas e o baço, fornece informações de estagio superior e pode proporcionar um benefício de sobrevida, ao mesmo tempo em que evita o excesso de morbidade. Em nosso procedimento pretendíamos mostrar os benefícios da cirurgia gástrica robótica. Entendemos que o robô apresenta muitas vantagens, como a visualização tridimensional de alta definição, movimentos articulados e ergonomia melhorada, com o cirurgião apto a sentar-se durante a operação. Ao usar o corante, conseguimos determinar com mais precisão e segurança a extensão do envolvimento dos linfonodos e, portanto, realizar uma linfadenectomia abrangente com a confiança da ressecção total.</p> <p>CONCLUSÃO: A cirurgia robótica é o futuro para o tratamento do câncer gástrico ressecável, oferecendo ressecções mais completas e contribuindo para uma maior sobrevida.</p>

VL 064	VL 065
<p>ESOFAGECTOMIA DE RESGATE EM PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR: ASPECTOS TECNICOS DA CIRURGIA</p> <p>Flavio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - SP - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O conceito de esofagectomia de resgate após quimioterapia definitiva tem sido tradicionalmente considerado uma opção terapêutica factível, embora associada a taxas de morbimortalidade desfavoráveis. Dessa forma, a indicação da esofagectomia de resgate ainda é infrequente. Uma conduta individualizada, com equipe multidisciplinar parece ser a melhor alternativa nesses casos</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Caso clínico: O presente vídeo demonstra os cuidados técnicos para uma dissecação esofágica e linfadenectomia segura. O paciente em questão, sexo masculino, 65 anos, etilista e tabagista, teve o diagnóstico de carcinoma epidermóide de base de língua concomitante a o de carcinoma espinocelular de esôfago médio. Realizou quimiorradioterapia definitiva com Cisplatina e Paclitaxel para ambas lesões, com ótima resposta. O reestadiamento revelou resposta completa do tumor de base de língua e lesão residual esofágica em contato íntimo com brônquio fonte direito e aorta. O paciente então foi submetido a uma esofagectomia subtotal com reconstrução em tubo gástrico. A toracoscopia foi realizada em posição prona. O tempo abdominal realizado por meio de laparoscopia</p> <p>CONCLUSÃO: A esofagectomia de resgate é factível. Cuidados durante o ato cirúrgico deve ser tomada para evitar lesões iatrogênicas durante dissecação esofágica e linfadenectomia nesta cirurgia de alto risco</p>	<p>ESOFAGECTOMIA ROBOTICO-ASSISTIDA EM TEMPOS TORACICO E ABDOMINAL PARA ADENOCARCINOMA DA TRANSIÇÃO ESOFAGOGASTRICA</p> <p>Rubens Antonio Aissar Sallum, Flávio Roberto Takeda, Yasmin Navarro, Gustavo Yogolare, Francisco Tustumi, Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello</p> <p><i>USP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O conceito de esofagectomia e linfadenectomia extensa com baixa morbidade, impulsionada pela esofagectomia videotoroscópica tradicional, está atualmente focada nas novas abordagens robóticas. Com essa tecnologia, o cirurgião ganha em ergonomia, precisão, segurança e qualidade da visão tridimensional para realização de uma cirurgias complexas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente com adenocarcinoma da transição esofagogástrica Siewert I foi submetido a terapia neoadjuvante com quimiorradioterapia. Após neoadjuvância, paciente foi submetido a esofagectomia subtotal com reconstrução com tubo gástrico, com cirurgia robótica assistida, tanto no tempo abdominal quanto torácico. O tempo torácico foi realizado com paciente em posição prona, com três braços do robô.</p> <p>CONCLUSÃO: A esofagectomia assistida por cirurgia robótica é uma opção de abordagem do adenocarcinoma de transição esofagogástrica. Com essa nova tecnologia, o cirurgião ganha a qualidade técnica inerente aos atributos da cirurgia robótica.</p>
<p>VL 066</p> <p>HIATOPLASTIA E FUNDOPLICATURA A NISSEN COM TELA</p> <p>Luiz Roberto Lopes, João Souza Coelho Neto, Nelson Adami Andreollo</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Campinas - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ainda hoje persistem as dúvidas quanto à indicação do uso de telas para o tratamento dos grandes defeitos do hiato esofágico. Nossa orientação é que se deve usar de maneira seletiva em situações de grande dificuldade no fechamento do hiato ou nas condições teciduais inadequadas para a contenção da vísceras abdominais.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra o uso da tela de dupla face e proteção da mesma com a utilização do próprio epiplon, que foi interposto entre a tela e o esôfago/estômago. Como medida de evitar uma coleção no mediastino em grandes hérnias hiatais, drenamos o mesmo com um dreno Portovac transhiatal.</p> <p>CONCLUSÃO: Trata-se de uma experiência técnica de uso de telas e de manipulação do hiato esofágico nos grandes defeitos com cirurgia adequada, possibilitando boa resposta terapêutica aos pacientes com problemas graves hiatais.</p>	<p>VL 067</p> <p>LEIOMIOMA ESOFAGICO EM FERRADURA</p> <p>PAULA DUTRA BERNHARDT, THÁIS DUTRA BERNHARDT, JOEL ANTONIO BERNHARDT, CARLOS COUTO, FELLIPE GUILHERME MANN, ÉDEN SARTOR CAMARGO, MURILO DALLA COSTA</p> <p><i>UNIVALI - Balneário Camboriú - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os leiomiomas de esôfago são tumores benignos não-epiteliais, originam-se da muscular própria e muscular da mucosa. Mesmo raros, representam entre 60 a 70% de todas as neoplasias benignas do esôfago. Encontram-se mais comumente na forma ovalada, mas podem ser arredondados, semicirculares ou "em ferradura" e causam abaulamento regular do esôfago sem alteração da mucosa. Ocorrem mais frequentemente nos dois terços inferiores do órgão, têm relação homem-mulher de 2:1, e é mais comum em indivíduos com idade entre 20 e 59 anos. Até 50% dos pacientes são assintomáticos e os tumores constituem, nestes casos, achados incidentais durante um exame radiológico ou endoscópico por outros motivos. Sintomas são mais comuns em pacientes com tumores que ultrapassam 4 cm, sendo disfagia insidiosa o sintoma predominante. Outros sintomas são dor retroesternal, regurgitação, azia, tosse e perda ponderal. A endoscopia digestiva alta pode levantar uma suspeita, mas não fecha diagnóstico, sendo o ultrassom endoscópico o método de escolha, que associado a histologia e imunohistoquímica definem o diagnóstico de leiomioma.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente masculino, 30 anos, com história compatível com doença do refluxo, sem resposta ao tratamento clínico, cuja endoscopia revelou apenas uma esofagite de refluxo e uma pequena hérnia de hiato, foi encaminhado videolaparoscopia para funduplicatura Nissen. No transoperatório, durante a dissecação da parede anterior do esôfago distal foi encontrado um abaulamento fixo a parede do esôfago. A medida que iniciou-se o processo de dissecação de liberação da massa, percebeu-se que ela estava em correspondência a camada muscular. Foi utilizado dissecação roma e com uso de energia mono e bipolar. Ao final da dissecação percebeu-se que era uma lesão esbranquiçada, endurecida, com formato correspondente a uma ferradura, de aproximadamente 2,5cm. Não houve abertura da mucosa e após a ressecção da lesão a cirurgia inicialmente programada teve continuidade, realizando uma funduplicatura Nissen. O paciente evoluiu bem, a peça foi enviada para anatomopatológico e imunohistoquímica com a seguinte conclusão: O conjunto dos achados é consistente com o diagnóstico de Leiomioma.</p> <p>CONCLUSÃO: Diante do exposto, pode-se perceber que esta cirurgia se difere das demais, pois além do leiomioma esofágico já ser pouco comum, a forma apresentada era uma das mais raras. Esperava-se também que a endoscopia evidenciasse algum abaulamento ou o paciente apresentasse disfagia.</p>

VL 068	VL 069
<p>DIVERTICULO DE MECKEL DIAGNOSTICADO POR ENTEROSCOPIA DE DUPLO-BALAO</p> <p>Anna Carolina Brehm, Anna Carolina Mendes Zanetti, Cassia Hideko Nakaya, Flávio Heuta Ivano</p> <p><i>Hospital Sugisawa - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O diagnóstico do divertículo de Meckel (DM) em adultos é difícil, necessitando de exames complementares direcionados. A enteroscopia de duplo-balão tem se mostrado um excelente exame diagnóstico quando corretamente indicado.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Feminino 32 anos com episódios esporádicos de melena desde infância sem alterações em endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia e ressonância magnética de abdome. Sugerido avaliação por enteroscopia. Na enteroscopia de duplo-balão, pela via retrógrada, a aproximadamente 100 cm da válvula ileocecal, presença de óstio diverticular largo (aproximadamente 20mm de diâmetro) e com profundidade significativa, com lesão ulcerada e fibrina adjacentes, sem sinais de sangramento ativo ou recente (Forrest III), sugestivo de divertículo de Meckel. A luz do óstio diverticular era maior do que a luz colônica adjacente o que impediu a progressão do aparelho. Foi então realizado injeção da submucosa com tinta da Índia com cateter injetor para tatuagem do divertículo e posterior programação cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÃO: O DM está presente em 2 a 3% da população. É definido como um divertículo verdadeiro de colo largo e fundo raso e em aproximadamente 50% dos casos possui tecidos ectópicos, sendo mais comuns os de origem gástrica e pancreática. É assintomático na maioria dos casos e sabe-se que 4 a 6% irão apresentar complicações, sendo as principais: melena/hematoquezia, intussuscepção, vôlvo, perfuração. Exames complementares incluem: ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada de abdome, cintilografia e angiografia. A cintilografia com tecnécio 99 (T99) é o método mais utilizado para diagnóstico de DM, no entanto, em adultos têm se mostrado pouco útil devido à reduzida frequência de mucosa gástrica diverticular heterotópica nesse grupo. Sua sensibilidade e acuidade são de apenas 63% e 43% respectivamente. A enteroscopia de duplo-balão (EDB) para diagnóstico de DM foi citada pela primeira vez por Yamamoto em 2001 e tem-se mostrado útil tanto no diagnóstico quanto tratamento da patologia, podendo ser realizado eletrocoagulação com plasma de argônio, dilatação com balão e biópsias, no mesmo exame, evitando assim a realização de múltiplos métodos complementares e/ou procedimentos invasivos. Há diversos relatos de casos de DM que só foram diagnosticados com EDB. A diverticulectomia ou ressecção segmentar do íleo são os principais tratamentos cirúrgicos, sendo a primeira a mais comum. A principal complicação pós-operatória é a estenose secundária do íleo.</p>	<p>NECROSE ENTERICA POR ASCARIS LUMBRICOIDES EM CRIANÇAS e Ccedil;A</p> <p>José Guilherme Belchior Costa, Manoel Lages Castello Branco Neto, Ana Marisa Pires Castello Branco, José Antônio Ferreira Bezerra, Carlos Brandão Feitosa Nina, João Marcelo Garcez Alves</p> <p><i>UNIceuma - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ascariíase é uma das parasitoses mais prevalentes no Brasil, predominantemente em regiões subtropicais, geralmente relacionada a países em desenvolvimento, onde existem áreas endêmicas, com relação direta ao perfil socioeconômico da localidade, sendo o público pediátrico o mais acometido pela doença. O quadro clínico varia da forma assintomática podendo chegar até ao quadro de abdômen agudo com complicações de obstrução intestinal e invasão de vias biliares. O diagnóstico é clínico, complementado com exames laboratoriais (parasitológico de fezes; hemograma-eosinofilia), e de imagem (USG e TC) quando necessário. O tratamento na grande maioria dos casos é medicamentoso, associado a orientações sanitárias; e excepcionalmente requer condutas cirúrgicas.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Este estudo visa relatar episódio de abdômen agudo obstrutivo determinado por ascariíase, em criança, em localidade remota no interior do Maranhão, que requereu tratamento cirúrgico de urgência após dar entrada com quadro súbito grave com história de dor, distensão abdominal, edema em MMII e taquidispneia sem melhora clínica. Foi feita anestesia geral e o paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora com incisão transversal extensa e posterior acesso a cavidade abdominal. Após a exteriorização das alças, observa-se que se encontram hiperemiadas, edemaciadas, friáveis e distendidas com curiosa observação de alça necrosada por torção de mesentério. Realizou-se, então, enterectomia ileal, entero-anastomose primária, enterotomia jejunal e exérese da expressiva quantidade de Ascaris Lumbricoide, tendo grande volume desde duodeno até o cólon, através das ostomias. Após isso, fez-se a lavagem e revisão de cavidade abdominal, fechamento de parede em plano único com pontos em chuleio e sutura de pele. O paciente apresentou evolução favorável, com alta hospitalar duas semanas após o procedimento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÃO: Constata-se a presença de um quadro incomum de abdome agudo ocasionado por um helminto altamente prevalente em algumas regiões do país, que poderia ser evitado com tratamento precoce e orientações básicas de higiene pessoal e sanitárias. Assim, o caso trouxe como fato curioso e atípico a presença de uma torção no mesentério e consequente necrose tecidual das alças ocasionado pelo quadro obstrutivo, levando em consideração que mesmo um simples caso pode levar a grandes repercussões sistêmicas exigindo da equipe médica uma maior atenção e cuidado do diagnóstico ao procedimento cirúrgico.</p>
<p>VL 070</p> <p>HIPERTERMOQUIMIOTERAPIA ASSOCIADA A CITORREDUÇÃO CIRURGICA EM PACIENTES COM CANCER GASTROINTESTINAL</p> <p>MICHAELA SCHREINER GAUER, ELISABETH AMANDA GOMES SOARES, Daniel Hideo Murai, Cesar Amado, FLAVIO ANTONIO SÁ RIBEIRO</p> <p><i>HOSPITAL CASA DE PORTUGAL - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: JBMM, masculino, 66 anos, portador de DM, HAS e hipotireoidismo já submetido a retossigmoidectomia e anastomose primária perineal devido tumor de reto. Em 2018, diagnosticado tumor de reto recidivado, fez neoadjuvância com radioterapia associada a Capecitabina. No pré-operatório, por 6 semanas, iniciou programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) objetivando melhorar performance status. Na admissão hospitalar, com suboclusão intestinal, RNM demonstrou trajeto de paredes espessadas e margens fibrosadas, difícil diferenciação de alças intestinais hipogástricas e extensão em fossa ilíaca direita, reto com paredes espessas, solução de continuidade em parede posterior e trajeto fistuloso complexo. A classificação dos sítios anatômicos e tamanho das lesões, pontuou 16 no Peritoneal Cancer Index antes e após a neoadjuvância.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O procedimento cirúrgico de 6 horas, iniciou com posicionamento do paciente em decúbito dorsal, colocação de cateter vesical e sonda nasogástrica. Incisão mediana xifo pubiana e ressecção de cicatriz prévia, colocação de afastadores em margens cutâneas, peritonectomia parietal bilateral com limite inferior nas goteiras parietocólicas, peritonectomia bilateral da cúpula diafragmática, omentectomia maior, peritonectomia pélvica, ressecção tumoral e invasões de parede. Além de colectomia bilateral, ressecção do reto, canal anal, musculatura perineal adjacente e colectectomia. Introduziu-se em cavidade abdominal quimioterapia com Malfelano à 40 c por 60 minutos. Após, lavou-se cavidade com cristalóide, realizando íleo-colo-anastomose e colostomia terminal à esquerda.</p> <p>CONCLUSÃO: Em pós-operatório, recebeu hidratação vigorosa com colóides e cuidados com hidrocortisona mantendo-se vigil, sem disfunção orgânica grave ou alterações em exame abdominal. Em 3 dias iniciou progressão de dieta. Permaneceu em uso de baixa dose de noradrenalina por 6 dias, contudo, função renal preservada e sem queixas gastrointestinais. Já em enfermaria, iniciou quadro de melena, sendo diagnosticado úlcera duodenal com tratamento endoscópico. Em 20 dias, recebeu alta hospitalar em franca melhora clínica. Em TC de controle demonstrou espessamento e distensão de alças intestinais, anastomose parcialmente repleta, linfonodomegalias retroperitoneais, coleção pélvica em remanescente retal em contato com bexiga. Em anatomopatológico, adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, comprometendo parede retal, canal anal e mesoreto.</p>	<p>VL 071</p> <p>PRIMEIRO ABAIXAMENTO DE RETO ROBOTICO DO PARANA</p> <p>Ewerson Luiz Cavalcanti-Silva, Flávio Daniel Saavedra Tomasich, MURILO ALMEIDA LUZ, Fernando Henrique Oliveira Mauro, Carla Simone Silva, Andrés Estremadoiro Vargas, Adrielle Lima Munhóz, Giovanni Zenedin Targa</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de reto realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de abaixamento de reto realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de um paciente do sexo masculino, que chegou até nosso serviço com história de diarreia e enterorragia eventual. À colonoscopia, apresentou pólipos na transição de reto médio para distal, iniciando a 5 cm da margem anal em parede anterior. O resultado do exame anatomo-patológico indicou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi realizado neoadjuvância com 5-fluoracil e leucovorin associado à radioterapia. Após a neoadjuvância, os exames não demonstraram lesões à distância. Após a cirurgia, o exame anatomo-patológico da peça demonstrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, residual, ypT1ypN0. O paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-operatório, realizou o fechamento da ileostomia após 3 meses e, no momento, encontra-se em seguimento ambulatorial, sem evidências de doença em atividade.</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de abaixamento de reto via robótica é factível e com resultados pós-operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação.</p>

VL 072	VL 073
<p>PRIMEIRA AMPUTAÇÃO DE RETO ROBOTICA DO PARANA</p> <p>EWERSON LUIZ CAVALCANTI-SILVA, Flávio Daniel Saavedra Tomasich, Murilo Almeida Luz, Adrielle Lima Munhoz, Carla Simone Silva, Andres Estremadoiro Vargas, Ronald Kool, Giovanni Zenedin Targa</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de reto realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VIDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de amputação de reto realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, que deu entrada no hospital com enterorragia associada à tenesmo. No exame físico, apresentava lesão vegetante, a 8cm da borda anal. À colonoscopia, a lesão estendia-se por cerca de 7cm ocupando 50% da luz. O exame anatomo-patológico evidenciou um adenocarcinoma túbulo-viloso bem diferenciado ulcerado. Foi proposta neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia. Após a cirurgia, o exame anatomo-patológico da peça evidenciou um adenocarcinoma bem diferenciado originando-se de um adenoma túbulo-viloso, séssil, com displasia de alto grau, de 4cm, estadiamento pT1pN0. A evolução da paciente foi excelente, recebendo alta hospitalar no 5º dia pós operatório. Encontra-se em seguimento pós-operatório, sem intercorrências</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de amputação de reto via robótica é factível e com resultados pós operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação</p>	<p>HIPERTERMOQUIMIOTERAPIA ASSOCIADA A CITORREDUÇÃO CIRURGICA EM PACIENTES COM CANCER GASTROINTESTINAL</p> <p>MICHAELA SCHREINER GAUER, ELISABETH AMANDA GOMES SOARES, DANIEL HIDEO MURAI, CESAR AMADO, FLAVIO ANTONIO DE SÁ RIBEIRO</p> <p><i>HOSPITAL CASA DE PORTUGAL - rio de janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: JBMM, masculino, 66 anos, portador de DM, HAS e hipotireoidismo já submetido a retossigmoidectomia e anastomose primária perineal devido tumor de reto. Em 2018, diagnosticado tumor de reto recidivado, fez neoadjuvância com radioterapia associada a Capecitabina. No pré-operatório, por 6 semanas, iniciou programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) objetivando melhorar performance status. Na admissão hospitalar, com subocclusão intestinal, RNM demonstrou trajeto de paredes espessadas e margens fibrosadas, difícil diferenciação de alças intestinais hipogástricas e extensão em fossa ilíaca direita, reto com paredes espessas, solução de continuidade em parede posterior e trajeto fistuloso complexo. A classificação dos sítios anatómicos e tamanho das lesões, pontuou 16 no Peritoneal Câncer Index antes e após a neoadjuvância.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VIDEO: O procedimento cirúrgico de 6 horas, iniciou com posicionamento do paciente em decúbito dorsal, colocação de cateter vesical e sonda nasogástrica. Incisão mediana xifo pubiana e ressecção de cicatriz prévia, colocação de afastadores em margens cutâneas, peritonectomia parietal bilateral com limite inferior nas goteiras parietocólicas, peritonectomia bilateral da cúpula diafragmática, omentectomia maior, peritonectomia pélvica, ressecção tumoral e invasões de parede. Além de colectomia bilateral, ressecção do reto, canal anal, musculatura perineal adjacente e colecistectomia. Introduziu-se em cavidade abdominal quimioterapia com Malfelano à 40 c por 60 minutos. Após, lavou-se cavidade com cristalóide, realizando íleo-colo-anastomose e colostomia terminal à esquerda.</p> <p>CONCLUSÃO: Em pós operatório, recebeu hidratação vigorosa com colóides e cuidados com hidrocortisona mantendo-se vigil, sem disfunção orgânica grave ou alterações em exame abdominal. Em 3 dias iniciou progressão de dieta. Permaneceu em uso de baixa dose de noradrenalina por 6 dias, contudo, função renal preservada e sem queixas gastrointestinais. Já em enfermagem, iniciou quadro de melena, sendo diagnosticado úlcera duodenal com tratamento endoscópico. Em 20 dias, recebeu alta hospitalar em franca melhora clínica. Em TC de controle demonstrou espessamento e distensão de alças intestinais, anastomose parcialmente repleta, linfonodomegalias retroperitoneais, coleção pélvica em remanescente retal em contato com bexiga. Em anatomopatológico, adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, comprometendo parede retal, canal anal e mesorreto.</p>
<p>VL 074</p> <p>PRIMEIRA COLECTOMIA DIREITA ROBOTICA DO PARANA</p> <p>FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH, MURILO ALMEIDA LUZ, GIOVANNI ZENEDIN TARGA, JAYME CAON NOBRE, ADRIELLE LIMA MUNHOZ, CARLA SIMONE SILVA, ANDRES ESTREMADOIRO VARGAS, EWERSON LUIZ CAVALCANTI-SILVA</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de cólon direito realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná</p> <p>DESCRIÇÃO DO VIDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de colectomia direita realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, que deu entrada no hospital com colonoscopia evidenciando lesão em colon direito, solicitada para investigação de anemia. No exame físico, não apresentava lesões palpáveis. À colonoscopia, apresentava lesão em colon ascendente, estenosante. O exame anatomo-patológico evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi proposta cirurgia, realizada com anastomose extra-corpórea. Após a cirurgia, o exame anatomo-patológico da peça evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com metástase em 1 linfonodo; estadiamento pT3pN1a. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 3º dia pós operatório. Realizou quimioterapia neoadjuvante com Folfox, bem tolerada. No momento, encontra-se em seguimento ambulatorial, sem sinais de recidiva.</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de colectomia direita via robótica é factível e com resultados pós operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação.</p>	<p>VL 075</p> <p>PRIMEIRA RETOSSIGMOIDECTOMIA ROBOTICA DO PARANA</p> <p>FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH, MURILO ALMEIDA LUZ, GIOVANNI ZENEDIN TARGA, FERNANDO HENRIQUE OLIVEIRA MAURO, CARLA SIMONE SILVA, ANDRES ESTREMADOIRO VARGAS, ADRIELLE LIMA MUNHOZ, EWERSON LUIZ CAVALCANTI-SILVA</p> <p><i>HOSPITAL ERASTO GAERTNER - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os benefícios da cirurgia robótica já estão comprovados em diversos estudos na literatura. Porém, devido ao alto custo, ainda é pouco acessível na maior parte dos hospitais brasileiros. Desde outubro de 2016 o Hospital Erasto (Hospital do Câncer do Estado do Paraná) disponibiliza essa tecnologia aos pacientes do Sistema Único de Saúde. Nessa fase de implantação do projeto, já foram realizados 172 procedimentos, entre cirurgias ginecológicas, urológicas e trato gastrointestinal alto e baixo. O presente trabalho tem por objetivo a apresentação do primeiro caso de tumor de reto realizado na instituição, e por consequência no estado do Paraná</p> <p>DESCRIÇÃO DO VIDEO: O vídeo apresenta o primeiro caso de retossigmoidectomia realizado por via robótica no estado do Paraná. Trata-se de uma paciente do sexo masculino, que deu entrada no hospital com queixa de sangramento retal. Ao toque retal, lesão não era palpada. Restante do exame físico sem alterações. À colonoscopia, apresentava lesão em reto médio, de aproximadamente 5 cm de extensão, ulcerada e vegetante. O exame anatomo-patológico evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizou neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia, sendo operado 8 semanas após o término da neoadjuvância. Após a cirurgia, o exame anatomo-patológico da peça não evidenciou lesões residuais, com resposta patológica completa. O paciente recebeu alta hospitalar no 2º dia pós operatório. No momento, encontra-se em seguimento ambulatorial, sem sinais de recidiva.</p> <p>CONCLUSÃO: À despeito do alto custo e da necessidade de treinamento especializado de toda a equipe, a realização de retossigmoidectomia via robótica é factível e com resultados pós operatórios excelentes. Destacamos que, antes do início dos procedimentos oncológicos de maneira rotineira, cada membro do staff do hospital recebeu treinamento especializado e realizou pelo menos um estágio no exterior. A qualificação prévia em cirurgia minimamente invasiva e o alto grau de exigência no treinamento especializado talvez sejam fatores que justifiquem o baixo índice de complicações no serviço nestes casos da fase de implantação.</p>

VL 076	VL 077
<p>LESAO URETERAL COMPLEXA POR CALCULO: ABORDAGEM ENDOSCOPICA COMBINADA COM LAPAROSCOPICA</p> <p>RAPHAEL FRANCO BEZERRA, OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA, NATHALIA SOUZA SILVA, MOISES FRANCISCO CRUZ NETO, MATTHAUS RABELO COSTA, RODRIGO MARTINS PAIVA SALES, PAULO MARCOS LOPES, ADRIANO VERAS OLIVEIRA</p> <p><i>HOSPITAL E MATERNIDADE JOSE MARTINIANO DE ALENCAR - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença calculosa das vias urinárias pode acometer até 12% população em geral, o cálculo comumente se forma pela precipitação de alguns componentes urinários. No sistema urinário ele pode impactar nos seguimentos como na JUV, JUP e Uretra. O caso é de um paciente que apresentou uma impactione aguda do cálculo na JUP, levando a erosão do ureter pelo cálculo. Foi passado um cateter duplo j para drenagem urinária com lesão ureteral e falso trajeto, decidido manter duplo j para guiar abordagem laparoscópica para realização de ureterolitotomia e correção de lesão com retalho V-Y.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Na cirurgia, o paciente ficou em DLE, pneumoperitônio realizado com agulha de Veress, aposição de 5 trocateres: conforme esquema do vídeo. Iniciado com manobra de Catel, ureterolise com identificação de lesão ureteral puntiforme em JUP facilitada pela manutenção do cateter duplo j, ureterotomia com recolocação do cateter duplo j, pielolitotomia, pieloplastia com retalho V-Y com Caprofil 4-0, sutura contínua e aposição de dreno Portovac 4.8. O paciente evoluiu bem no pós operatório, concluiu o tratamento com antibiótico e recebeu alta no 3º dia de Pós-operatório. Fez acompanhamento ambulatorial e retirado do duplo j com 3 semanas.</p> <p>CONCLUSÃO: O acesso laparoscópico transperitoneal é atualmente "padrão ouro" para realizar a abordagem das lesões ureterais, principalmente na JUP, com resultados equivalentes a técnica aberta. O caso apresenta uma lesão ureteral causada pela erosão de um cálculo impactado em JUP e evidenciado por um procedimento urológico de passagem de cateter duplo J. visto que houve um posicionamento inadequado do cateter duplo J por um falso trajeto, e decidido manter o cateter duplo J para facilitar a identificação da lesão. Ureteroplastia V-Y ou técnica de Foley é usualmente utilizada para estenose de JUP. Neste caso, ela foi usada com técnica alternativa para correção da lesão erosiva do ureter, por consequência do cálculo. A ureterolitotomia videolaparoscópica pode ser uma alternativa para cálculos piélicos grandes e em JUP, sobretudo em serviços que não dispõem de laser e ureteroscópico flexível. A abordagem minimamente invasiva foi a melhor opção para o paciente e qualquer cirurgia convencional iria aumentar a resposta inflamatória sistêmica, podendo levar o paciente a ter um desfecho desfavorável.</p>	<p>GASTROSQUISE A ESQUERDA: UMA RARIDADE</p> <p>Cecília Salazar Ulacia, Adriana Cartafina Perez-Bóscollo</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gastrosquise é uma malformação congênita incomum da parede anterior do abdome devido fechamento incompleto das dobras laterais, com herniação de vísceras. Sua patogênese ainda é pouco clara. Em sua grande maioria, a localização é à direita do cordão umbilical. Todavia, quando se localiza à esquerda, é considerada rara e são descritos cerca de somente 20 casos em literatura (SCHIERS, et al, 2018).</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Observa-se um parto cesáreo empêlico, cujo recém-nascido (RN) de mãe de 16 anos, sexo feminino, apresentava exteriorização do estômago, alças do intestino delgado, grosso, tuba uterina, ovário e bexiga. Recebido pela cirurgia pediátrica, após ligadura do cordão umbilical, envolvido em saco plástico estéril, levado à sala ao lado, com campos estéreis e berço aquecido, realizado venoclise, intubação orotraqueal e anestesia geral. Retirado o saco plástico, verificou-se alteração para umbilical à esquerda, caracterizando uma gastrosquise rara. Aliada à dilatação do orifício umbilical, foram reduzidos o intestino delgado, grosso, bexiga após compressão, tuba e ovário. O fechamento do orifício foi realizado circunferencial em torno do cordão com Vycril 4-0. RN foi considerado a termo (37-38 semanas), 2.670 kg, 44 cm, Apgar 9/9.</p> <p>CONCLUSÃO: Para Ortega Garcia (2013), o principal fator de risco para gastrosquise é a idade materna jovem, com a maioria dos bebês nascidos com gastrosquise de mães adolescentes até vinte anos e em sua primeira gravidez, como no caso em questão. A gastrosquise à esquerda é mais comum em mulheres e está associada a uma alta incidência de anomalias extra intestinais (SUVER, 2008). Embora pertencente ao sexo feminino, nenhuma anomalia extraintestinal foi detectada no RN. As complicações das reintervenções realizadas tanto para o fechamento secundário como após o fechamento primário (aumento da pressão abdominal) e a sepse estão associadas com altas taxas de mortalidade (CALCAGNOTTO et al., 2013). A conduta pediátrica, no caso em questão, seguiu os protocolos para sepse, utilizando antibioticoterapia recomendada e a correção primária, não havendo nenhuma das complicações comumente registradas (sepse neonatal, aumento da pressão abdominal ou danos intestinais). Destaca-se ainda a importância do uso saco plástico estéril imediatamente após o nascimento, evitando a perda de umidade e reduzindo o risco de infecção e sepse, o que corrobora o excelente prognóstico no pós-operatório, mas ainda é pouco citado na literatura. Chama-se atenção também para a técnica de fechamento do orifício da gastrosquise de forma circunferencial em torno do umbigo, o que conflui em uma única cicatriz umbilical, sem o estigma da sutura transversal ao lado do umbigo comumente empregada.</p>
<p>VL 078</p> <p>A IMPORTANCIA DA VTC NA CORREÇÃO DA AE</p> <p>Barbara Lemes Fernandes, Letícia Braga Tiossi, Olívia Machado Rodrigues, Adriana Cartafina Perez-Bóscollo, Marília Do Valle Ribeiro, Fernanda De Paula Guardieiro, Eduardo Felipe Faria Nunes, Kattielen Sousa Ferreira</p> <p><i>UFTM - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: AE é a interrupção do esôfago torácico por falta do segmento ou formação de fistula para o trato respiratório. O êxito da sua correção é um marco na caracterização da Cirurgia Pediátrica como especialidade. Aquele que se dedica à especialidade só se considera um especialista após conseguir sua primeira sobrevida em AE. Com o diagnóstico precoce, cuidados pré e pós-operatórios em UTI Neonatal, as taxas de sobrevida evoluíram de 70% para 90% em casos de bom prognóstico segundo WATERSON, 1969 (peso >2500g, ausência de pneumonia e de malformações cardíacas). No entanto a cirurgia por vídeo veio demonstrar que mesmo em piores condições de nascimento é possível obter melhores resultados, o que se tornou objetivo desse trabalho.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Recém-nascido pré termo (RNPT), 33 semanas, masculino, nascido em hospital universitário, baixo peso 1755g, Apgar 8/1ª hora com AE e Fistula Tráqueo-Esofágica Distal (FTED), PCA de 2.8mm. No 2º dia de vida foi submetido à VTC com IOT não seletiva, posição de braços com coxim sob tórax e abdome, braço direito estendido ao longo da cabeça. 1º trocar curto 5mm em região infra escapular, 5º EICD, para ótica de 4mm/30º, 2º e 3º trocateres de 3mm a 2cm da linha vertebral em 10º EICD para pinças de trabalho e no 3º EICD, linha axilar para hook, tesoura e porta-agulhas. Ligadura da FTED com Ethibond 4-0, agulha 1,7 e dissecação do coto proximal para esôfago-esôfago anastomose sobre a veia Azigos com Vycril 5-0 (6 pontos) e 6-0 oftálmico (6 pontos), recortados com 5cm de comprimento e agulha "em ski". Deixada sonda nasogástrica e dreno torácico e retorno para a UTI com nutrição parenteral a partir do terceiro dia de vida. Contraste oro-esofágico no 8º dia de cirurgia após retirada da sonda, anastomose em bom estado, liberada dieta oral por mais 8 dias em enfermaria e alta com 1850g. Retorno ambulatorial sem qualquer intercorrência nos últimos 12 meses.</p> <p>CONCLUSÃO: A visão da anatomia no RN em hemitórax com a VTC para AE foi tão melhorada que se tornou procedimento confiável, seguro e tecnicamente desafiador. Necessita expertise da equipe cirúrgica e anestésica, torna imprescindível uma longa curva de aprendizado e material de 3mm que, mesmo sendo compatível com RNPT e muito delicado, ainda parece material desproporcional ao RNPT de peso menor que 1800g quando se vê o filme. No entanto, nos permite uma boa identificação dos órgãos, inclusive dos nervos vagos dificilmente vistos com a toracotomia convencional.</p>	<p>VL 079</p> <p>TRATAMENTO DA FISTULA DE URACO POR VIA LAPAROSCOPICA</p> <p>Larissa Gonçalves Moreira, Durval Jose de Santana Neto, Mariana Souza Tavares Santos, Anny Carolyne Oliveira Lima Santos, Renata Lima Batalha de Andrade, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula uracal é uma afecção rara de etiologia incerta decorrente de uma anomalia na formação do úraco, um cordão fibroso espesso que conecta a bexiga ao umbigo. Embrriologicamente a bexiga está ligada ao alantóide, um anexo embrionário, e com o desenvolvimento fetal este sofre constrição e oblitera o seu lúmen tornando-se um cordão fibroso que posteriormente irá dar origem ao ligamento umbilical médio ou úraco. A fistulização uracal, dessa maneira, é consequência direta da não obliteração do cordão fibroso, e possui um quadro clínico caracterizado pela saída de urina, em jato ou gotas, pela cicatriz umbilical, protuberância umbilical muitas vezes associado a hérnia umbilical e dor abdominal quando infeccionado. O diagnóstico é realizado através da clínica associado ao exame físico e principalmente pela uretrocistografia miccional e retrograda que irá mostrar o preenchimento de contraste da fistula uracal e ecografia abdominal associado a fistulografia, se houver orifício umbilical. No presente estudo objetivou-se avaliar o tratamento definitivo da fistula de úraco através da exérese cirúrgica pela via laparoscópica.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Após a colocação do trocater de dez milímetros pela cicatriz umbilical sob visão direta realizou-se pneumoperitônio. Utilizou-se ótica de 30 graus, fez-se o inventário da cavidade abdominal e colocou-se mais dois trocateres para introdução do instrumental cirúrgico. Fez-se a apreensão e abertura do peritônio parietal para ressecção do trajeto fistuloso. A hemostasia foi realizada com a pinça de Hulk até a proximidade da bexiga urinária, onde realizou-se clipagem e secção do trajeto o qual foi retirado pelo trocater da cicatriz umbilical. Revisou-se a hemostasia com posterior retirada dos outros trocateres e sutura por planos.</p> <p>CONCLUSÃO: O úraco é uma estrutura fibrosa que comunica a bexiga a cicatriz umbilical e deve estar totalmente selado ao final da vida fetal. A persistência do lúmen uracal e sua consequente fistula cutânea-vesical, pode apresentar um quadro clínico sintomático específico, mais frequente em crianças, com o gotejamento de urina pela cicatriz umbilical, ou inespecífico com infecções vesicais de repetição e a infecção do úraco podendo este simular um abdômen agudo cirúrgico. A excisão cirúrgica é indicada para o tratamento definitivo da fistula uracal. A via laparoscópica possibilitou a ressecção de todo o trajeto fistuloso do úraco com segurança, boa recuperação, pouca dor pós-operatória e excelente efeito cosmético.</p>

VL 080	VL 081
<p>PADRONIZAÇÃO & Ceedil; AO TÉCNICA DA HERNIOPLASTIA INGUINAL ROBOTICA</p> <p>RODRIGO CAÑADA SURJAN, FABIO FERRARI MAKDISSI, IZABELLA BRAZ MARTINS SILVA, TIAGO BASSERES, SERGIO DO PRADO SILVEIRA, MARCEL AUTRAN MACHADO</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A abordagem minimamente invasiva na realização de hernioplastia inguinal apresenta as vantagens de menor dor pós-operatória e mais rápido retorno às atividades habituais quando comparada à via cirúrgica aberta. Entretanto, as maiores dificuldades técnicas impostas pela laparoscopia levam a uma curva de aprendizado mais prolongada, o que limitou a aplicação mais generalizada da via minimamente invasiva para o tratamento da hérnia inguinal. O sistema de cirurgia robótica, ao reduzir as limitações técnicas da via laparoscópica com visualização tridimensional do campo operatório, significativa melhora da destreza do cirurgião, eliminação de tremores e maiores graus de movimentação (semelhantes à mão humana), acrescenta as potenciais vantagens de menor curva de aprendizado, melhores resultados e maior aplicabilidade da via minimamente invasiva na hernioplastia inguinal. Entretanto, uma das desvantagens do procedimento, em estudos comparativos, é o maior tempo de cirurgia quando comparada à hernioplastia inguinal. O objetivo deste vídeo é demonstrar a padronização técnica adotada por nossa equipe com intuito de facilitar o procedimento, maximizar os resultados e reduzir o tempo operatório.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O vídeo demonstra os passos na realização de técnica padronizada de hernioplastia inguinal com tela por via robótica. O posicionamento do doente é demonstrado, sendo de decúbito dorsal horizontal com 20 graus de Trendelenburg. O posicionamento dos trocarter robóticos é explicado para casos de hérnias direitas, esquerdas e bilaterais. Os materiais utilizados são descritos, bem como a forma de preparo da tela. O acoplamento do sistema de cirurgia robótica da Vinci é feito a partir do lado esquerdo do paciente, em direção à crista ilíaca esquerda. Os passos da cirurgia são demonstrados com ênfase ao reconhecimento da anatomia e das manobras críticas do procedimento.</p> <p>CONCLUSÃO: A hernioplastia inguinal robótica é um procedimento seguro e eficiente. Apresenta as vantagens de melhor visualização do campo operatório pela tridimensionalidade, mais eficiente manipulação dos tecidos e maior facilidade de realização de manobras devido a maior ergonomia e mais graus de movimentação. A potencial menor incidência de recidivas e mais rápido retorno do paciente às suas atividades habituais costuma ser contraposto por tempos cirúrgicos mais prolongados quando comparada à hernioplastia inguinal laparoscópica. Neste contexto, a padronização do procedimento, a padronização dos materiais utilizados e o ganho de experiência propicia redução o tempo cirúrgico da via robótica e aumento da aplicabilidade e vantagens do emprego da plataforma de cirurgia robótica na hernioplastia inguinal minimamente invasiva.</p>	<p>TRATAMENTO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO DA HERNIA DE DE GARENGEOT</p> <p>SERGIO LUIZ MELO ARAUJO, LUCIANO AMBROSINI, DANILO ROBERTO TAVARES CARDOSO, GULHERME COSTA CRISPIM SOUZA</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de De Garengeot é formada pela presença do apêndice insinuando-se pelo orifício femoral, o que acontece em cerca de 0,9% das hérnias femorais. Doença rara, foi descrita pelo francês Jacques Croissant de Garengeot em 1731, e desde então, tem menos de cem casos descritos na literatura médica mundial. O diagnóstico em geral é no intra-operatório e ainda é mais rara a existência de apendicite aguda associada. A maioria dos casos relatados o tratamento é por inguinotomia. O caso apresentado no vídeo, trata de cirurgia realizada em paciente de 54 anos, com queixa de dor em região inguinal direita iniciada há 4 dias, sem outros sintomas associados. Ao exame físico, apresentava apuntamento fixo e doloroso em região inguinal direita, sem outros sinais logísticos. Apresentou achado de apêndice no orifício herniário femoral direito em tomografia de abdome com contraste. A paciente foi levada a procedimento cirúrgico de urgência, por laparoscopia, tendo evoluído com boa recuperação, sem desenvolvimento de complicações pós-operatórias.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: A primeira parte do vídeo mostra a redução do conteúdo herniário por laparoscopia, com a retirada da ponta do apêndice, que se encontrava encarcerada pelo orifício femoral direito. No momento da redução, pode-se observar a saída de secreção citrína. Nota-se, à laparoscopia, que há apendicite aguda pela nítida presença de congestão vascular em todo o órgão e de fibrina na parte herniada, porém, sem sinais de necrose ou perfuração apendicular. Em seguida procede-se a apendicectomia laparoscópica. Na segunda parte do vídeo, é realizada a correção totalmente laparoscópica da hérnia femoral. Havia ainda conteúdo adiposo preperitoneal insinuando-se pelo orifício herniário, reduzido, durante a dissecação da virilha direita. O reforço tecidual se deu com o posicionamento de tela de polipropileno macroporosa no espaço preperitoneal (TAPP). A fixação da tela foi feita com dispositivo de grameamento frontal com grampos absorvíveis e a síntese peritoneal foi realizada com sutura farpada absorvível. O procedimento teve duração total de 110 minutos e não houve complicações transoperatórias.</p> <p>CONCLUSÃO: Além do achado da Hérnia de De Garengeot, houve diagnóstico pré-operatório, havia apendicite aguda associada e o tratamento se deu por via totalmente laparoscópica. A concomitância desses fatores, tornam o caso registrado neste vídeo extremamente raro.</p>
<p>VL 082</p> <p>HERNIA DE GRYNFELT: REPARO LAPAROSCÓPICO EXTRAPERITONEAL</p> <p>Bernardo Silveira Volkweis, Jeferson Krawcyk De Oliveira, Thamyres Zanirati Dos Santos, Guilherme Gonçalves Pretto, Carlos Otavio Corso, Leandro Totti Cavazzola</p> <p><i>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias primárias do triângulo lombar superior (Grynfelt) são raras. O reparo das hérnias da região lombar apresenta características anatômicas peculiares, devido à proximidade dos limites ósseos e à densidade de nervos periféricos. As técnicas minimamente invasivas vêm ocupando maior espaço para sua correção, em relação à abordagem aberta tradicional. Apresentamos o vídeo de uma correção laparoscópica extraperitoneal de hérnia de Grynfelt, salientando aspectos técnicos pertinentes.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O caso é de uma paciente de 60 anos, ex-tabagista, obesa (IMC 30), com história de dor e abaulamento na região lombar esquerda. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou o diagnóstico de hérnia lombar superior (Grynfelt) esquerda, contendo tecido adiposo de 7 x 8 x 3,2 cm de dimensões. Foi indicado o tratamento cirúrgico por técnica laparoscópica extraperitoneal. Com decúbito lateral direito, sob visão intraperitoneal em acesso pararretal esquerdo, foi colocado um trocar de 10 mm no espaço extraperitoneal no flanco esquerdo, com início da dissecação e da insuflação retroperitoneal. Passando-se a ótica para o trocar extraperitoneal, procedeu-se à dissecação telescópica inicial. Outros dois trocarter de 5 mm foram utilizados, em localização cranial e caudal à posição da ótica, na linha axilar anterior. Foi reduzido o conteúdo adiposo da hérnia e realizada ampla dissecação além do defeito, o qual foi suturado com fio farpado. Utilizou-se uma tela de polipropileno de 18 x 13 cm, fixada com a aplicação de cola de cianoacrilato. A cirurgia teve duração de 1 h e 45 min. A paciente recebeu alta no primeiro dia após a cirurgia e obteve boa evolução em seguimento ambulatorial.</p> <p>CONCLUSÃO: A correção laparoscópica da hérnia lombar respeita o princípio do reparo sem tensão, permitindo a colocação de uma tela com ampla sobreposição além dos limites do defeito herniário e em posição retromuscular, o que favorece a fixação da mesma e reduz a chance de recidiva. A adequada identificação e preservação nos nervos na região também é possibilitada. A abordagem extraperitoneal evita o tempo cirúrgico da abertura e do consequente fechamento necessário do peritônio parietal, sem prejuízo no campo operatório. O uso de cola pode representar menor risco de lesão nervosa associado a outros métodos de fixação da tela. O reparo laparoscópico extraperitoneal é portanto uma técnica factível, efetiva e segura na correção da hérnia de Grynfelt.</p>	<p>VL 083</p> <p>RELATO DE CASO - CORREÇÃO DE HERNIA RECIDIVADA EM PACIENTE COM MULTIPLAS ABORDAGENS, UTILIZANDO A TÉCNICA LAPAROSCÓPICA DE IPOM</p> <p>JOAO AUGUSTO DOS REIS GUERRA, Leonardo Getulio Piovesan, Raquel Bittencourt Catto, Joao Victor Mendes, Ana Carolina Fleig, Thayla Bicheri, Pedro de Abreu Trauczynski, João Francisco Petry</p> <p><i>Hospital Santa Isabel - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Este vídeo tem por objetivo ilustrar a correção de uma hérnia em fossa ilíaca direita, cujo procedimento original foi uma apendicectomia aberta, que evoluiu com abscesso abdominal, hérnia incisional e duas recidivas dessa hérnia. MRW, masculino, 60 anos, natural e procedente de Blumenau/SC. Ex-tabagista; Etilista social; diabetes mellitus II. Realizada apendicectomia aberta no dia 15/09/2012, apêndice com áreas de necrose e grande quantidade de pus na cavidade. Apresenta boa evolução pós-operatória. Retorna no 14º PO com dor abdominal, vômitos, leucograma 17 000 com desvio. Realizada drenagem de coleção (visualizada em USG). No 5º PO, desta abordagem, paciente evolui com fistula entérica evidenciada pela saída de fezes pelos drenos, optado por tratamento conservador, com fechamento, alta no 16º PO. Três meses após a primeira abordagem, paciente volta ao PS com distensão abdominal associada a coleção intraabdominal evidenciada em USG, realizada drenagem cirúrgica. Em março de 2013 paciente apresenta hérnia incisional, corrigida pela técnica aberta com tela de polipropileno. Em janeiro de 2014 paciente evolui com recidiva da hérnia incisional, sendo realizada rafia e plicatura da aponeurose, optada pela troca da tela de polipropileno. Em novembro de 2018, paciente apresenta nova recidiva da hérnia incisional, optada desta vez pela abordagem videolaparoscópica intraabdominal. Identificado 4 anéis herniários em parede abdominal, realizado lise de aderências e reduzido conteúdo herniário para cavidade, sem sinais de sofrimento de alça. Identificado loja de abscesso, o qual drenou para cavidade abdominal. Após redução de conteúdo herniário, realizada incisão sob cicatriz e fechamento de anéis herniários com prolene 2-0. Optado por laparoscopia em 2º tempo. Em janeiro de 2019 realizado fechamento do defeito herniário em definitivo pela técnica de IPOM (Intraperitoneal Onlay Mesh), com tela Sepramesh e fixação da tela com grameador CapSure.</p> <p>DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Cirurgia de correção de hérnia incisional em fossa ilíaca direita, com várias aderências devido aos procedimentos prévios, optado por utilizar tela Sepramesh, posicionada e fixada com grameador CapSure.</p> <p>CONCLUSÃO: Este trabalho tem o objetivo de mostrar o reparo de uma hérnia recidivada três vezes em um paciente pós operatório tardio de apendicectomia (complicada com grande quantidade de pus). Utilizado tela Sepramesh e fixação da tela com grameador CapSure.</p>

VL 084

CIRURGIA VIDEOENDOSCÓPICA DE PLICATURA DOS RETOS-ABDOMINAIS PELA TÉCNICA PRE-FACIAL

Gustavo Munayer Abras, Geraldo Jose de Souza Lima, Lucas Alceu Ribeiro Lopes, Guilherme Stival Candido, Luiz Felipe Pimenta Nogueira de Souza Lima, Tassiana Jeaninne Malagoli de Resende, Luciano Ornelas Chaves Filho, Leonardo Moreira de Carvalho

Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

INTRODUÇÃO: O objetivo do presente vídeo é demonstrar uma técnica minimamente invasiva, alternativa à técnica convencional, para correção de diástase dos retos-abdominais (RA). Foi selecionado uma paciente com indicação de mini-abdominoplastia (MA), associado a tratamento de hérnia umbilical e diástase dos retos-abdominais.

DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Foram realizadas marcações com caneta dermatográfica na área diástase e em local de incisão da MA. Dissecado espaço pré-aponeurótico Posteriormente foram inseridos três trocarter. O primeiro em região supra-púbica de 10mm para introdução da ótica, o segundo de 10mm em fossa ilíaca esquerda e o último, de 5 mm, em fossa ilíaca direita. Após a introdução do primeiro trocarte, procedemos a insuflação com gás CO2 que auxilia no início da dissecação do subcutâneo da área pré-fascial. Introdução de tesoura laparoscópica acoplada a eletrocautério monopolar em mão direita e pinça auxiliar atraumática em mão esquerda. Procedemos a dissecação em tunelização em região de linha média posteriormente se estendendo a linha semilunar. Lembrando do cuidado de não estender a dissecação para as regiões laterais para não acometer as artérias perforantes. Durante a dissecação foi encontrada a hérnia umbilical pequena, <3cm, e realizado a redução de seu conteúdo. Realizada a plicatura por pontos separados em X verdadeiros, com fio Prolene 0 com agulha 2,5 de progressão crânio-caudal. A herniorrafia umbilical se deu junto a plicatura dos RA. Fixação do umbigo realizada também com Prolene 0, com finalização da plicatura dos RA. Feita revisão da hemostasia, retirada dos trocateres, desinsuflação do gás e continuação do procedimento de MA pela equipe de cirurgia plástica.

CONCLUSÃO: A técnica apresentada visa trazer como alternativa ao procedimento convencional de tratamento da diástase de RA, uma técnica capaz de associar as vantagens de um procedimento minimamente invasivo com os benefícios estéticos de uma cirurgia endoscópica. Atualmente, sabemos da grande importância do fator estético, e esse procedimento viabiliza um resultado favorável quando comparado com uma abordagem convencional no que se refere ao comprimento da incisão. Além disso, essa abordagem minimamente invasiva torna-se vantajosa no que se refere às complicações pós-operatórias do sítio cirúrgico. Em última análise, estamos trazendo uma técnica endoscópica que traz consigo seus benefícios de menor dor pós-operatório, menor tempo de internação e retorno mais precoce às atividades habituais.

TEMAS LIVRES POSTERS (RELATO DE CASO)

PO 001-3	PO 002-2
<p>PILOMATRICOMA GIGANTE: RELATO DE TRATAMENTO CIRURGICO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Jaques Waisberg, Fernanda Schueler Millon, Matheus Amparado Miziara, Rebecca Santa Barbara Costa, Erica Rossi Mocchetti, Renata Salvino Zanon, Mariana Pinto Ribeiro</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pilomatricoma é um tumor benigno da pele derivado da matrix do folículo piloso. As lesões geralmente são pequenas e os tumores maiores que 5 cm são considerados pilomatricomas gigantes. Clinicamente são lesões solitárias, assintomáticas, indolores, bem delimitadas e de crescimento lento. Cerca de 50% dos tumores são localizados na face e no pescoço, mas podem surgir em qualquer região do corpo, exceto nas regiões palmo-plantares e genital. Acomete principalmente pacientes jovens. O diagnóstico é geralmente clínico e o tratamento na maioria das vezes é cirúrgico. Relatamos o caso de um pilomatricoma gigante em localização não habitual tratado por ressecção cirúrgica associado a fechamento com retalho de avanço.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 32 anos, previamente hígido veio encaminhado ao ambulatório de cirurgia geral devido tumoração na panturrilha direita. Paciente referia aparecimento de lesão na perna há 3 anos, de crescimento progressivo e com sensação de peso. Negava dor, febre ou outros sintomas. Ao exame físico apresentava lesão pediculada em região posterior da panturrilha direita, de consistência endurecida, indolor e sem sinais flogísticos. Força motora estava preservada no membro acometido pela lesão. Após história clínica e exame físico, foi optado pela realização de uma ultrassonografia de partes moles. Não foi evidenciado características sugestivas de malignidade, sendo então optado pela abordagem cirúrgica. Realizada a ressecção da lesão e optado pelo fechamento com retalho de avanço. O espécime cirúrgico foi encaminhado para análise anatomopatológica. Paciente foi encaminhado para enfermagem após procedimento cirúrgico e evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 2º PO. Retornou ao ambulatório com resultado anatomopatológico que evidenciava neoplasia madura de origem epitelial de aproximadamente 16x14x12cm, com focos de calcificação caracterizada por proliferação de células com citoplasma acidófilo, formando blocos irregulares. As células em geral estão apagadas (células sombra) e os blocos entremeados por faixas de fibrose com células gigantes de corpo estranho, sem indícios de malignidade e com diagnóstico de pilomatricoma. Paciente realizou acompanhamento ambulatorial e não apresentou sintomas ou sinais de recidiva local.</p> <p>DISCUSSÃO: O pilomatricoma é uma neoplasia derivada das células basais primitivas da epiderme que se diferenciam em células da matriz do pelo. Foi descrito pela primeira vez por Malherbe e Chenantais em 1880 e ficou conhecido inicialmente como epitelioma calcificante de Malherbe. A região da cabeça e pescoço responsável por mais de 60% dos casos, enquanto que a extremidade distal pode estar acometida em menos de 5% dos casos. A ressecção completa da lesão com margens livres é o tratamento de eleição. 1,3,5,6 As taxas de recorrência pós tratamento cirúrgico são baixas, variando de 2 a 6% e a utilização de margens de 1 cm são essenciais para reduzir a recorrência local.</p>	<p>APENDICITE AGUDA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER</p> <p>Pedro Nogarotto Cembraneli, Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, Gabriel Ambrogi, Sthefania Mendonça Frizol, Rafael Luis Luporini</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Atualmente, a Dicsinesia ciliar primária (DCP) tem sido descrita amplamente em todo mundo. Sua prevalência é de 1:10.000/30.000, segue um padrão autossômico recessivo e cerca de 50% dos pacientes apresentam situs inversus totalis (SIT) em que os órgãos estão localizados no lado oposto do corpo em suas posições normais. Quando o indivíduo apresenta situs inversus, sinusite crônica e bronquiectasias, é diagnosticado como possuidor da rara síndrome de Kartagener (SK). Essa síndrome representa um tipo de DCP com a prevalência de 1 em 60.000. Fator que pode retardar o diagnóstico em casos de emergências cirúrgicas. A apendicite aguda é uma das principais causas de abdome cirúrgico do mundo, cerca de 95% dos pacientes apresentam a sintomatologia clássica, caso haja dúvidas, o cirurgião pode abrir mão de exames laboratoriais e de imagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 29 anos com queixa de dor abdominal em região epigástrica de início súbito com irradiação para fossa ilíaca/flanco esquerdo associado a náuseas. Possuía antecedentes pessoais de bronquite alérgica desde a infância e sinusite crônica. No exame físico, apresentava unhas em "vidro de relógio", ausculta cardíaca com o ictus cordis e focos clássicos situados em hemotórax direito. Palpação abdominal dolorosa em fossa ilíaca esquerda com descompressão brusca negativa, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais demonstravam leucocitose de 19.000/mm³ com 5% de bastonetes e proteína "C" reativa de 8,90 mg/dL. Já nos exames de imagem evidenciou SIT caracterizado pela transposição dos grandes vasos; sinais de bronquiectasias e bronquioloectasias; com borramento dos planos gordurosos viscerais adjacentes em segmento de alça de cólon descendente, inferindo processo inflamatório local. Devido à somatória dos dados apresentados foi confirmado o diagnóstico de apendicite aguda necessitando de intervenção cirúrgica. Durante o atendimento, foi realizada a incisão oblíqua em fossa ilíaca à esquerda e descoberto uma apendicite grau III sem intercorrências. Com o conjunto de sinais e sintomas apresentados foi feito o diagnóstico de SK.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de sua raridade, a apendicite associada ao situs inversus, característico da SK, deve estar entre os diagnósticos diferenciais de dor em fossa ilíaca esquerda durante o atendimento emergencial, sendo os exames de imagem, particularmente a TC, essenciais para o diagnóstico correto da enfermidade.</p>
<p>PO 003-2</p> <p>RARA CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A FITOBEZOAR</p> <p>Pedro Nogarotto Cembraneli, Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, Francisco Estefani Segato, João Vitor Soares Vicentini, Rafael Luis Luporini</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo é considerado o segundo tipo de abdome agudo mais comum na emergência cirúrgica. O fitobezoar raramente é relatado como fator etiológico. Os pacientes afetados podem permanecer assintomáticos por muitos anos. A maioria dos casos apresenta diagnóstico difícil e, grande parte, não são diagnosticados antes do procedimento cirúrgico devido ausência de sinais e sintomas específicos. A tomográfica computadorizada tem sido o exame de escolha que auxilia no diagnóstico, por confirmar obstrução, localização e eventual identificação da causa. A laparoscopia também pode ser útil no diagnóstico e tratamento. O procedimento cirúrgico geralmente é reservado quando o fitobezoar migra para o intestino ou se origina no mesmo. Pacientes que apresentaram bezoares têm 20% de chance de recorrência, com isso devem ser encorajados a aumentar a ingestão de água, modificar sua dieta evitando alimentos ricos em fibras e mastigas bem os alimentos. Além de avaliar possíveis distúrbios de motilidade subjacente</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 63 anos, com queixa de dor abdominal há 9 meses com piora há 10 dias. Dor difusa, mais intensa em região epigástrica, tipo queimação, associada à dispnéia, náusea e vômito de aspecto alimentar além de constipação há 3 dias. Ao exame físico, encontrava-se com abdome globoso, timpânico, doloroso a palpação de andar superior, sem sinais de peritonite. Nos exames laboratoriais da admissão, o paciente apresentava: PCR 1,90 mg/dL e leucócitos 16.300 mm³ com 4% de bastões. Os exames de imagem evidenciavam grande distensão de delgado sugerindo abdome agudo obstrutivo. Foi submetido a laparotomia exploradora, cujos achados intra-operatório incluíam uma massa dura em íleo terminal, que não podia ser fragmentada, e distensão abdominal a montante. Realizada enterotomia no local, o qual apresentava-se obstruído por fitobezoar (bagaço de laranja).</p> <p>DISCUSSÃO: Embora não haja um exame padrão ouro para realizar o diagnóstico de fitobezoar intestinal, deve-se levar em consideração esta hipótese quando se deparar com um abdome agudo obstrutivo. Por isso, é de grande importância o exame físico do paciente como forma de complementação aos exames de imagem, pois o atraso do diagnóstico aumenta o risco de morbimortalidade. A cirurgia é o tratamento de escolha nessa condição.</p>	<p>PO 004-2</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Nogarotto Cembraneli, Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, João Vitor Soares Vicentini, Francisco Estefani Segato, Rafael Luis Luporini</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é uma anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, atingindo cerca de 2% da população geral na proporção homem/mulher 2:1. A maioria dos pacientes apresenta-se assintomáticos durante toda a vida, porém estima-se que apenas 4 a 6% irão apresentar algum tipo de sintoma. Portanto, quando há início da sintomatologia geralmente é devido a complicações como hemorragia digestiva, mais comum em crianças, além de abdome agudo obstrutivo, inflamatório ou neoplásico, sendo mais encontrado em adultos. Aproximadamente 4 a 14% das complicações do DM podem ser decorrente de intussuscepção. Em adultos, cerca de 90% dos casos de intussuscepção é secundário a pólipos, DM, divertículo colônico, estenose, carcinoma ou neoplasia benigna. Entre essas causas, o DM é considerado raro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 49 anos, sexo masculino com queixa de dor abdominal em região epigástrica do tipo cólica há 3 dias após libação alcoólica. Relata piora progressiva da dor associada a náuseas, vômitos de conteúdo alimentar, astenia e adinamia. Possui hipertensão arterial sistêmica tratada irregularmente, etilista crônico há 30 anos, apresentando hepatopatia alcoólica, e ex-tabagista. Ao exame físico apresentava-se com abdome globoso, doloroso difusamente a palpação superficial, com ruídos hidroaéreos normoativos, ausência de visceromegalias/massas palpáveis, sem sinais de peritonite. Nos exames laboratoriais, estava com um PCR 13,2 e leucócitos de 4.400 sem desvio. Além disso, nos exames de imagem demonstrava presença de nível hidroaéreo difuso com distensão importante de intestino delgado. Paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora em que os achados intra-operatórios foram: grande distensão de alças de intestino delgado e uma intussuscepção a 30 centímetros da válvula ileocecal com divertículo de Meckel. Foi necessário realizar uma enterectomia segmentar de 25 centímetros de alça de intestino delgado a 30 centímetros da válvula ileocecal e uma enteroanastomose látero-lateral com gramepeador linear de 80 milímetros.</p> <p>DISCUSSÃO: Por mais que o DM seja raro nos indivíduos adultos, quando presentes, são assintomáticos. A apresentação clínica geralmente esta relacionada a complicações, e é comumente confundida com outras patologias. Com isso, salientamos a importância da suspeição diagnóstica em indivíduos com dor abdominal vaga. O tratamento deve ser sempre cirúrgico, sobretudo em quadro de oclusão intestinal.</p>

PO 005-1	PO 005-2
<p>TUMOR DE FRANTZ: DUODENOPANCREATECTOMIA COMO TRATAMENTO EM PACIENTE JOVEM</p> <p>Sâmela Comério, Bárbara Donnária da Silva Gonçalves, Rogério Dardengo Glória, Raphael Araujo Costa, Tiago Cypriano Dutra</p> <p><i>hospital evangelico cachoeiro de itapemirim - Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz caracteriza-se por ser um tumor sólido pseudopapilar do pâncreas que ocorre mais frequentemente em mulheres jovens, entre 18 e 35 anos de idade, e apresentar um bom prognóstico. Foi descrito pela primeira vez por Frantz em 1959, apresenta patogênese incerta, o que ainda motiva discussões.</p> <p>RELATO DE CASO: S.L.S.C, 23 anos, atendida no ambulatório de cirurgia oncológica, com queixa de dor epigástrica e massa abdominal palpável, com estado geral preservado, sem icterícia. Ao exame de imagem, evidenciado volumosa massa sólida em cabeça do pâncreas, com áreas císticas de pernio, medindo até 8,5x6,4 cm, com realce heterogêneo após injeção de contraste, sendo levantado a hipótese de tumor de Frantz. Programado e realizado Gastroduodenopancreatocomia, no intraoperatório, visualizada massa tumoral em cabeça do pâncreas em íntimo contato com duodeno até o piloro, sem invasão vascular, retirada da peça em bloco contendo fragmento do antro gástrico, duodeno e primeira alça jejunal, cabeça do pâncreas com volumosa massa tumoral, linfonodos retroperitoneais e a via biliar extra-hepática. Pós-operatório realizado em unidade de terapia intensiva, tendo evoluído com gastroparesia, associada a vômitos importantes e fistula biliar orientada por dreno suctor. Devido a taquicardia, iniciado metronidazol e ceftriaxone e mantido dieta enteral. Paciente recebe alta de UTI no sexto dia de pós-operatório, evoluindo em enfermaria com fechamento de fistula biliar e melhora completa de vômitos e taquicardia, recebe alta em décimo pós-operatório com dieta oral exclusiva e assintomática. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial e até o momento assintomática. Histopatológico confirmando se tratar de uma neoplasia sólida pseudopapilar (NPS) de cabeça de pâncreas - T3n0m0.</p> <p>DISCUSSÃO: a NPS, é mais comum no sexo feminino (10:1), tem como principal sintoma a dor abdominal, apresenta potencial maligno baixo, corresponde a cerca de 0,17 a 3% de todos os cânceres pancreáticos, sendo o local mais acometido o corpo e cauda do pâncreas. Quando tratado cirurgicamente, apresenta bons resultados e prognóstico, com sobrevida em 5 anos em torno de 95%. A recidiva local e metástases a distância podem ocorrer em torno de 10% dos casos, podendo ser manejados com excisão cirúrgica ou quimioterapia com bons resultado, porém devido à baixa incidência dessas apresentações, ainda necessitam de mais estudos para melhores evidências.</p>	<p>A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA HIPERBÁRICA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE FOURNIER.</p> <p>Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, Pedro Nogarotto Cembraneli, Francisco Estefani Segato, João Vitor Soares Vicentini, Rafael Luis Luporini</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada por bactérias aeróbias e anaeróbias, de caráter sinérgico, que acomete principalmente a região perianal, perineal e genital. É uma doença relativamente rara, com alta mortalidade e incidência global estimada de 1,6/100.000 homens. O diagnóstico é clínico e deve ser realizado precocemente. O tratamento é baseado em três pilares: estabilização inicial do paciente, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico extenso de toda área necrótica. Atualmente, a oxigenioterapia hiperbárica tem sido usada como uma medida adjuvante ao tratamento, em que o aumento da pressão de oxigênio sobre os tecidos afetados causam uma espécie de toxicidade sobre as bactérias anaeróbias devido a liberação de radicais de peróxidos e superóxido, levando à diminuição da proliferação microbiana. Além disso, o oxigênio hiperbárico estimula a angiogênese e atividade fibroblástica aumentando assim, a deposição de colágeno resultando em uma melhor cicatrização da ferida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 64 anos de idade, com queixa de lesão com abscesso em região perianal e bolsa escrotal, há quinze dias, com saída de grande quantidade de secreção purulenta, associado à astenia e febre. Na admissão, foi iniciado tratamento com antibiótico terapia: cefepime e clindamicina. No exame físico, a bolsa escrotal apresentava-se edemaciada, com sinais flogísticos, com uma área circular necrótica de aproximadamente 6 cm de diâmetro em hemiescrotó direito. Além de uma região perianal endurecida, edemaciada e hiperemiada, com orifício fistuloso externo em quadrante infero-lateral esquerdo, a cerca de 3 cm da borda anal. Posteriormente, foi realizado desbridamento de fascite necrotizante perineal, sendo necessário a realização de uma transversostomia protetora. No 3º pós-operatório, houve necessidade de uma reabertura cirúrgica devido a presença de tecido desvitalizado. Na evolução, paciente apresentou melhora do quadro após início de oxigenioterapia, em um total de 30 sessões com melhora importante da cicatrização, sendo então programado para reconstrução do tecido lesado.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Fournier é uma emergência cirúrgica a qual necessita de intervenção imediata. Após o tratamento primário, para que haja uma resposta à cicatrização e melhor qualidade de vida ao paciente, é usada como alternativa a oxigenioterapia e a reconstrução tecidual.</p>
<p>PO 005-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO ESCROTAL COM RETALHO FASCIOTÂNICO SUPEROMEDIAL DA COXA PÓS SÍNDROME DE FOURNIER</p> <p>Aliéksei Clairefont de Andrade Mello, Lucas Facco, Yasmin Cristina Oliveira, Celcildo Lira Batista, Thiago Afonso Teixeira</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapa - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Fasciíte necrotizante de períneo ou Gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana com incidência de 1:7500-1:750000 e possui tratamento predominantemente cirúrgico, cujo papel do cirurgião plástico se estabelece na conduta de reconstrução pós-estabilização clínica do paciente, com técnica de escolha dependendo de fatores relacionados ao defeito propriamente dito e às preferências do cirurgião e do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente AMF, sexo masculino, 45 anos, foi internado no Hospital de Emergência-AP uma semana após acidente com animal peçonhento (aranha) em bolsa escrotal. Após cinco dias, evoluiu com o quadro de gangrena de Fournier, acometendo ânus, bolsa escrotal, pênis e períneo, tendo sido submetido a extenso desbridamento e antibioticoterapia de largo espectro. Após vinte dias de internação, foi realizada cirurgia reconstrutora utilizando-se técnica de retalho fasciotânico de região medial bilateral das coxas com rotação para confecção da neobolsa testicular, já que o paciente apresentou perda cutânea maior que 50% com túnica vaginalis apresentando tecido de granulação favorável. Após três meses de pós-operatório, o paciente evoluiu com boa vitalidade dos retalhos de coxa e púbis e do enxerto cutâneo no pênis, com função erétil preservada e sem desconforto testicular.</p> <p>DISCUSSÃO: O retalho fasciotânico da região medial da coxa é uma das técnicas mais adotadas, sendo ideal para perdas teciduais extensas e raramente evoluindo com necroses, já que é bastante vascularizado, indicado para diabéticos e vasculopatas, indivíduos mais susceptíveis a quadros de Síndrome de Fournier. Ademais, este retalho é de fácil rotação e proporciona um bom resultado estético, com aparência natural, boa coloração, semelhante distribuição de pelos, correspondência de textura e volume menor do que os retalhos miofasciotânicos ou livres. Em pacientes obesos, o retalho fasciotânico não é indicado, pois resulta em escroto excessivamente espesso. Na maioria dos casos, a necrose é restrita à bolsa testicular e não atinge o funículo espermático. No entanto, nenhuma técnica permite a retração e relaxamento do escroto, dificultando a manutenção da temperatura dos testículos e, por conseguinte, prejudicando a espermatogênese. Dessa forma, para pacientes com desejo reprodutivo, é recomendado que realizem coleta e congelamento do esperma entre os três primeiros meses de reconstrução escrotal.</p>	<p>PO 006-2</p> <p>DIVERTICULITE POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO</p> <p>Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, Pedro Nogarotto Cembraneli, João Vitor Soares Vicentini, Francisco Estefani Segato, Rafael Luis Luporini</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é uma anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, atingindo cerca de 2% da população geral na proporção homem/mulher 2:1. A maioria dos pacientes apresenta-se assintomáticos durante toda a vida, porém estima-se que apenas 4 a 6% irão apresentar algum tipo de sintoma. A diverticulite aguda é encontrada em 13-31% dos casos, com maior incidência entre a quarta e quinta décadas de vida. Porém, é difícil diagnosticá-la e tem como principal diagnóstico diferencial a apendicite aguda. Deve-se ter em mente DM complicado quando o paciente vem com história típica de apendicite aguda, porém com o apêndice aparentemente normal. A diverticulite do DM pode ser causada por enterólito, corpo estranho ou parasita, que leva a uma obstrução do divertículo e determina inflamação da mucosa ileal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 54 anos com queixa de dor abdominal há 3 dias, localizada em abdome superior, com irradiação difusa, do tipo cólica e queimação, associada a vômitos de conteúdo gástrico. Relata também disúria, diminuição miccional e diarreia com fezes líquidas (3 episódios). Ao exame físico apresentava abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação difusa, sem viceromegalias e sem sinais de peritonite. Aos exames laboratoriais possuía leucócitos de 11.000 sem desvio. A radiografia de abdome evidenciava distensão de alças, nível hidroaéreo com sinal de empilhamento de moeda. A sonda nasogástrica estava com débito de 800 ml de secreção entérica. Paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, cujo evidenciou diverticulite de Meckel com distensão de alças do intestino delgado proximal ao divertículo.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica geralmente esta relacionada a complicações, e é comumente confundida com outras patologias. Com isso, salientamos a importância da suspeição diagnóstica em indivíduos com dor abdominal vaga. O tratamento definitivo das complicações do DM deve ser sempre cirúrgico com indicação absoluta em pacientes sintomáticos.</p>

PO 007-2	PO 007-3
<p>TIFLITE EM PACIENTE NAO NEUTROPENICO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Jaques Waisberg, Karin Silva Ferreira, Erica Rossi Mocchetti, Reanata Salvino Zanon, Idalecio Souto Fonseca Filho, Fabio Orsi Ceribelli, Helmut Rony Dolz Tejerina</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tiflíte é uma inflamação transmural do ceco e descrita principalmente em pacientes neutropênicos. Acomete 5,3% dos pacientes adultos em tratamento de neoplasias malignas e tem taxa de mortalidade de 50%. O diagnóstico geralmente é feito com base no quadro clínico associado a neutropenia e espessamento do ceco. O melhor método de imagem para o diagnóstico é a tomografia computadorizada. Este exame pode revelar espessamento da parede de ceco, massa inflamatória no quadrante inferior direito, presença de líquido pericecal, sinais de perfuração ou pneumatose intestinal. O espessamento da parede colônica pode interferir no prognóstico e sugerir a necessidade de tratamento cirúrgico. Devido a invasão bacteriana, a antibioticoterapia é essencial no tratamento. O tratamento cirúrgico geralmente é realizado na presença de complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 71 anos, procura o PS com queixa de dor em região epigástrica que migrou para fossa ilíaca direita associada a náuseas e vômitos. Tem antecedentes cirúrgicos de apendicectomia e cirurgia gástrica. Ao exame apresentava abdome doloroso a palpação em fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais não evidenciaram alterações significativas. A tomografia de abdome identificou densificação dos planos adiposos adjacentes ao ceco, com espessamento parietal, presença de líquido livre e focos gasosos de permeio. Com base no exame tomográfico foi aventado a hipótese de diverticulite aguda. Optado por internação e antibioticoterapia. Paciente evoluiu sem melhora com tratamento clínico, sendo indicado o procedimento cirúrgico. Realizado colectomia direita com anastomose primária ileotransverso. O anatomopatológico revelou necrose e hemorragia transmural do ceco sugestivo de tiflíte. Paciente recebeu alta no 9º pós-operatório após boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: A enterocolite neutropênica, também chamada de tiflíte, síndrome ileocecal ou enterocolite necrosante é uma inflamação do ceco, geralmente transmural e necrosante. Ela é descrita principalmente em crianças neutropênicas e em adultos submetidos a quimioterapia antineoplásica. Outras condições que têm sido associadas são neoplasias hematológicas como leucemia, linfoma, mieloma múltiplo, anemia aplásica e síndromes mielodisplásicas, paciente transplantados, causas imunossupressoras como infecção por HIV e drogas imunossupressoras. As manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal, febre e rigidez abdominal. Pode também ser acompanhada de diarreia com ou sem sangue, náusea e anorexia. Esses sintomas geralmente se desenvolvem na segunda semana após o início do tratamento quimioterápico. Por ser uma doença potencialmente letal, é imprescindível um tratamento agressivo imediato, que consiste na terapia antimicrobiana com um esquema que abrange os principais patógenos pois a resolução da doença está diretamente ligada com o controle da infecção. O tratamento cirúrgico não é comum no tratamento da tiflíte, sendo reservado para casos mais graves.</p>	<p>VERSATILIDADE DO ENXERTO COMPOSTO NA RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL</p> <p>Jéssica Souza Magalhães, Manoel Pereira Silva Neto, João Pedro Rodrigues Pereira, Vaneila Adrieli Padilha, Fabrício Reis Oliveira, Camila Magalhães Coelho, Fernanda Ribeiro Fonseca, Luiza Mota Sousa</p> <p><i>UFMT - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nariz é uma estrutura central na face, com grande importância estética e funcional. É particularmente exposto a traumas e neoplasias cutâneas, tornando sua reconstrução um desafio para o cirurgião plástico (QUINTAS, R.C.S; 2013). Uma de suas subunidades é a asa nasal, região que exige não apenas resultados estéticos, mas também funcionais, em sua reconstrução. A técnica de uso de pele autóloga com subjacente cartilagem auricular (enxerto composto) para reconstrução nasal foi introduzido pela primeira vez por König em 1902. Desde a sua descrição, o enxerto composto auricular tem sido usado em reconstrução nasal para uma variedade de finalidades (CHEN, C. 2018). Trata-se de uma técnica versátil e segura, com excelentes resultados na reconstrução de ampla gama de defeitos da válvula nasal interna, alvéolo nasal / ala e vestíbulo, com baixa morbidade das áreas doadoras, cumprindo com eficácia seu objetivo reparador funcional e estético (CERATTI, T.A 2012; RAO, N. 2017). Neste trabalho serão apresentados dois casos distintos em que foi utilizado tratamento cirúrgico de reconstrução com enxerto composto. Ressaltamos a escassez de relatos científicos abordando o uso dessa técnica, o que nos motivou a expor nossa experiência.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1 – V.P.C, masculino, 80 anos, história de carcinoma basocelular recorrente em asa nasal esquerda. Optado por tratamento cirúrgico com ressecção em bloco da subunidade anômica, interessando pele, cartilagem e mucosa nasal. Reconstrução com enxerto composto de hélix auricular. Caso 2 – D.M.S, masculino, 55 anos, história de mordedura humana com comprometimento de mucosa nasal direita, cartilagem lateral superior e inferior direita. Optado por tratamento cirúrgico com reconstrução em dois tempos envolvendo: 1º reconstrução da narina (forro nasal e cartilagem) com enxerto composto e confecção de retalho médio frontal baseado nas artérias supra-orbital e supra-troclear; 2º ressecção do pedículo do retalho, após autonomização (30 dias) com refinamento e liberação de pele.</p> <p>DISCUSSÃO: A reconstrução da asa nasal apresenta importância na funcionalidade das vias aéreas e esteticamente na simetria nasal (KAYA, I. 2017). Os tecidos auriculares e da região nasal possuem rica vascularização, com densa rede endotelial, o que permite que a nutrição por embebição do enxerto composto auricular para a região nasal ocorra com mais eficiência que outros tecidos (CERATTI, T.A; 2012). Quanto aos resultados a longo prazo, sabe-se que a cartilagem auricular mantém-se no formato moldado, sofrendo raras distorções e mínima ou nenhuma absorção. As complicações mais comuns são: colapso da válvula nasal externa, cicatriz hipertrófica e assimetria de contorno (CHEN, C. 2018). Nos casos relatados, apesar do tempo limitado de seguimento no pós-operatório, não foram encontradas complicações; os pacientes apresentam-se satisfeitos, com boa função e aspecto estético satisfatório.</p>
<p>PO 008-1</p> <p>ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM COLELITÍASE MACIÇA: RELATO DE CASO</p> <p>Vitor Magalhães Libanio, Raphael Pedro Ribeiro Pontes, Perilo Rodrigues Lucena Filho, João Bosco Braga Neto, Henrique Palitot Oliveira Lima Nunes, Matheus Leal Pires Raposo, Selda Rafaela Aguiar Ribeiro Coutinho, Ítalo Primo Gonçalves Rolim</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Define-se como Coledocolítise Múltipla a existência de múltiplos cálculos (mais que cinco) no Ducto biliar comum, porém, em revisão de literatura sobre o tema, apesar de existirem relatos do termo "Coledocolítise Maciça", não existe definição prática para o mesmo. Foi apresentado um paciente com coledocolítise maciça, onde a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, sendo submetido à exploração cirúrgica. Objetivos: Relatar coledocotomia transversa em pacientes após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e papilotomia endoscópica sem sucesso. Material e métodos: Os dados coletados foram obtidos através de acompanhamento do procedimento cirúrgico realizado na paciente e dos registros em prontuário médico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 62 anos com quadro de dor abdominal tipo queimação em epigástrico e hipocôndrio direito. Ao exame físico, Sinal de Murphy positivo ao referir dor a compressão do rebordo costal direito à inspiração profunda e não completando a inspiração, sem alterações laboratoriais, diagnosticado com colelitiase e coledocolítise através de ultrassonografia. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, pois não foi conseguido a cateterização seletiva da via biliar, optando-se por realizá-la no intra-operatório. Iniciado o procedimento videolaparoscópico, a Colangiografia revelou colédoco dilatado (1,6 cm) repleto por cálculos de até 0,7 cm, sendo então realizado papilotomia endoscópica através de fio guia transcístico e tentativa de esvaziamento do colédoco. Como não foi possível, optou-se pela exploração cirúrgica, submetendo a paciente à coledocotomia transversa, com extração de 67 cálculos entre 0,3 e 0,7 cm, e posterior Coledocoduodenoanastomose.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma vez confirmada a coledocolítise, a escolha da conduta deve ser feita com cautela pelo médico, que deve analisar fatores como: o momento do diagnóstico, o número e o tamanho dos cálculos, o grau de dilatação do colédoco, as taxas de complicações de cada método, as possíveis complicações do tratamento cirúrgico, risco do procedimento e, não menos importante, a disponibilidade e as condições do Serviço.</p>	<p>PO 008-2</p> <p>PERFIL CLÍNICO E ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA NO CISTOADENOMA MUCINOSO DO APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>Janderson Silva Soares, Marcelo Mendes Ribeiro, Jarissa Mayara Ducarmo Silva Soares, Hermes Cardoso Paula Martins Junior, Israel Lima Dias</p> <p><i>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil - Fortaleza - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Por entender baseado na literatura que o Cistoadenoma mucinoso apendicular é uma condição rara que surge por proliferação de células secretoras de mucina e alterações histopatológicas da mucosa adenomatosa com epitélio mucinoso com núcleo basal e alterações displásicas mínimas e alteração na camada muscular. E por ser considerada uma neoplasia benigna encontrada entre 0,07 e 0,3% das apendicectomias, sendo mais frequente em mulheres (4:1) e de maior incidência entre a quinta e sexta décadas de vida. E que o diagnóstico precoce é fundamental para evitar o extravasamento de secreção mucóide na cavidade peritoneal, causando pseudomixoma peritoneal, sendo uma complicação mais temida por aumentar a morbimortalidade. Assim o grande objetivo deste estudo é relatar um caso de cistoadenoma mucinoso de apêndice em paciente submetido a uma colectomia direita videolaparoscópica com anastomose ileo-transversa latero-lateral por duplo grampeamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 59 anos, completamente assintomático. Realizou uma colonoscopia para rastreio de câncer colorretal que evidenciou abaulamento em topografia do óstio apendicular apresentando compressão extrínseca e também uma lesão, supostamente epitelial, elevada e dilatada sugestiva de adenoma, justa abaulamento. Tomografia de abdome evidenciou no flanco direito estrutura cística compatível com mucocele de apêndice cecal. Exames laboratoriais e dosagem do CEA encontravam-se sem alterações. O paciente foi submetido a uma colectomia direita videolaparoscópica com anastomose ileo-transversa latero-lateral por duplo grampeamento. O exame histológico mostrou tratar-se de cistoadenoma mucinoso do apêndice vermiforme. O paciente evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O cistoadenoma mucinoso de apêndice é um achado raro. Como a doença é geralmente assintomática o diagnóstico pré-operatório torna-se difícil devido à falta de especificidade dos sintomas, sendo que até 60% dos diagnósticos são feitos durante laparotomias por outras causas. A lesão pode ser identificada por tomografia computadorizada, ultra-sonografia. O tratamento é cirúrgico, e a preocupação principal do cirurgião é evitar o extravasamento do conteúdo da mucocele na cavidade abdominal. O procedimento cirúrgico é definido de acordo com a integridade do apêndice, com os achados histopatológicos e com o acometimento da base do apêndice. Assim, as indicações atuais para colectomia direita no caso de neoplasias mucinosas do apêndice incluem: 1) se for necessária para ressecar toda a lesão; 2) se houver acometimento de linfonodos do mesoapêndice ou ileocólicas evidenciados durante exame histopatológico; 3) se for diagnosticado uma neoplasia maligna de apêndice do tipo não mucinoso. São fundamentais para um bom prognóstico, um diagnóstico correto e um tratamento adequado para evitar o desenvolvimento de complicações decorrentes da cirurgia.</p>

PO 009-1	PO 009-2
<p>RELATO DE CASO SOBRE SÍNDROME DE LPAC: UM DIAGNÓSTICO A SER CONSIDERADO.</p> <p>Hamilton Petry de Souza, Bianca Bassani Federizzi, Pedro Bohm Bortolosso, Kelvin Búrgio, Ricardo Breigeiron, Daniel Weiss Vilhordo, Fernando Ferreira Gazzoni, Gustavo Swarowski</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: LPAC é uma síndrome ainda pouco conhecida na literatura médica. Associada a um quadro de litíase extensa e a sintomas, por vezes, indistinguíveis de outras patologias da via biliar, o seu diagnóstico vem tornando-se um desafio no momento atual. Portanto, o presente caso traz a importância de se buscar novos estudos sobre a enfermidade a fim de contribuir para o melhor entendimento dessa importante doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 26 anos, branca e solteira, chegou à emergência do Hospital São Lucas da PUCRS com história de episódios de dor abdominal em cólica, na região do mesogastro, de início há cerca de 2 anos. Havia sido investigada, previamente, com endoscopia digestiva alta, recebendo o diagnóstico de gastrite antral leve, cujo tratamento com inibidor de bomba de prótons não cursou com melhora clínica. Nos últimos dois meses, relatou aumento progressivo da frequência e intensidade da dor, com migração para o hipocôndrio direito, associada também a náuseas, vômitos, icterícia, colúria, acolia e prurido intenso. Não havia história de febre, nem relato de cirurgias prévias e outras comorbidades. O único medicamento de uso contínuo era ACO. Ao exame físico, notavelmente icterícia, apresentava dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, com sinal de Murphy negativo. Foram, então, solicitados exames laboratoriais, cujo resultado demonstrou fosfatase alcalina (FA) de 289 U/L, gama glutamil transferase (GGT) de 334 U/L, bilirrubina total (BT) de 8,6 mg/dL (direta 7,2 mg/dL), alanina aminotransferase (ALT) de 525 U/L e aspartato aminotransferase (AST) de 302 U/L. Seguiu-se, então, a investigação com colangio-RNM, que evidenciou importante dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e, também, inúmeros cálculos localizados nas vias biliares intra-hepáticas do lobo direito, além da presença de uma vesícula biliar normodistendida, contendo um cálculo de 0,6 cm. Optou-se, então, por uma abordagem cirúrgica, através de uma derivação biliodigestiva em Y de Roux, sem intercorrências no período transoperatório. A paciente, então, evoluiu com boa melhora clínica, apresentando resolução progressiva da icterícia e diminuição dos marcadores de colestase. Após a alta, paciente continuou em acompanhamento médico ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A LPAC, conhecida como Low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis, é uma rara entidade de origem genética relacionada ao surgimento de um quadro de colelitíase sintomática extensa e recorrente, associada à baixa concentração de fosfolípidos na bile. Em virtude de sua descoberta recente, sendo descrita pela primeira vez em 2001, esta ainda é uma doença subdiagnosticada, sobretudo no Brasil. Como prova disso, sua prevalência é incerta e estimada em torno de 5% de todos os pacientes com colelitíase sintomática. Portanto, o conhecimento dessa doença se faz cada vez mais necessário na comunidade médica, visto que, sua existência ainda é subestimada e o diagnóstico é baseado em critérios pouco presuntivos e ainda não consensuais.</p>	<p>DOENÇA DO CISTO PILONIDAL: INCISÃO E CURETAGEM + AUTOENXERTIA CUTÂNEA</p> <p>Iasmim Cristina Mendes Gomes, Leonardo Porto, Maurício Clímaco, Ricardo Vasconcelos</p> <p><i>UFRJ - Macaé - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto pilonidal é uma formação cística predominante em região sacrococcígea, associada a presença de pelos que geram um processo inflamatório crônico. Descrita por Mayo, em 1833, e Hodges, que introduziu o termo pilonidal (do latim, pinus= pelo e niddus=ninho) em 1880, diversas teorias tentam explicar sua origem. A origem adquirida, mais aceita, sugere que a presença aumentada de pelos, na região sacrococcígea, gera uma reação granulomatosa de corpo estranho. Observa-se uma razão de 3:1 em homens, no início da terceira década de vida. As principais complicações são recorrência, infecção e abscesso. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de Cirurgia Geral do Hospital Público de Macaé (HPM), onde foi realizada a abertura e curetagem da doença pilonidal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35 anos, apresenta nodosidade em região glútea à esquerda, com dor intensa, edema local e febre há 5 dias. Ao exame, visualizou-se grande hematoma na região, com formação de abscesso confirmado à ultrassonografia. Orifício fistuloso localizado em sulco interglúteo, próximo ao ânus, com drenagem purulenta e presença de pelos. Leucocitose à esquerda em exame laboratorial. Foi realizada drenagem do abscesso, incisão e curetagem da lesão. Realizado abertura e ressecção mínima do tecido acometido, seguida por curetagem do subcutâneo, delimitação de trajetos fistulosos secundários, regularização das bordas da ferida, hemostasia com electrocauterização e oclusão com curativo compressivo. Após um mês, foi realizada nova abordagem cirúrgica, então, para fechamento da ferida e reconstrução. Devido à mínima perda tecidual e bom aspecto da ferida, optou-se pela autoenxertia cutânea com tecido doador proveniente de pregas glúteas, onde foram ressecadas duas peças fusiformes de enxerto cutâneo, realizada escarificação da área receptora e síntese dos enxertos. A ferida operatória evoluiu com boa cicatrização e bom aspecto estético, sem complicações. Até o momento, não há indícios de recorrência.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento ideal busca mínima ressecção de tecido, baixos índices de complicações, menor tempo de pós-operatório e rápido retorno às atividades. As técnicas de reconstrução mais usadas são o retalho de Limberg, o avanço em V-Y e a Zetaplastia, promovendo a cicatrização mais rápida se comparadas às técnicas abertas. A literatura indica o emprego de antibióticos em pacientes com abscesso, em período inflamatório agudo. Conclui-se que a experiência relatada no artigo obteve grande êxito, com boa recuperação, sem complicações e bom resultado estético. Não há um consenso sobre a melhor técnica para abordagem do cisto pilonidal, embora, por se tratar de uma afecção do tecido subcutâneo, questiona-se a necessidade da ampla ressecção. O melhor tratamento é individualizado, levando em conta as características da lesão, prognóstico, complicações, experiência da equipe, além do impacto social e estético da doença e a reinserção do paciente às atividades cotidianas.</p>
<p>PO 009-3</p> <p>RELATO DE CASO - SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ</p> <p>Laerte de Lima Elorde, Juliano Cândido Batista, Diogo Almeida Lima</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Passos - MG - Passos - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Conhecida como Síndrome do Carcinoma Basocelular Nevóide ou Síndrome de Gorlin-Goltz, descrita em 1960, (SGG), é uma doença autossômica dominante caracterizada principalmente pelos achados associados de carcinomas basocelulares semelhantes a nervos, de aparecimento precoce e múltiplos cistos odontogênicos. Os autores apresentam opção de tratamento cirúrgico dos cistos mandibulares com enxerto ósseo e ressecção de carcinomas basocelulares.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente RM, 27 anos de idade, apresentou foi ao dentista para retirar de dentes do ciso, onde o profissional avaliou a presença de cistos em região mandibular anterior e à direita abaixo dos dentes. Paciente foi encaminhado para avaliação dos cirurgiões buco maxilo e plástica. Programada a cirurgia, realizou-se incisão acima do sulco gengivo labial anterior e a direita, verificando cicatriz anterior, descolamento mucoperiosteal e com utilização de broca cortante, realizada janela óssea na mandíbula, constituindo uma abertura óssea na parede anterior do cisto, cujo conteúdo foi inteiramente curetado. Devido a extensão dos cistos, optou-se pelo preenchimento com enxerto ósseo. O enxerto ósseo foi retirado da crista ilíaca, com fragmento de cortical retirada da parede medial associada à sua medular, sendo que o conteúdo líquido foi aspirado e colhido. Parte do enxerto foi triturado e misturado com a porção líquida, preenchendo por completo a lacuna óssea e a cortical foi moldada para fechar a janela óssea mandibular, posicionada de forma justa, sem a necessidade de osteossíntese. Procedeu-se então ao fechamento do acesso cirúrgico por planos. As lesões da face foram ressecadas, assim como as lesões císticas pré-auricular e em polegar esquerdo. Pós 2 meses, controle radiológico pós operatório, demonstrou boa integração dos enxertos. (fig) Paciente retornou após 6 meses com lesão em região infra-orbital, dorsal, lombar e membros inferiores, sendo programado cirurgia para ressecção.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Gorlin-Goltz, (SGG), ou Síndrome do Carcinoma Basocelular Nevóide é a doença mais comum associada com os Carcinomas Basocelulares. Apresenta tipicamente manifestação de cistos odontogênicos, que ocorre de 75 a 80% na síndrome e a taxa de recorrência é alta até os 30 anos. O tratamento das lesões cutâneas segue o mesmo padrão das lesões não síndrômicas. Os cistos odontogênicos geralmente são detectados acidentalmente ou quando apresentavam volumes maiores, já que apresentam crescimento intramedular. A alta recorrência de até 69% pressupõe tratamento radical, mas o aparecimento em jovens, justifica a tentativa de preservação dos dentes para a função e desenvolvimento mandibular futuros, assim como a sensibilidade no território do nervo alveolar inferior.</p>	<p>PO 010-2</p> <p>PLASTRÃO APENDICULAR EM FOSSA ILÍACA DIREITA APOS TRATAMENTO DE HERNIA DE AMYAND</p> <p>Sabrina Rafaela de Jesus Pimenta, Carlos Alberto Luchini da Silva, Izabella Costa Amaral, Thayanne Souza Moreira Ramos, Sanmer Jhafer Santos Ferreira, Guilherme Braga Silva</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS REGIONAL JATAI - Jataí - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite pseudotumoral ocorre em cerca de 7% dos casos de apendicite aguda. Ocorre bloqueio do apêndice por epíplon, peritônio parietal e alças intestinais que formam uma massa tumoral. Clinicamente observa-se massa palpável em fossa ilíaca direita (FID), ritmo intestinal mantido, sinais de irritação peritoneal pouco intensos e evolução de 5 a 10 dias.</p> <p>RELATO DE CASO: B. A. G., masculino, 5 anos, foi levado pelos pais ao serviço de emergência de Jataí com relatos de inapetência, febre, irritabilidade e dor abdominal há 3 dias. A criança apresentava dor à palpação abdominal, massa palpável em FID associada à irritação peritoneal cecal e sinal de Blumberg presente. O pai relata que há 4 anos, a criança passou por uma cirurgia de correção de hérnia de Amyand com apendicectomia. Tomografia computadorizada evidenciou processo inflamatório em FID com provável apendicite aguda com bloqueio cecal. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploratória e visualizou-se processo inflamatório em ceco, associado a uma tumoração de 18x8 cm, com perfuração, abscesso e bloqueio cecal. Ele possuía cicatriz compatível com herniorrafia de Amyand e, no intraoperatório, o apêndice não foi encontrado, corroborando com o relato do pai. Havia presença de linfonodomegalia em mesocôlon direito e de trave fibrótica originada na base cecal, com extensão até anel inguinal interno direito, com sua extremidade aderida nessa estrutura. Optou-se pela realização de hemicolectomia direita com princípios oncológicos e anastomose íleo-cólon transversos término-lateral. O paciente permaneceu internado por 7 dias, hemodinamicamente estável e sem intercorrências. O exame histopatológico (EH) revelou hiperplasia linfóide folicular, tecido conjuntivo denso adjacente a tecido muscular estriado esquelético com infiltrado inflamatório crônico linfocítico e necrose transmural associada a áreas de abscedação e hemorragia, peritonite aguda intensa e hiperplasia linfóide folicular reacional nos linfonodos pericólicos. Não havia sinais de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do relato de apendicectomia, os sinais clínicos sugeriam um quadro de apendicite e a hipótese não foi descartada. Durante a cirurgia e exame histopatológico, o alto grau de inflamação e a presença de abscessos intestinais não permitiram a identificação do apêndice, o que levantou a hipótese de tiflíte não-neutropênica sem que fosse descartada uma apendicite pseudotumoral de coto. Tiflíte se refere à inflamação do ceco em crianças com neutropenia, podendo estender-se por íleo terminal e apêndice. Entretanto existem relatos de casos raros na literatura de pacientes não-neutropênicos que apresentaram essa patologia. Tiflíte e plastrão apendicular podem receber tratamento conservador com antibioticoterapia, porém quase sempre é realizada a intervenção cirúrgica, já que o quadro se confunde com outras patologias. O aparecimento de massa em casos de plastrão pode levar à hipótese de câncer de cólon, resultando em hemicolectomia direita desnecessária.</p>

PO 012-1	PO 012-2
<p>PSEUDOCISTO PANCREÁTICO GIGANTE: RELATO DE DERIVAÇÃO POR CISTOENTEROANASTOMOSE EM Y DE ROUX</p> <p>Bruno Amantini Messias, Erica Rossi Mocchetti, Lucas Antonio Pereira do Nascimento, Douglas Yuji Saito, Renata Salvino Zanon, Karin Silva Ferreira, Beatriz Queiroz Cruz, Jaques Weisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pseudocisto de pâncreas é uma coleção de tecido pancreático necrosado, sangue e enzimas. Ao contrário do que ocorre com cistos verdadeiros, os pseudocistos não possuem revestimento epitelial e suas paredes são formadas por tecido de granulação e fibrose. A primeira documentação da moléstia ocorreu em 1961 e foi registrada por Morgani durante estudos realizados com cadáveres. O pseudocisto é uma complicação tardia de afecções pancreáticas, podendo aparecer em até 8% dos casos de pancreatite aguda. Apesar de ser a lesão cística mais comum da pâncreas, não requer tratamento na maioria dos casos</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 53 anos referia aumento progressivo do volume abdominal há 6 meses associado a episódios de vômitos diários e perda ponderal de aproximadamente 6 kg internado. Previamente hígido e de antecedentes pessoais relatava colecistectomia há 1 ano devido a dois episódios de pancreatite biliar. Ao exame apresentava abdome distendido, com grande massa palpável em mesogastro. Trouxe a consulta tomografia de abdome que evidenciava volumoso lesão cística pancreático com efeito de massa comprimindo vísceras abdominais adjacentes, medindo 209 x 208 x 160 mm e volume de 3,6 L. Devido a hipótese de pseudocisto pancreático procedeu-se a laparotomia exploradora. No intraoperatório, notou-se volumoso cisto pancreático fortemente aderido ao cólon transverso, realizado drenagem de cisto pancreático (aproximadamente 6 litros) e confecção de derivação em Y de Roux com alça jejunal. O anatomopatológico do líquido do cisto foi negativo para células neoplásicas, a biopsia da parede do cisto sugeriu parede fibrosa sem sinais de malignidade e CA-19-9 de 28,5. Evoluiu assintomático, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. Paciente em acompanhamento ambulatorial sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A ocorrência de pseudocistos pancreáticos é paralela à da pancreatite e sua etiologia se assemelha às causas dessa patologia. Independente da etiologia do pseudocisto, sua incidência é baixa, 1,6% - 4,5% ou 0,5 - 1 por 100.000 adultos por ano. A patogênese dos pseudocistos baseia-se em interrupções do ducto pancreático devido a pancreatite ou trauma seguido pelo extravasamento de secreções pancreáticas. A apresentação clínica do pseudocisto pancreático pode variar desde pacientes assintomáticos até grandes catástrofes abdominais devido a complicações locais como hemorragia (geralmente de pseudo-aneurisma da artéria esplênica), infecção e ruptura. Além dessas complicações, obstrução gástrica, biliar e trombose de veia esplênica ou portal também podem ocorrer. Dessa forma, nenhum conjunto de sintomas é específico para o pseudocisto, devendo-se considerar esse diagnóstico em paciente com dor abdominal persistente, anorexia ou massa abdominal após história de pancreatite. A drenagem interna ou externa do pseudocisto é o tratamento de escolha para os casos com indicação cirúrgica, podendo ser feita por via percutânea, endoscópica ou cirúrgica, sendo esta última a escolhida para o nosso caso.</p>	<p>VARIZES COL&Ocirc;NICAS IDIOP&Aacute;ute;TICAS: UM RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, PAULO GARDENAL TELES, JOAO DE FREITAS NETO, GABRIELA VASCONCELLOS OLIVERIO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As varizes colônicas são uma condição patológica rara, definidas como dilatações tortuosas do plexo vascular submucoso. Ao sofrerem ruptura espontânea provocam sangramento para o interior da luz intestinal. Seu diagnóstico ocorre através da colonoscopia durante a investigação da hemorragia gastrointestinal. Frequentemente estão associadas à cirrose hepática, hipertensão portal ou oclusão da veia mesentérica</p> <p>RELATO DE CASO: C.M.F, masculino, 46 anos, admitido no Hospital Regional de Presidente Prudente – SP com quadro de enterrorragia maciça. Referiu episódio semelhante há um ano, diagnosticado com varizes de cólon na ocasião, porém não houve seguimento. O exame endoscópico não evidenciou varizes esofagogástricas. Realizada arteriografia seletiva do tronco celíaco e artérias mesentéricas superior e inferior, com boa permeabilidade dos vasos, sem evidências de malformações, obstruções ou sangramentos. EcoDoppler de veia porta normal. Foi excluído estado de hipercoagulabilidade e trombofilia. Durante a colonoscopia foram identificados cordões varicosos longitudinais em todos os segmentos cólicos, com sangramento ativo. Realizada clipagem dos cordões varicosos, hematemetria e controle dos sinais vitais durante 24 horas. Após hemostasia com hemoclipse e estabilidade hemodinâmica do paciente, optou-se por tratamento conservador com betabloqueador e seguimento ambulatorial. O paciente apresentou boa resposta terapêutica.</p> <p>DISCUSSÃO: As varizes idiopáticas acometem todo o cólon, enquanto as causadas por uma patologia subjacente atingem somente um segmento, principalmente o ceco e o reto. O diagnóstico é feito pela colonoscopia, como achado incidental ou em emergência no rastreamento do sangramento gastrointestinal baixo. Na investigação, pode-se realizar arteriografia, angiostomia, capsula endoscópica, endoscopia digestiva alta e exames laboratoriais. O padrão ouro para diagnóstico é a angiografia, que localiza a hemorragia gastrointestinal e permite abordagem terapêutica, como o uso de fármacos ou agentes embólicos para cessar o sangramento. No caso relatado, não foram evidenciados malformações, oclusões e fenômenos tromboembólicos assim como compressão extrínseca do sistema porta. Sabe-se que varizes colônicas não idiopáticas acometem igualmente homens e mulheres, sendo diagnosticadas após os 50 anos. A forma idiopática é mais comum em homens com idade média de 40 anos, apresenta maior associação familiar e acometimento pancolônico. Portanto, o caso relatado é concordante à literatura. O tratamento de escolha para casos onde há estabilidade hemodinâmica é a hemostasia endoscópica, se isso não for possível é indicada colectomia de urgência do segmento.</p>
<p>PO 013-1</p> <p>COLECISTITE AGUDA POR PROJÉTIL DE CHUMBO IMPACTADO NO DUCTO CÍSTICO: RELATO DE CASO</p> <p>AMANDA ARIEL PIRES CAVALCANTI ZECA, KAROLYNE ERNESTO LUIZ NOBRE, LUANNA MIRELLE SANTANA GUIDO, PAULO ROBERTO DA SILVA JÚNIOR, HIANNY RIBEIRO CABRAL, ANTONIO DE SÁ BARRETO GONDIM NETO, ARTHUR ANDERSON PIRES CAVALCANTI ZECA</p> <p><i>UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A presença de corpos estranhos no trato biliar constitui evento raro, podendo ter origens diferentes, tais como: material cirúrgico residual, objetos ingeridos e projéteis. Segundo revisões sistemáticas, o corpo estranho mais frequentemente encontrado na via biliar é material cirúrgico residual. A obstrução da vesícula biliar ou via biliar principal por projétil de arma de fogo, ou por parte dele, é considerado um evento extremamente raro. Esses projéteis são classificados em dois tipos: alta e baixa velocidade. Os de alta velocidade destroem o parênquima hepático e o sistema biliar, enquanto os de baixa velocidade penetram no sistema hepatobiliar sem causar grandes danos. A lesão traumática da via biliar extra-hepática é rara.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.S de 32 anos, sexo masculino, deu entrada no serviço de emergência do Hospital de Trauma local através da sala vermelha, vítima de ferimento por arma de fogo (espingarda calibre 12) e foi operado em caráter de emergência devido a lesão em região toraco-abdominal em topografia de fígado. Realizado drenagem torácica à direita, hepatorráfia e frenorráfia direita, para reparo de lesões. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar. 15 dias após sua alta hospitalar o paciente retornou ao serviço com dor abdominal intensa em região de hipocôndrio direito associada a sinal de Murphy positivo, sem sinais de irritação peritoneal. Fora encaminhado para USG abdominal que evidenciou espessamento de parede da vesícula e líquido perivesicular. Dado seguimento solicitando-se tomografia abdominal que detectou a presença de um material metálico impactado no infundíbulo da vesícula, concluindo o caráter inflamatório do processo, decorrente da obstrução do ducto cístico por um projétil de chumbo residual. Diagnosticado, então, uma colecistite aguda, o paciente fora reabordado para realização da colecistectomia convencional que transcorreu sem anormalidades no transoperatório. Evoluiu sem demais intercorrências, recebendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso supracitado é possível identificar um espaço de tempo entre o trauma e o dia de início dos sintomas relativos à via biliar. É tido como justificativa a lenta migração do projétil dentro do parênquima hepático, realizando o trajeto do fígado para a vesícula biliar pela face desta aderida ao fígado, não chegando a apresentar extravasamento de bile para cavidade peritoneal, o que dificultou o diagnóstico do corpo estranho no interior da vesícula durante o primeiro ato cirúrgico. Ocorrera então uma resposta inflamatória local após o trauma pelo projétil de chumbo que impactou em região de ducto cístico levando a um quadro atípico de colecistite aguda. O caso relatado e algumas poucas publicações levantadas, nos trazem a discussão da relação entre um evento traumático com projétil de arma de fogo e a colecistite secundária a esse evento.</p>	<p>PO 013-2</p> <p>HENIA DE AMYAND COM APENDICITE GRAU II</p> <p>Pedro Nogarotto Cembraneli, Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, João Vitor Soares Vicentini, Gabriel Ambrogi</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal. Essa condição é rara e apresenta uma prevalência de 1% (0,19-1,7%) das hérnias inguinais. Está associada à apendicite em 0,1% (0,07-0,13%) dos casos e é evidenciada mais comumente como hérnia indireta, podendo estar acompanhada do ceco e do cólon direito. A apresentação típica de sintomas inclui inchaço inguinal e sensibilidade nesta área, o que pode levar ao diagnóstico equivocado de hérnia encarcerada. O diagnóstico é realizado na maioria das vezes durante a exploração cirúrgica. Em casos de apendicite aguda associada, o tratamento se baseia na apendicectomia e reparo da hérnia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 53 anos com queixa de dor em fossa ilíaca direita há dois dias. Relata aparecimento de massa em região inguinal direita há 20 dias, indolor, porém com piora do quadro há 2 dias, associado a náuseas e vômitos, sem sinais obstructivos. Ao exame físico, possuía hérnia inguinal direita irreduzível. Perante o diagnóstico de hérnia inguinal encarcerada, propôs-se tratamento cirúrgico imediato. No intra-operatório evidenciou a presença de saco herniário contendo apêndice cecal inflamado Tipo II na classificação de Losanoff e Basson. O apêndice cecal foi reduzido, realizado a apendicectomia pela incisão de McBurney e correção da parede abdominal inguinal direita sem prótese, pela técnica de Liechtenstein. O diagnóstico de apendicite aguda foi confirmado pelo exame anatomo-patológico. O paciente apresentou boa evolução, tendo alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é uma condição rara, porém deve estar entre os diagnósticos diferenciais de quadros que apresentem dor na região da fossa ilíaca, inchaço inguinal e sinais de infecção. Seu manejo varia de acordo com a classificação da hérnia, porém quando associada à apendicite aguda, possui indicação absoluta de apendicectomia e no reparo herniário sem o uso de tela.</p>

PO 013-3	PO 014-1
<p>RECONSTRUÇÃO DE HEMILINGUA POS GLOSSECTOMIA PARCIAL COM RETALHO MICROCIRURGICO EM PACIENTE COM SINDROME DE FANCONI</p> <p>Marcelo Augusto de Souza, Alfredo Benjamin Duarte da Silva, Pedro Henrique De Paula, Terence Pires de Farias, Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi, Anne Groth, Maria Cecilia Closs Ono, Bruno César Legnani</p> <p><i>Universidade Estadual de Ponta Grossa - Ponta Grossa - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fanconi é um distúrbio raro, ocasionado por quebras cromossômicas devido à hipersensibilidade do DNA a agentes específicos. Os portadores da síndrome podem apresentar hiperpigmentação da pele, baixa estatura, malformações ósseas e medulares, hipogonadismo, pancitopenia e malignidades hematológicas, além da alta suscetibilidade ao desenvolvimento de câncer de células escamosas. Tem-se a cirurgia de ressecção tumoral como tratamento primário das neoplasias e, como padrão ouro, reconstrução com retalho microcirúrgico. Relatamos um caso de reconstrução de língua com retalho microcirúrgico pós hemiglossectomia devido a câncer de células escamosas em paciente com a Síndrome.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.D.C, sexo feminino, 24 anos de idade, portadora de Síndrome de Fanconi, encaminhada ao serviço de cirurgia plástica do Hospital Marcelino Champagnat, em Curitiba-PR, devido a carcinoma de células escamosas (CEC) na base da língua. O tratamento escolhido foi a hemiglossectomia seguida de retalho microcirúrgico de músculo gracilis para reconstrução. Devido à perda do retalho, em segunda abordagem, a escolha foi de retalho antebraquial. Sob anestesia geral, foi feito desbridamento do retalho da primeira cirurgia. Foram dissecados o tronco tireolinguofacial e a artéria tireoidea superior. Realizada, em seguida, marcação de retalho antebraquial e dissecção deste juntamente a uma artéria, uma veia e a veia céfalica. O retalho foi suturado à língua remanescente. Foram preparados os vasos cervicais com o auxílio do microscópio e foi realizada a anastomose termino-lateral de veia céfalica com veia jugular interna com nylon 9.0; anastomose de artéria radial com artéria tireoidea superior e anastomose de veia céfalica com tronco tireolinguofacial. Depois, verificou-se a perfusão do retalho e foi feita a sutura e drenagem com Penrose nº2. No pós-operatório, a paciente apresentou melhoras significativas na fala e na alimentação.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrita, em 1927, pela primeira vez pelo pediatra suíço Guido Fanconi, a síndrome é caracterizada pela instabilidade cromossômica, falha de medula óssea e, principalmente, suscetibilidade ao câncer de células escamosas. Como principais causas dessa predisposição ao desenvolvimento de neoplasias estão os defeitos nos genes, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) crônica, imunodeficiência proveniente dos distúrbios de medula óssea e hematológicos. Do total dos tumores nesses pacientes, o principal local é a cavidade oral (68%) e desses, 52% a língua. Como tratamento primário, 89% dos pacientes são submetidos à ressecção cirúrgica, com posterior reconstrução, tendo como o padrão ouro, os retalhos microcirúrgicos. Estes levam a melhores resultados prognósticos tanto em deglutição e fala, devido a melhores fatores dinâmicos como rigidez e flexibilidade proporcionados pela transferência de volume e pedículo vascular adequados.</p>	<p>TUMOR SOLIDO PSEUDOPAPILAR DE PANCREAS (TUMOR DE FRANTZ): RELATO DE CASO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Beatriz Queiroz Cruz, Renata Salvino Zanon, Nathalia Issa Abraim, Jaques Waisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSSP), também conhecido como Tumor de Frantz, é uma neoplasia epitelial rara, idiopática e com baixo potencial de malignidade. Corresponde a menos de 3% dos tumores pancreáticos em geral e de 5 a 12% das lesões císticas pancreáticas. Costuma cursar apenas com deslocamento e compressão de estruturas adjacentes, sendo rara a invasão local e por isso, geralmente, cursa com bom prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 54 anos, vem encaminhada ao ambulatório devido a quadro de dor abdominal há 1 ano. O exame físico e laboratorial não revelavam quaisquer anormalidades. Trouxe tomografia computadorizada de abdome que revelava lesão expansiva hipodensa em corpo e cauda do pâncreas, medindo 83x63 mm, com componente de densidade líquida, plano de clivagem entre os órgãos adjacentes e provável compressão da veia esplênica associada a esplenomegalia. Com base nos achados tomográficos foi optado pela indicação cirúrgica. No intra-operatório foi evidenciado massa de consistência cística comprometendo corpo e cauda pancreática, intensamente aderido às estruturas adjacentes e vasos e sem evidência de implantes hepáticos ou peritoneais. Foi realizada pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia e biópsias linfonodais. Após a cirurgia, a paciente evoluiu bem até o quinto dia de pós operatório (PO). Neste dia apresentou discreta dor abdominal e piora laboratorial. Foi dosado amilase do dreno e evidenciado a presença de fistula pancreática. Optado por tratamento conservador com boa resposta. Recebeu alta hospitalar no 9º PO e atualmente, está em acompanhamento ambulatorial com remissão completa dos sintomas. A dosagem de CA 19.9 foi < 2,50 (VR: inferior a 37) e o anatomopatológico evidenciou: neoplasia epitelioide pancreática, necrose e hemorragia em 90% do volume tumoral, ausência de invasão capsular, ausência de invasão angio-linfática e perineural, com margens cirúrgicas livres e ausência de neoplasia em linfonodos e baço. Solicitado imuno- histoquímico, que foi positivo para alfa-1 -antitripsina, beta-catenina, receptor de progesterona, vimentina e C10/C56, sendo sugestiva de neoplasia sólida pseudopapilar de pâncreas.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias císticas do pâncreas abrangem um grupo heterogêneo de tumores: o cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, tumor mucinoso papilar intraductal e tumor sólido pseudopapilar (Tumor de Frantz). O TSSP acomete geralmente mulheres jovens, entre a 2ª e 3ª década de vida. Por ter crescimento lento, raramente invadem estruturas adjacentes, e se apresentam de forma assintomática na maioria dos casos. Quando sintomáticos cursam com sintomas inespecíficos, como dor abdominal e sinais de compressão de estruturas adjacentes. Por apresentar comportamento benigno, o tratamento do Tumor de Frantz é cirúrgico e a excisão completa da lesão promove uma taxa de sobrevivência de 95% em cinco anos. O tratamento de escolha depende do tamanho, localização e da possível invasão de órgãos adjacentes.</p>
<p>PO 014-2</p> <p>DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS SACRAL, UM DIAGNOSTICO RARO: RELATO DE CASO</p> <p>Manuela Thays Silva Fonseca, Rebeka Caroline Moreira, Valeria Cardoso Pinto Resende, Yasse Moura Hamidah, Vitor Varjão Chiang, Camila De Azevedo Guedes Nogueira, Victor Franco de Azevedo Silva</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia maligna rara caracterizada por massas multilobulares, volumosas e protuberantes. O aspecto histológico do DFSP inclui inflamação crônica, fibrose e proliferação de células fusiformes fibroblásticas em arranjo estoriforme. Uma translocação de cromossomo t(17;22)(q22;q13) foi identificada por Simon et al como alteração citogenética de natureza distinta como responsável pelo DFSP. Tais anormalidades levam a uma superexpressão de fator de crescimento derivado de plaquetas. Seu desenvolvimento é lento, porém agressivo e de baixos índices de metástase. A distribuição é igual em ambos os sexos, localizando-se principalmente na região torácica e raramente na região genital. Apresenta alto risco de recidiva e o tratamento é principalmente cirúrgico. Relata-se, portanto, um caso de DFSP em região sacral com ressecção de tumor.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 36 anos, apresentando lesão vegetante em região sacral há 3 anos com crescimento gradativo, saída de secreção serosanguinolenta e dor local. Constatou-se uma massa vegetante em linha interglútea com borda ulcerada, pedicular, móvel, com cerca de 10cm. Foi realizada a cirurgia para ressecção da lesão e estudo anatomopatológico que evidenciou neoplasia fusocelular maligna de 5,5cm, focalmente ulcerada, com áreas pleomórficas, células bizarras e áreas com arranjo estoriforme, apresentando acentuada celularidade se estendendo até o tecido celular subcutâneo adjacente 3, sem invasão vascular. Foi levantada a hipótese de fibrossarcoma e solicitado imuno-histoquímico. Realizou-se uma segunda abordagem para ampliação de margem cirúrgica de mais 1cm da margem lateral e 2cm da margem profunda. O imuno-histoquímico evidenciou dermatofibrossarcoma protuberans de estruturas dérmicas e do tecido adiposo hipodérmico de alto grau. O paciente em questão foi encaminhado para acompanhamento com oncologista, que solicitou uma ressonância para investigação de invasão óssea da lesão que não relatou contato com estruturas ósseas. Após 6 meses de seguimento, o paciente apresenta-se bem e sem recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O DFSP pode ter bom prognóstico se feito adequadamente o tratamento, que consiste em uma excisão com remoção de margens de pele normal para margens macroscópicas e na biópsia para fásia subjacente como foi realizado no paciente descrito. Chang et al publicaram suas experiências no padrão de radioterapia em tratamento de DFSP e concluíram que usada de forma pós-operatória pode reduzir a taxa de recidiva local, porém sua indicação adjuvante não está bem definida. Neste caso, não foi necessária pela retirada das margens seguras na segunda abordagem, além do acompanhamento com o oncologista após os procedimentos. Conseqüentemente aos altos números de recidiva, os pacientes têm que ser examinados a cada três ou seis meses, durante os três primeiros anos após cirurgia, e anualmente por toda a vida.</p>	<p>PO 014-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO MICROCIRURGICA DE FOSSA INFRATEMPORAL COM RETALHO ANTEROLATERAL DE COXA POS RESSECÇÃO TUMORAL</p> <p>Pedro Henrique De Paula, Alfredo Benjamin Duarte da Silva, Marcelo Augusto De Souza, Terence Pires De Farias, Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi, Anne Groth, Maria Cecilia Closs Ono, Bruno César Legnani</p> <p><i>Universidade Estadual de Ponta Grossa - Ponta Grossa - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Considerado um grupo vasto de doenças, os carcinomas de cabeça e pescoço podem variar de regiões como tireoide até orofaringe. Como principal tratamento tem-se a ressecção cirúrgica, a qual pode resultar em danos nos ossos craniofaciais e na funcionalidade dos músculos da mimica. Para reconstrução dessas lesões, é necessário o uso de tecidos com diferentes funções. Nesse procedimento, a microcirurgia se tornou a primeira escolha, por possibilitar tecido suficiente adaptável à área a ser reconstruída, com grande pedículo vascular, além de fácil e rápida extração. Relatamos um caso com o objetivo de proteger o nervo facial, em razão de posterior tratamento radioterápico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G.G.L, sexo feminino, 38 anos de idade, encaminhada ao serviço de cirurgia plástica do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba-PR, devido à neoplasia de fossa infratemporal. O tratamento escolhido foi a ressecção da lesão com posterior reconstrução microcirúrgica utilizando retalho anterolateral da coxa. Sob anestesia geral, foi realizada a incisão em coxa esquerda conforme demarcação cirúrgica prévia. Identificaram-se os vasos circunflexos laterais femorais e fez-se a dissecção do pedículo com posterior coleta de retalho fasciocutâneo anterolateral da coxa e sua desepidermização e emagrecimento. Fez-se anastomose do pedículo do retalho nos vasos faciais (duas veias e uma artéria) com 2 fios de Nylon 9-0, utilizando o microscópio cirúrgico. O nervo facial foi preservado. Houve a fixação do retalho em área receptora. Finalizado isso, a área doadora foi fechada por planos após colocação de dreno suctor 6.4. A hemostasia foi revisada, além da inserção de dreno Blake sob o retalho. No pós-operatório, a paciente apresentou melhoras significativas na fala, alimentação e responsividade nos músculos da mimica.</p> <p>DISCUSSÃO: Em 1959, foi introduzida a transferência de retalho microcirúrgico para a reconstrução de cabeça e pescoço como uma técnica confiável. Mais tarde, em 1984, apresentou-se o retalho anterolateral da coxa que, atualmente, é considerado primeira escolha para reconstruções de tecidos moles em cabeça e pescoço. Atingir um sorriso harmônico e melhora na funcionalidade da fala e da alimentação são as principais metas da reconstrução facial pós ressecção tumoral. A literatura mostra sucesso do retalho em 97,8% dos casos. A fala foi considerada boa em 88% e a estética aceitável em 89% dos pacientes. A paciente do caso teve paralisia facial total, porém retornou o movimento dos músculos zigomáticos e orbicular da boca após 4 meses da radioterapia. Os pacientes submetidos à radioterapia do nervo facial apresentam um déficit funcional importante, por isso acreditamos que o coxim gorduroso do retalho ajudou na proteção e restauração do movimento da mimica facial. Reconstruções utilizando retalhos microcirúrgicos continuam, portanto, sendo abordagens desafiadoras, devido a questões como: ciência de aspectos anatômicos e funcionais e alto nível de experiência em reparos microcirúrgicos.</p>

PO 015-1	PO 015-2
<p>COLECISTITE CRONICA COMPLICADA COM FISTULA COLECISTOGASTRICA: RELATO DE CASO</p> <p>AMANDA ARIEL PIRES CAVALCANTI ZECA, INIS LARA FRANÇA VITORINO, JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA, KAROLYNE ERNESTO LUIZ NOBRE, PAULO ROBERTO DA SILVA JUNIOR, HIANNY RIBEIRO CABRAL, ARTHUR ANDERSON PIRES CAVALCANTI ZECA</p> <p><i>UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistite crônica calculosa é a doença mais freqüente das vias biliares, sendo um processo inflamatório da vesícula biliar, associado em cerca de 90 % dos casos à litíase, sendo a fistula colecistogástrica uma das principais complicações, estas fistulas por sua vez são produzidas pelas escaras determinadas pelos cálculos; o processo inflamatório atingindo a serosa faz com que as vísceras vizinhas ocorram para bloqueá-lo sendo as suas paredes posteriormente comprometidas pelo mesmo processo inflamatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.L.N de 43 anos, sexo feminino, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, deu entrada no serviço com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito e náuseas, que piorava ao se alimentar. Ao exame: Abdome flácido, depressível, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso em HD e Murphy negativo. Realizou exames laboratoriais que não evidenciaram leucocitose (7.500/mm³), nem desvio a esquerda (4% de bastonetes), com creatinina de 0,8mg/dl, amilase de 20U/l, AST 29U/l e ALT 67U/l. Realizado USG de abdome total que evidenciou vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, apresentando várias imagens sugestivas de cálculos em seu interior. Internada para realizar procedimento de colecistectomia convencional, durante transcorrer cirúrgico notou-se no inventário da cavidade uma vesícula biliar recoberta por intenso bloqueio de epíplon, estômago com localização infra-hepática, presença de fistula entre o fundo da vesícula e a parede anterior do estômago próximo a pequena curvatura, sem presença de líquido intracavitário. Realizado colecistectomia convencional, correção de fistula colecistogástrica e gastrorrafia. A paciente evoluiu no pós cirúrgico sem sinais de instabilidade hemodinâmica e sem demais intercorrências, recebendo alta hospitalar com bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente em discussão evoluiu com uma fistula colecistogástrica que é uma das principais complicações da colecistite crônica na qual a paciente era portadora. Habitualmente a propedêutica abdominal pouco ajuda no diagnóstico da colecistite crônica. Eventualmente, durante os períodos de crise, a palpação profunda do hipocôndrio direito pode ser dolorosa que foi o que ocorreu com a paciente em questão, esta que por sua vez devido ao processo inflamatório prolongado evoluiu com uma fistula colecistogástrica, que durante o transcorrer operatório foi identificada e corrigida.</p>	<p>RELATO DE CASO: A IMPORTANCIA DE UMA BOA CLINICA CIRURGICA NO TRATAMENTO DE UM PACIENTE COM DIVERTICULITE ASSOCIADO A UMA FISTULA COLO-VESICAL</p> <p>Guilardo Soares da Fonseca Ataíde, Luan Cayke Marinho de Oliveira, Vinicius Costa Calado, Alberto Luiz Duarte Marinho, Victor Magalhães Feitosa Salazar de L'Armée</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Este trabalho baseia-se em um relato de caso de um paciente submetido à retossigmoidectomia devido a uma diverticulite, além uma correção cirúrgica de fistula colo-vesical. A doença diverticular dos colôns é consequência da herniação da mucosa do intestino por entre as fibras musculares e a recomendação cirúrgica se dá tanto em pacientes com diverticulite aguda quanto no recidivante. A fistula colo-vesical é uma das complicações da diverticulite e seu mecanismo pode ser de duas formas, seja a ruptura de divertículo com extensão vesical ou erosão por abscesso diverticular.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 68 anos, relata infecção urinária recorrente desde 2016 vindo sendo tratado por meio de antibioticoterapia na Unidade de Saúde da Família, e enfim foi encaminhado ao urologista. Nos últimos seis meses o paciente começou também a relatar fekalúria e dor de forte intensidade nos quadrantes inferiores do abdome, principalmente na fossa ilíaca esquerda. O urologista identificou por meio de ultrassonografia, uma suposta litíase vesical e recomendou remoção cirúrgica. Foi então submetido em outubro de 2018 a uma cistolitotomia vesical aberta, que durante sua realização, não foi encontrado o cálculo, e constatou-se na verdade, uma fistula colo-vesical. Portanto, o paciente foi encaminhado ao hospital Santa Isabel para melhor tratamento. Chegando ao hospital, realizou uma cistoscopia diagnóstica, sendo visualizado uma fistula colo-vesical com trajeto fistuloso em assoalho vesical supratrigonal, constatando também a presença de secreção amarelada com grumos. Devido à sintomatologia apresentada, a coloproctologia recomendou uma colonoscopia, que apresentou no cólon sigmóide grande quantidade de óstios diverticulares de bases largas, resultando na descoberta da diverticulite. Desse modo, a equipe médica decidiu pela realização de uma retossigmoidectomia com anastomose colorretal, por meio de uma incisão mediana transumbilical, bem como a correção do trajeto fistular, no dia 28 de novembro de 2018.</p> <p>DISCUSSÃO: Durante a análise do relato percebe-se a importância de uma boa clínica cirúrgica, uma vez que o paciente em questão passou pelo menos seis meses sintomático (com sintomas clássicos, como fekalúria e dor na FIE) e não teve diagnóstico de suas principais patologias, além de ter sido realizado uma cirurgia teoricamente desnecessária, a cistolitotomia, e que somente no hospital Santa Isabel, teve o acompanhamento correto. Embora muitas vezes seja utilizado o tratamento clínico para diverticulite, o paciente em questão apresentou complicações, como a fistula colo-vesical e por ter características agudizadas, foi escolhido a cirurgia como tratamento definitivo. Também de acordo com a literatura médica, cerca de 95% dos divertículos atingem o cólon sigmóide, assim como no caso relatado, além de elucidar riscos para adquirir esta patologia, e muitos desses fatores são apresentados pelo paciente, como: idade, má alimentação e baixa atividade física.</p>
<p>PO 015-3</p> <p>RELATO DE CASO: RESGATE CIRURGICO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO FASCIOCUTANEO PEDICULADO DE PAREDE ABDOMINAL EM DOIS TEMPOS CIRURGICOS</p> <p>Nicole Braz Campos, Paulo César Silva Azizi, Paulo César Alves Azizi, Janaina Aparecida Silva Braga Azizi, Carlos Bernardo Cola, Maria Eduarda Couto</p> <p><i>Unirio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pele é o câncer mais comum do Brasil. Juntamente com o carcinoma basocelular (CBC), o carcinoma espinocelular ou de células escamosas (CEC) compõe o grupo dos cânceres de pele não melanoma (CPNM). Esse grupo corresponde aos tipos de cânceres de pele mais frequentes, 90% dos casos, e 25% de todos os tumores malignos registrados no Brasil. O carcinoma espinocelular é o segundo tumor maligno de pele mais prevalente após o carcinoma basocelular, sendo o melanoma o mais raro. Sua incidência isolada é superior à soma dos carcinomas de pulmão, cólon, mama, reto e linfomas. A face é o local de acometimento mais frequente. Geralmente o CEC apresenta-se na forma de um nódulo duro na pele com superfície escamosa, podendo também formar uma úlcera. A doença desenvolve-se ao longo de meses e tem maior potencial metastático do que o carcinoma basocelular. Seu principal fator de risco é uma elevada exposição à radiação ultravioleta emitida pelo Sol (UVA e UVB).</p> <p>RELATO DE CASO: L.C, masculino, 84 anos, branco, casado, natural e residente de Curicica - Rio de Janeiro, atendido no ambulatório de cirurgia oncológica do Hospital Universitário Gaffrêe e Guine (HUGG) com lesão cutânea ulcerada recidivada (duas vezes) de bordas irregulares, de aproximadamente 5,5 cm no eixo longitudinal em região extensora de antebraço esquerdo, de crescimento progressivo há um ano, sem linfadenomegalias. O paciente havia sido submetido a duas abordagens cirúrgicas prévias pelo serviço de Cirurgia Plástica do HUGG com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma de células escamosas bem diferenciado Devido à dificuldade prevista para a reconstrução do defeito decorrente do amplo resgate cirúrgico da recidiva, envolvendo pele, subcutâneo, parte da musculatura extensora e todo o periósteo radial dorsodistal, com conseqüente exposição óssea, optamos pelo retalho fasciocutâneo pediculado de parede abdominal no qual o paciente permaneceria com o antebraço esquerdo acolado à parede abdominal por quatro a seis semanas. Paciente foi mantido em controle semanal, apresentando boa integração e viabilidade do retalho após quatro semanas, sendo então submetido, em maio de 2018, ao segundo tempo cirúrgico para liberação do antebraço esquerdo da parede abdominal, com fechamento da área doadora com retalho O para Z.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma espinocelular da pele é uma proliferação atípica de células escamosas da pele, com caráter invasivo e potencial metastático. Pode ocorrer em pele normal, sendo mais frequente em lesões cutâneas precursoras como a ceratose actínica, leucoplasias e radiodermites. É mais prevalente no sexo masculino, após os 50 anos, relacionado a maior exposição solar. Em geral, apresenta características indolentes e pouco agressivas. O paciente evoluiu com excelente integração do retalho, bom resultado estético/funcional obtido, evitando uma possível amputação do antebraço esquerdo e foi encaminhado para a realização de radioterapia adjuvante.</p>	<p>PO 016-1</p> <p>Manejo em 2 tempos de coledocolitíase em paciente hepatopata com CHILD-PUGH C</p> <p>Debora De Sousa Guedes Lopes, Naiara Portugal Dias Bicalho, Adriana Do Nascimento Garcia, Munhan-Gara Mocambite Maia, Felipe Pastana Mano, Danielle Alcantara Barbosa Machado, Aline Sakamoto de Souza Cohen, Marcelo Henrique dos Santos</p> <p><i>Hospital Militar de Area de Manaus - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A litíase biliar deve aumentar nos próximos anos devido a fatores de risco como obesidade e aumento da expectativa de vida.¹ 10 a 15% dos pacientes diagnosticados com colelitíase desenvolverão coledocolitíase.² A maioria dessas doenças necessita de cirurgia como tratamento e a escolha depende das condições clínicas do paciente, da morfologia e localização do cálculo na via biliar.⁴</p> <p>RELATO DE CASO: IQB, 74 anos, mulher, branca, obesa, hipertensa, diabética foi admitida no Hospital Militar de Área de Manaus com dor em epigástrico de moderada intensidade evoluindo há dois dias associada a vômitos. Normocorada, LOTE, afebril, abdome globoso, flácido, doloroso à palpação superficial em epigástrico e hipocôndrio direito, Murphy +. Leuco 16.480 (S: 91%), PCR 213, AST 89, ALT 77, GGT 517, FA 257, TAP/INR 46,5%/1,46, BT 3,4(BD 2,8), amilase 66. RM com fígado de contorno serrilhado, sugestivo de hepatopatia crônica, cálculo ovalado, impactado no hepatocolédoco/junção ducto cístico, medindo ±2,9cm. Dilatação à montante da árvore biliar intra-hepática. Vesícula biliar de paredes espessadas e irregulares, pouco distendida e aparenta contiguidade com transição gastroduodenal. Evoluiu no 4ºDIH com icterícia 3+/4, colúria e distensão abdominal. Sem condições clínicas de intervenção cirúrgica (CHILD C), optou-se por CPRE com papilotomia e prótese biliar. Teve melhora clínica pós-CPRE com resolução total do quadro colestático e sintomático. 3 meses pós-CPRE retorna assintomática, com níveis de BT/BD normais e nova RM mantendo dilatação de vias biliares mas sem a anterior presença de contiguidade com transição gastroduodenal. Sem sinais de descompensação clínica da hepatopatia foi submetida a coledocotomia com retirada do cálculo e da prótese biliar e coledocorrafia primária, sem uso de tubo T. No intraoperatório vesícula atrofica, sem possibilidade de dissecação do leito hepático. Sem fistula em região de duodeno ou estômago. Evoluiu bem, sem queixas até o momento.</p> <p>DISCUSSÃO: Ictericia obstrutiva é frequente nas afecções de vias biliares, mas seu diagnóstico etiológico pode ser desafiador. Dentre as causas destacam-se a doença litíasiaca e suas complicações, como coledocolitíase e Síndrome de Mirizzi.⁵ Nas últimas décadas, o tratamento endoscópico cresceu, porém nos casos da sua falha, a colecistectomia laparoscópica ou aberta combinada com extração transcística de cálculos, exploração do colédoco ou CPRE intraoperatória são boas alternativas.⁶ Neste caso, a CPRE não confirmou a presença da fistula e não foi capaz de remover o cálculo, mas foi fundamental para a melhora clínica da paciente. Após drenagem da via biliar uma abordagem cirúrgica definitiva pôde ser realizada com maior segurança, pois as taxas de complicação de colecistectomia, independente da via, são elevadas em doentes Child-Pugh C.6 A escolha da rafia primária esta associada a menor tempo cirúrgico e retorno precoce a atividades diárias.⁸ Além de ter se mostrado segura em colédocos com diâmetros > 6mm, mesmo sem o uso do tubo T.9</p>

PO 016-2	PO 016-3
<p>TRATAMENTO CIRURGICO EM PACIENTE JOVEM PORTADOR DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Andressa Borges Brito, Patrick Nunes Brito, Dórica Pereira Martins, Anna Carolina Pereira Gomes, Thayná Soares Oliveira, Ariel Teixeira Ribeiro, Paulo Henrique Dias Moraes, Francisco Aguiar Silva Neto</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome hereditária autossômica dominante causada por mutação germinativa no gene supressor de tumor adenomatoso polyposis coli (APC), localizado no cromossomo 5q 22. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de centenas a milhares de pólipos adenomatosos e é vista como um modelo de carcinogênese colorretal em humanos, sendo que acometem o intestino grosso com predomínio do cólon sigmoideal e reto. No Brasil, ocorre 1 caso para 6 a 22 mil nascimentos, a prevalência é de 1/30.000 pessoas afetadas. Geralmente os pólipos começam a desenvolver-se a partir dos 16 anos de idade.</p> <p>RELATO DE CASO: A.P.S. 36 anos, casada, branca, não tabagista, não etilista, apresentando um quadro de dor abdominal e diarreia acompanhado de hematoquezia há três anos e perda ponderal de 14 quilos. Nega DM, Nega HAS. Nega comorbidades, uso de medicações contínuas, alergia e cirurgias prévias. Quando questionada sobre história familiar, relata que apresenta irmão com polipose adenomatosa familiar com história de cirurgia previa e avó materna também portadora da mesma entidade. Na ocasião, deu-se seguimento com ressecção de 15 cm de cólon e anastomose colorretal. Após a cirurgia, o acompanhamento foi baseado na realização de colonoscopia a cada 3 meses, contudo, no último semestre a paciente apresentou múltiplos pólipos sugestivos de malignidade, mas assintomática. Então realizou-se a colectomia total com anastomose ileorretal e dreno para inspecionar cavidade, após 18 dias de pós-operatório, a paciente encontra-se em um bom estado geral e com baixo débito em dreno aguardando alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Durante décadas o câncer colorretal resultante da transformação maligna dos adenomas foi a principal causa de morte de pacientes com polipose adenomatosa familiar e com um melhor conhecimento da doença, diante da possibilidade de diagnóstico precoce, e da cirurgia de colectomia profilática a história vêm mudando. No caso em questão, diante da recidiva a colectomia total foi o tratamento de escolha, onde realizou-se a colectomia mais ileoretoanastomose, esta é a técnica mais simples, tradicionalmente associada com menores índices de complicações pós-operatórias e melhores resultados funcionais, mas tem se tornado uma técnica menos atrativa, pois mantém o risco do câncer devido a presença da mucosa retal. A paciente apresenta um quadro de polipose adenomatosa familiar clássica, além disso, a paciente em questão, está na faixa etária na qual costuma aparecer tumores malignos (entre 35 e 40 anos), portanto o acompanhamento é indispensável. Deve ser realizado, também, o rastreamento de familiares para identificar eventuais portadores do defeito genético, uma vez que filhos desta paciente tem 50% de chance de desenvolver esta patologia. Desta forma, a detecção precoce assume fundamental importância no tratamento, uma vez que permite a realização de colectomia profilática, reduzindo a possibilidade de desenvolvimento de câncer colorretal.</p>	<p>FALHA APONEUROTICA ASSOCIADA DE VASTO MEDIAL COM HERNIAÇÃO DA MUSCULATURA E LIPOMA DE COXA EM PACIENTE FEMININA DE 50 ANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza, Gustavo Rivelli Lamblogia, Amanda Oliva Spaziani, Luiz Gustavo Madi Antonio, Vladimir Tarcisio Delfino de Oliveira, Raissa Silva Frota, Marcos Rogerio Marques, Rodrigo João Lopes Taveiros</p> <p><i>UNIVERSIDADE BRASIL - FERNANDÓPOLIS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Uma hérnia muscular define-se como uma protrusão de tecido muscular através de um defeito na bainha fascial muscular, podem atingir qualquer território, mas são mais frequentes nos membros inferiores, sendo o músculo tibial anterior o mais frequentemente afetado.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo feminino, 50 anos, G2PC2A0, procura atendimento ambulatorial devido à abaulamento de tamanho crescente em região medial de coxa esquerda há um ano e meio, doloroso à palpação e deambulação. Ao exame físico local apresentava-se de consistência endurecida, médio tamanho e doloroso à palpação, mantinha pulsos presentes em membros inferiores, sem edema. Devido ao incômodo referido pela paciente, foi solicitado um ultrassom da região que mostrou um abaulamento nodular isocóico a musculatura, com limites definidos, sem movimento durante o exame dinâmico (flexão e adução), pósterio-medial no terço médio da coxa, de 5,3x5,1 cm. Foi assim diagnosticada com hérnia muscular aponeurótica em terço inferior de coxa esquerda, submetida a tratamento cirúrgico, herniorrafia aponeurótica com tela, após exérese de tecido gorduroso associado a saco peritoneal sub-aponeurótico. Para o procedimento, foi feita uma incisão longitudinal em coxa esquerda, medial, de 10 cm e abertura de tecido celular subcutâneo, ocorreu a identificação da hérnia em músculo vasto lateral da coxa, abertura da aponeurose, exérese conteúdo herniário – um lipoma de 8 cm, colocação de tela de prolipropileno sob aponeurose, fixação com pontos em U, aproximação do tecido celular subcutâneo, suturas e curativo. No primeiro dia pós-operatório, encontrava-se sem sinais flogísticos e obteve alta com antibioticoterapia por 5 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias musculares habitualmente são subdiagnosticadas, usualmente como hematoma ou variz, sua verdadeira incidência é desconhecida. Tais hérnias dividem-se em traumáticas e constitucionais, sendo proposto que as constitucionais podem ter como ponto de origem os orifícios existentes nos compartimentos musculares através dos quais penetram as veias perforantes. Devido ao stress crônico esses orifícios aumentam de dimensão permitindo a protrusão de tecido muscular. As traumáticas são causadas por traumas diretos ou indiretos. A dor é o principal sintoma, o diagnóstico deve ser baseado na clínica e confirmado por exame imagiológico. Não há tratamento ideal, varia de acordo com a sintomatologia e pode incluir repouso, restrição de exercício físico, uso de meias de compressão, cirurgia ou apenas vigilância.</p>
<p>PO 017-1</p> <p>FISTULA ARTERIOBILIAR POS ESTENOSE DE VIA BILIAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Bruna da Silva Feitosa, Lívia Gabriela Campos Alves, Renata Gabriela de Moraes Vargas, Maurício Vilela Freire, Rodrigo Silveira Rocha, Tristão Maurício de Aquino Filho, Marcel Takeshi Shono, Renato Ayorza Silva</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões de vias biliares são situações clínicas de alta complexidade. Mesmo diante de uma abordagem cirúrgica precoce, apresentam diversas complicações, sendo a reestenose a principal. As fistulas arteriobilíares são complicações relativamente raras e sua etiologia é variável. Normalmente são consequentes de cirurgias envolvendo o sistema hepatopancreatobiliar. Queixas como icterícia, dor em hipocôndrio direito e hemorragia digestiva alta (HDA) estão presentes em 33% dos casos, os quais, somados à existência de hemobilíia massiva, traduzem uma urgência médica. Portanto, o diagnóstico precoce dessa complicação é de extrema importância na condução clínica e no prognóstico do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 56 anos, submetida à colecistectomia convencional em 2013, cursando com lesão de via biliar e estenose. Optado por tratamento cirúrgico com derivação biliodigestiva e reconstrução do trânsito em Y de Roux com inserção de prótese em ducto hepático esquerdo, realizado em 2014. Após 4 anos, cursou com icterícia, prurido cutâneo, acolia fecal, colúria e febre à admissão, negando dor abdominal. Os exames de imagem demonstravam estenose suboclusiva da anastomose hepático-jejunal e obstrução da prótese biliar previamente implantada, associadas à ectasia de ramos biliares intra-hepáticos à esquerda, e aerobilíia. Durante tentativa de retirada da prótese biliar, evoluiu com hematêmese de grande monta e choque hemorrágico, controlada após embolização de urgência em artéria hepática esquerda hipoplásica e colocação de dreno biliar. Após o procedimento, cursou com colangite e, posteriormente, melena, hematêmese e hemobilíia, com queda dos níveis séricos de hemoglobina e instabilidade hemodinâmica. Novos exames revelaram fistula arterioiliar em ramo esquerdo da artéria hepática, tratada com embolização desse ramo. Evoluiu com melhora clínica e estabilidade hemodinâmica.</p> <p>DISCUSSÃO: Fistulas arteriobilíares e hemobilíia são causas raras de HDA. A manipulação das vias biliares, cirúrgica ou não, pode cursar com lesões e estenose dessas estruturas, e esporadicamente na formação dessas fistulas. Hematêmese, melena, icterícia e dor em hipocôndrio direito são os principais sintomas e, quando presentes em conjunto, formam a tríade de Quincke. Tal quadro clínico apresenta uma evolução dramática, podendo cursar com instabilidade hemodinâmica como no caso descrito, representando uma emergência médica. A embolização por hemodinâmica é uma das principais formas de tratamento por ser uma via de manejo rápido, com uma taxa inicial de controle da hemorragia entre 89-98%. No caso acima, foi realizada a embolização do ramo segmentar da artéria hepática esquerda, que se mostrou eficaz no controle do sangramento. Em suma, mesmo cirurgias relativamente simples podem evoluir com complicações temerosas como fistulas arteriobilíares, que, embora raras, representam uma emergência clínica, impactando diretamente no prognóstico destes pacientes.</p>	<p>PO 017-2</p> <p>APENDICITE GANGRENOSA EM PACIENTE COM VARIAÇÃO ANATOMICA DE CECO: RELATO DE CASO.</p> <p>João Victor Pereira Gomes, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Débora Coelho Duarte, Gavroche Bezerra Toscano de Mendonça, João Antônio Américo Machado Batista, Eldan Júnior Araújo Silva, Jorge Luiz Carvalho Cunha Gomes Abrantes, Ana Cecília de Sousa Prado</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite é a causa cirúrgica mais comum de dor abdominal em atendimentos de urgência. Seu diagnóstico é habitualmente fácil e essencialmente clínico. O diagnóstico diferencial e as variações anatômicas representam os principais entraves em seu reconhecimento clínico, o que propicia atraso em relação ao diagnóstico e tratamento e aumento das chances de complicação. Apresentamos um caso de paciente com quadro sugestivo de apendicite em que no ato operatório foi evidenciada variação anatômica no ceco, a qual modificou a abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 22 anos, pardo, solteiro, admitido com dor abdominal em cólica, mais intensa em fossa ilíaca direita, início há 02 dias, progressiva, associado a náuseas, vômitos alimentares e febre não aferida. Sem história patológica prévia. Paciente em regular estado geral, nível de consciência preservado, febre (38,4°C), acianótico, anictérico, fácies algíca, hidratado, taquicárdico, taquipneico. FC: 130 bpm, PA: 140 x 80 mmHg. Exame do tórax, murmúrio vesicular presente, sem ruído adventício. Abdomen plano, flácido, indolor à palpação superficial, sinal de Blumberg presente, ruído hidroaéreo presente, sem visceromegalias. Realizado analgesia, hidratação, radiografia de abdome agudo, laboratoriais. Hb: 13,4 g/dL; Ht: 40,3%; leucócitos: 18400/mm³; Plaquetas: 267.000/mm³; Radiografia de tórax sem alterações. Radiografia de abdome gás no reto, distensão de alças colônicas, apagamento do psoas à direita. Realizado hipótese diagnóstica de apendicite, então, submetido à laparotomia exploradora, incisão de McBurney, exploração da cavidade é identificado ceco localizado em ângulo hepático, apêndice hiperemiado com focos de necrose (fase III). Realizou-se conversão para incisão mediana, apendicectomia, limpeza e drenagem da cavidade abdominal. Paciente evoluiu no pós-operatório com drenagem de líquido sero-hemático em pequeno volume pela ferida operatória, sem sinais flogísticos, sem sinais de irritação peritoneal, reintroduziu dieta com boa aceitação, estimulando deambulação precoce. Alta médica no 3º dia pós-operatório, assintomático, retorno ao ambulatório de cirurgia geral em 15 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite é a principal causa de abdome agudo no Ocidente, sua sintomatologia clássica está presente em cerca de 60% dos pacientes. Seu diagnóstico precoce é extremamente importante para reduzir a morbimortalidade da patologia. Dessa forma, é importante ter essa entidade como hipótese diagnóstica na prática médica para efetiva prevenção secundária.</p>

PO 018-2	PO 018-3
<p>ESTENOSE VAGINAL POS QUIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE E AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, David Pessoa Morano, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Paulo Roberto da Silva Júnior, Hianny Ribeiro Cabral</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil. Dentre os vários tipos histológicos, o adenocarcinoma é mais prevalente. O tratamento depende da localização do tumor, que quando em reto baixo e estágio superior a 3, necessita de neoadjuvância com radioterapia e quimioterapia, que não é isenta de complicações. Algumas destas são mais frequentes e outras raras, como a estenose vaginal (EV), que é uma complicação conhecida após radioterapia em tumores ginecológicos, rara em tumores anais e incomum em tumores retais baixos. A adoção de medidas preventivas como a fisioterapia vaginal ou manutenção das relações sexuais orientadas, colaboram diminuindo sua incidência e melhoram a qualidade de vida das pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO DO CASO: N.C.S, 29 anos, natural, residente e procedente de Campina Grande, realizou retossigmoidectomia por tumor em sigmoide. No 5º mês de seguimento pós operatório, apresentou hematoquezia e melena, notando-se ao exame lesão estenosante circunferencial e frível, desde o canal anal até o reto médios, confirmada pela colonoscopia. Biópsia revelou se tratar de um adenocarcinoma mucinoso, pelo que a paciente realizou Quimiorradioterapia neoadjuvantes e foi submetida a amputação abdominoperineal do reto. Evoluiu bem no pós-operatório, com alta hospitalar no 6º dia de internação. Cerca de 3 meses após a cirurgia, referiu intensa dispareunia, o que trouxe grande prejuízo para qualidade de vida da paciente, visto que acabara de casar-se. Ao exame, tratava-se de uma estenose vaginal pós-neoadjuvância e pós amputação abdominoperineal de reto.</p> <p>DISCUSSÃO: DISCUSSÃO: A estenose vaginal corresponde ao acometimento vaginal, dos tecidos conectivos e dos microvasos, levando a hipofluxo sanguíneo e desenvolvimento de telangiectasia. Isso resulta em atrofia tecidual, diminuição da espessura da mucosa da vagina, diminuição de sua lubrificação, além da formação de fibrose e aderência, com perda da elasticidade vaginal. Essas alterações intensificam-se pela diminuição ou ausência de função ovariana, induzida pela radioterapia, que pode provocar deficiência estrogênica. A combinação desses efeitos, leva à disfunção sexual, dificulta os exames ginecológicos de rotina e o seguimento clínico das pacientes. Existem estudos que demonstram a influência da dosagem da radioterapia no surgimento da estenose vaginal (EV), de forma que doses radioterápicas na vagina superiores a 36,8 Gy predisõem o aparecimento da EV.</p>	<p>TRATAMENTO DE RINOFIMA POR ELETROCAUTERIZAÇÃO: RELATO DE CASO</p> <p>CAMILA SARAIVA ALMEIDA, RAFAEL ANDRES, THIAGO DOS SANTOS PEREIRA, CARLA BASTOS DE ALMEIDA</p> <p><i>Hospital Cristo Redentor - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Rinofima é considerada o estágio final de evolução da rosácea, uma dermatose inflamatória crônica, que se caracteriza por uma hiperplasia progressiva das glândulas sebáceas e do tecido conjuntivo da região nasal. Clinicamente, manifesta-se por espessamento nodular da pele, dilatação dos poros, presença de telangiectasias e crescimento exofítico irregular- podendo levar à deformidade completa do nariz e comprometer a função respiratória por causar obstrução nasal em casos avançados. A associação de 15 a 30% de carcinoma basocelular também deve ser ressaltada, necessitando análise histopatológica após a exérese da lesão. Acomete majoritariamente o sexo masculino, de etnia branca, com mais de 40 anos, sendo a exposição solar prolongada, o tabagismo, o etilismo e a história familiar prévia fatores de risco para o seu desenvolvimento. O objetivo deste trabalho é relatar o tratamento de rinofima por eletrocauterização.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.L.M, masculino, pardo, 79 anos, procurou atendimento médico por apresentar crescimento progressivo de volume nasal, com deformidade acentuada em asa nasal esquerda, levando à dificuldade respiratória. Era hipertenso, asmático e negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico, observou-se aumento do volume nasal por lesões papulonodulares, dilatação dos poros pilosebáceos e tumoração acentuada em asa nasal esquerda, levando a obstrução quase completa desta narina – quadro compatível com rinofima. O tratamento cirúrgico utilizando eletrocautério foi a opção de eleição para a abordagem da lesão. Após a anestesia geral, foi realizada a ressecção da lesão com eletrocautério monopolar, realizado hemostasia rigorosa e enviado a material para anatopatológico. Realizou-se curativo oclusivo com aquacel – curativo superabsorvente de hidrofibras antimicrobiano, estéril, composto por carboximetilcelulose sódica e prata. Paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte ao procedimento com o mesmo curativo oclusivo. Retornou após dois dias para a troca do mesmo. Posteriormente, a troca de curativos foi realizada a cada 05 dias, com curativo oclusivo com pomada com 5mg/g de sulfato de neomicina e 250UI/g de bacitracina zínica.</p> <p>DISCUSSÃO: A Rinofima impacta de forma negativa a qualidade de vida dos pacientes, tanto em termos funcionais, como em termos psicológicos, podendo levar a baixa autoestima e ao isolamento social. O tratamento definitivo, realizado através de abordagens invasivas, visa recriar o contorno nasal e corrigir possível obstrução nasal associada, promovendo uma melhoria na qualidade de vida e autoestima dos pacientes. O tratamento de eleição para abordagem do caso descrito foi a eletrocauterização, método simples, resolutivo e amplamente disponível em centros cirúrgicos. O resultado final foi bastante satisfatório, com melhora funcional e estética para paciente, que não apresentou recidivas.</p>
<p>PO 019-1</p> <p>AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>DIEGO GARCIA MUCHON, HECTOR TAVEIRA MARTINS, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A agenesia de vesícula biliar (AVB) é uma rara anormalidade que resulta da falha no desenvolvimento do broto ventral a partir da parte caudal do intestino anterior.[1] Pode estar associada a outras anormalidades congênitas do aparelho digestivo, genit urinário e cardiovascular das quais podem até ser incompatíveis com a vida[9]. Descrita primeira vez por Bergman (1702)[2], calcula-se que sua incidência varia de 0,01% a 0,75%, mais frequente em mulheres[3-7]. Geralmente são assintomáticos, porém cerca de 23 a 50% podem manifestar sintomas de dor em hipocôndrio direito, dispepsia e icterícia.[8] A ressonância magnética das vias biliares é considerada o padrão ouro para o diagnóstico de AVB. [9] A laparoscopia e CPRE diagnóstica podem ser necessárias.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.R.A, sexo feminino, 40 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente com queixa de dor tipo "queimação" há dois anos, de moderada intensidade em hipocôndrio direito, com piora após alimentação gordurosa e melhora ao uso de analgésicos comuns. A paciente negou febre ou demais sintomas bem como antecedentes patológicos de base e uso de medicamentos contínuos. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, eupneica, anictérica. Abdome plano, normotenso, indolor à palpação, sem sinais de peritonite. A paciente apresentava 3 exames de ultrassonografia abdominal (USG) prévios, sendo que nos dois primeiros foram interrogados respectivamente uma vesícula contraída e jejum inadequado ao exame, já que não foi visualizada a vesícula biliar. O terceiro USG foi laudado como vesícula biliar de difícil caracterização identificando imagem hiperrefringente, medindo cerca de 47 x 17 x 17 mm e hipótese de vesícula escleroatrófica repleta de cálculos. Optou-se então pela realização de colecistectomia videolaparoscópica. Durante o procedimento visualizou-se o ducto colédoco, ducto hepático comum, ductos hepáticos direito e esquerdo, sem visualização da vesícula biliar. Feita a revisão da cavidade não foram constatadas outras anomalias (Figura 1). Após a videolaparoscopia prosseguiu-se a investigação com colangiressonância que evidenciou AVB sem alterações das vias biliares intra e extra-hepáticas (Figura 2).</p> <p>DISCUSSÃO: A AVB é uma anomalia rara, de difícil diagnóstico e com sintomatologia semelhante às complicações da coledolitase. O tema comum emergente de muitos casos relatados é a dificuldade de diagnóstico no pré-operatório. Isto provavelmente relaciona-se à baixa prevalência da patologia. Em até 40-65% dos casos, está associada a outras más formações congênitas. Assim, questiona-se a tendência genética dos pacientes desenvolverem essa anomalia e a necessidade de investigação destes pacientes com exames complementares para que não ocorram intervenções desnecessárias. O USG e tomografia computadorizada de abdôme podem fornecer um diagnóstico errôneo, sendo a colangiressonância o exame com maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da AVB.</p>	<p>PO 019-2</p> <p>COLONOSCOPIA DE SCREENING COMO METODO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DE TUMOR COLORRETAL RARO</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, David Pessoa Morano, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Paulo Roberto da Silva Júnior, Hianny Ribeiro Cabral</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colonoscopia de screening é um excelente método diagnóstico e terapêutico para tumores colorretais mais prevalentes e também de neoplasias raras como o Tumor Neuroendócrino retal. A identificação destas ainda em fase inicial, sucede um melhor prognóstico e melhor qualidade de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO DO CASO: M.P.S, feminina, 52 anos, parda, natural, residente e procedente de Campina Grande-PB, operadora de caixa em supermercado, casada, Ensino Médio Completo, católica. Paciente negava quaisquer sintomas, porém procurou o médico para realização de check-up, sendo solicitada uma colonoscopia de screening. O exame evidenciou lesão polipoide no reto inferior, medindo aproximadamente 1,5 cm, móvel, endurecida e amarelada, sendo realizada polipectomia e foi solicitada a biópsia do espécime. O histopatológico evidenciou neoplasia de células pequenas, monomórficas de arranjo glandulariforme, localizada em submucosa do reto. Foi realizada imunohistoquímica, que demonstrou Ki-67 positivo em menos de 2% das células neoplásicas, concluindo ser um quadro morfológico e imunohistoquímico compatíveis com tumor neuroendócrino Estadio I. Após 3 meses, foi realizado nova colonoscopia com biópsia da cicatriz, sem recidivas. A paciente atualmente segue em acompanhamento clínico, sem sintomas e evidência de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: DISCUSSÃO: Os Tumores Neuroendócrinos (TNEs) compreendem 0,49% dos tumores malignos e o segundo local mais acometido é o reto. Acomete mais o sexo feminino, com pico de incidência aos 50 anos de idade. Metade dos casos é assintomático, porém há relato de sangramento retal e dor abdominal. O diagnóstico é feito a partir da colonoscopia com biópsia da lesão e imunohistoquímica apresentando Ki-67 positivo. A decisão terapêutica, o prognóstico e a necessidade de maior rigor no seguimento dependem do diâmetro tumoral, de seu grau de diferenciação, localização e presença de metástase linfonodal ou a distância. Estudos atuais demonstram que tumores de 11 a 19mm parecem ter comportamento clínico semelhante as lesões maiores de 20mm, no que diz respeito à presença de metástase ao diagnóstico e progressão da doença, favorecendo um protocolo agressivo de estadiamento e manejo para tumores carcinoides neste intervalo de tamanho. A cura é possível com cirurgia ou ressecção local e a escolha da modalidade depende do tamanho tumoral, diferenciação, estadiamento e presença de metástase ao diagnóstico da doença.</p>

PO 020-2	PO 020-3
<p>HERNIA DE AMYAND: APRESENTAÇÃO DE UM CASO DO PRONTO SOCORRO DE CUIABÁ.</p> <p>Jacqueline Jéssica De Marchi, Karina Fieldkircher Abreu, Débora Viana Nunes, Ana Beatriz Lustosa Nascimento, Rafael Lopes Moreira, Guilherme Affini Severian Vieira, Alexandre Girard Ribeiro da Silva, Paulo Kentaro Fugiyama</p> <p><i>Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia inguinal encarcerada com presença do apêndice vermiforme é denominada de hérnia de Amyand (HA). Esta é uma patologia rara, com incidência entre 0,19% a 1,7% e que possui diversas apresentações. Pode estar sem inflamação, com infecção ou perfurada. Comumente confundida com outras patologias, devido às suas manifestações clínicas e ausência de alterações em exames de imagem, sendo diagnosticada no intraoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G.J.O., sexo masculino, 30 anos, tabagista, residente de Cuiabá, buscou pronto atendimento com queixa de dor em queimação há cerca de 1 mês na região da fossa ilíaca direita e epigástrico, com intensidade de 9/10. Relato melhora da dor ao uso de Metamizol, piora ao decúbito lateral, acompanhada de calafrios noturnos e insônia, devido à dor. Além disso, referiu polaciúria. A ultrassonografia (USG) evidenciou na cicatriz umbilical saco herniário (SH) contendo tecido adiposo, com variação de volume às manobras compressivas e respiratórias. O diagnóstico foi de hérnia inguinal direita encarcerada, com encaminamento à hernioplastia inguinal direita. Na cirurgia, foi identificado espessamento e edema das estruturas do cordão espermático, sendo observado abscesso local e apêndice cecal parcialmente necrosado, encarcerado e fixo dentro do SH. Identificado apêndice GRAU 4A e realizado dissecação do apêndice vermiforme. Realizada apendicectomia, sem intercorrências. Permaneceu internado durante 5 dias, para antibioticoterapia (Ceftriaxona e Metronidazol).</p> <p>DISCUSSÃO: A HA é tipicamente caracterizada por dor no quadrante inferior direito do abdome, associada a uma massa sensível, tensa e irreductível na região inguinal direita. Essa descrição pode levar ao diagnóstico de hérnia inguinal complicada, o que justifica o fato do diagnóstico de HA ser intraoperatório. Essa hérnia está associada à apendicite aguda em apenas 0,13% dos casos, apresentando sintomas como náuseas, vômitos e anorexia. A etiopatogenia da apendicite aguda se fundamenta na associação entre o encarceramento e inflamação do apêndice cecal no SH, isso devido ao fenômeno isquêmico pela compressão do anel herniário. Em relação à conduta do tratamento deve-se analisar a característica do apêndice, a infecção local e a idade do paciente. Geralmente a abordagem cirúrgica inicial é independente do conteúdo, porém há controvérsia a respeito da excisão do apêndice ileocecal. Para tanto, existem algumas classificações. No caso do paciente, a hérnia é classificada em: Tipo II – HA com apendicite aguda e infecção contida ao SH, de acordo com Losanoff e Basson; e Tipo b – HA com apêndice inflamado, de acordo com Fernando e Leelaratre. O tratamento cirúrgico indicado é apendicectomia por via inguinal e herniorrafia.</p>	<p>DESVIO DE TRANSITO INTESTINAL POR COLOSTOMIA EM PACIENTE COM QUEIMADURA EM REGIAO PERINEAL: RELATO DE CASO</p> <p>CAMILA SARAIVA ALMEIDA, RAFAEL ANDRES, CARLA BASTOS DE ALMEIDA, MARIA DA GRAÇA FIGUEIRA COSTA</p> <p><i>Hospital Cristo Redentor - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Queimaduras em região perineal e glútea representam um desafio na prática médica, uma vez que são áreas mais expostas ao contato com as fezes e, conseqüentemente, apresentam um risco maior de contaminação. Além disso, queimaduras perineais podem provocar escapes fecais, contribuindo para um aumento de infecções, perda de enxerto, sepse e infecções urinárias. Assim, estratégias de desvio das fezes da área queimada devem ser prioridades no tratamento, a fim de evitar complicações infecciosas e reduzir a mortalidade nesses pacientes. O objetivo deste trabalho é relatar o manejo de queimadura perineal através do uso profilático de colostomia, como uma forma de desvio intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, branca, 22 anos, foi encaminhada para a Unidade de Queimados, quatro horas após sofrer queimaduras térmicas de 3º grau em região glútea e região posterior dos membros inferiores ao ficar acidentalmente presa dentro de forno elétrico industrial, enquanto realizava sua limpeza. Ao exame físico, apresentava-se estável, afebril, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 15, sem déficit focais e presença de equimoses e escoriações em abdome superior. Foi conduzida diretamente para balneoterapia, com a abertura dos curativos pré-existentes do atendimento inicial, para o mapeamento das áreas queimadas e banho com água corrente e clorexidina 2%. Apresentava 17,5% da superfície corporal queimada, a partir da tabela de Lund e Browder, com acometimento de 3º grau em perineo, face interna da coxa esquerda e face interna e lateral de ambas as pernas. Foram feitos curativos com sulfadiazina de prata nas áreas atingidas e na região do perineo acrescentada pomada de neomicina. Durante a internação, para prevenir o contato com fezes líquidas na região do perineo, foi colocada uma sonda retal; porém com a evolução da paciente para um quadro de constipação e risco de possível escape de fezes, optou-se pelo desvio intestinal profilático por colostomia. Ao longo da internação, paciente foi submetida a diversos desbridamento e enxertia nas áreas atingidas.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à proximidade com a região anal, as queimaduras perineais apresentam um risco maior de infecção local e sepse. Assim, para minimizar as complicações que envolvem essa área e obter melhores resultados terapêuticos, deve-se ter como prioridade o desvio das fezes nesses pacientes. O uso profilático e temporário de colostomia, em queimaduras de 3º grau na região perineal, mostra-se necessária para diminuir os riscos de contaminação local e prevenir desfechos desfavoráveis no paciente em tratamento.</p>
<p>PO 021-1</p> <p>REOPERAÇÃO LAPAROSCOPICA POR CALCULO RESIDUAL EM INFUNDIBULO APOS COLECISTECTOMIA PARCIAL POR MINILAPAROTOMIA</p> <p>SERGIO LUIZ MELO ARAUJO, GUILHERME COSTA CRISPIM DE SOUZA, DANILO ROBERTO TAVARES CARDOSO</p> <p><i>HRAN UCG - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Colecistectomia é uma das cirurgias mais realizadas no mundo. Infelizmente, no Brasil, em vários serviços médicos, principalmente do sistema público de saúde, ainda é oferecida a laparotomia como via de acesso, em casos eletivos, mesmo com a laparoscopia tendo se tornado padrão ouro no tratamento da colelitíase há décadas. Diante desta realidade, por vezes nos deparamos com complicações pós-operatórias relacionadas a esta técnica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, de 27 anos, com relato de colecistectomia por laparotomia, sem colangiografia, com incisão subcostal direita de 3 cm de extensão, realizada em caráter eletivo, por colecistopatia crônica calculosa. O procedimento ocorreu há 3 anos, em serviço público de saúde do Distrito Federal. Exame histopatológico revelou vesícula biliar com colecistite crônica. Após recuperação pós-operatória, a paciente persistiu referindo dor abdominal, náuseas e plenitude pós prandial prolongada. Ecografia abdominal, bem como ressonância magnética do abdome superior confirmaram presença da vesícula biliar com cálculo em seu interior. Com suspeita de calculose em Neovesícula, a paciente foi agendada para Colecistectomia por videolaparoscopia. O achado cirúrgico inicial foi de múltiplas aderências firmes do duodeno ao leito vesicular. Após liberação de aderências, restou identificada vesícula biliar com presença de fio de sutura inabsorvível na sua porção distal, além de triângulo de Calot sem sinais de manipulação cirúrgica. Colangiografia peroperatória confirmou ducto cístico e vias biliares normais. O achado é compatível com colecistectomia parcial por ligadura infundibular e cálculo residual no infundíbulo. Histopatológico mais uma vez atestou vesícula biliar com colecistite crônica. A paciente teve alta precoce e boa evolução pós-operatória, incluindo remissão completa dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: A conhecida "Síndrome pós-colecistectomia" está relatada como a persistência de sintomas biliares após colecistectomia. Embora frequente, a maioria dos casos é tratado clinicamente, sendo que uma pequena porção dos seus portadores tem um dos vários diagnósticos que levam à um reoperação. Dentre os paciente reoperados após colecistectomia, estima-se que apenas 2,5% chega-se ao diagnóstico de colecistectomia parcial com cálculo residual em infundíbulo. A colecistectomia parcial é complicação rara e está relacionada principalmente à má técnica operatória, especialmente quando há dificuldade da identificação correta dos parâmetros anatômicos do triângulo de Calot.</p>	<p>PO 021-2</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO RETAL VIA PERINEAL ATRAVES DA TECNICA DE DELORME ASSOCIADA A ESFICTEROPLASTIA E CIRURGIA DE PARKS</p> <p>Lais Rocha Brasil, Ana Julia Ferreira Fernandes, Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Addressa Santos Osório, Anna Carolina Pereira Gomes, Lucas Oliveira Cunha, Paulo Henrique Dias Moraes</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Prolapso do reto significa a saída completa ou "parcial" desse segmento do intestino grosso pelo ânus, podendo ser aparente ou oculto. O prolapso retal é mais prevalente em mulheres com mais de 60 anos. Os sinais e sintomas do prolapso estão na dependência do estágio de desenvolvimento da anomalia. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento é cirúrgico. A escolha da melhor opção deve embasar-se na correção do prolapso e restauração da função anorretal de maneira a evitar recidivas.</p> <p>RELATO DE CASO: C.M.N., feminino, 80 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica, procurou atendimento médico com quadro de dor e sangramento anal contínuo, associado a dor abdominal em baixo ventre e astenia, há 8 dias. Refere quadro semelhante anteriormente e histórico de hemorroidas. Ao exame físico fora realizado o diagnóstico de prolapso retal, onde a conduta escolhida para o caso fora a abordagem cirúrgica. Sendo feita a incisão em mucosa 2,0 cm próxima da linha pectínea, seguida da infiltração de todo prolapso com solução diluída de adrenalina, dissecação e exérese de mucosa de toda a circunferência do prolapso até seu ápice. Ainda, realizou-se sutura com fio absorvível fazendo a plicatura da musculatura com quatro pontos cardeais e quatro pontos intercalados. Por fim, foi realizada a invaginação do reto, e a realização de uma incisão semi-circular posterior ao reto, ademais a dissecação do esfíncter externo e musculo puborretal, seguidos da aproximação da musculatura e fechamento da pele. Após o procedimento cirúrgico, paciente apresenta queixa de vômitos, dor local na região operada e astenia. Paciente veio a óbito no primeiro dia de pós-operatório devido à insuficiência respiratória.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem cirúrgica dos prolapsos retais pode ser feita por duas vias principais: transabdominal e perineal. A escolha do procedimento a ser utilizado é discutível, já que nenhuma técnica é completamente eficaz. A abordagem perineal por sua vez é menos traumática para o paciente, porém tem um índice de recidiva maior e é indicada a pacientes com alto risco anestésico cirúrgico e uma baixa expectativa de vida. A técnica de Delorme é essencialmente uma proctomia mucosa e um procedimento de plicatura da muscular, e está associada a baixos índices de mortalidade. O caso apresentado foi compatível com a técnica escolhida, no entanto devido a idade, e complicações adjacentes ao procedimento realizado não houve êxito em seu desfecho.</p>

PO 021-3	PO 022-1
<p>Síndrome de Fournier</p> <p>Izabella Costa Amaral, Sabrina Rafaela de Jesus Pimenta, Ingrid Ferreira Santos, Rogério Morale de Oliveira, Santhiago Cardoso Pereira</p> <p><i>UFG-REGIONAL JATAI - Jataí - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Fournier (SF) é uma fascíte necrosante, caracterizada, na fisiopatologia, por edemite obliterante, seguida de isquemia e trombose dos vasos subcutâneos, que resultam em necrose da pele, tecido celular subcutâneo e adjacentes tornando possível a entrada da flora normal da pele. Três aspectos fundamentais do quadro são: início abrupto em homens jovens entre a segunda e sexta décadas de vida e saudáveis, rápida progressão e ausência de agente causador específico. A terapêutica abrange antibioterapia de amplo espectro, desbridamento precoce e posteriormente, reconstrução de áreas afetadas realizada com autoenxertos ou retalhos cutâneos.</p> <p>RELATO DE CASO: J.L.S., 67 anos, masculino, hipertenso, apresentou no dia 20/09/18 prurido intenso em pênis que evoluiu no dia seguinte para ferida ulcerada no local. Admitido na UPA de Mineiros evoluiu com febre, edema de pênis e bolsa escrotal e aumento da ferida, foi encaminhado para o Hospital Municipal de Jataí. Deu entrada neste com instabilidade hemodinâmica, Glasgow 12, taquipneia e taquicardia, PA 90x60 mmHg. Apresentava edema e hiperemia em região inguinal e pênis, além de necrose e descamação epidérmica em bolsa escrotal, com hipótese diagnóstica de SF e choque séptico. Em 26/09/18 foi realizado desbridamento e ressecção parcial de bolsa escrotal sem intercrrências. O resultado da cultura foi positivo para <i>Staphylococcus haemolyticus</i>. Após vinte dias realizou-se novo desbridamento e ressecção da necrose no púbis. No dia 02/11/18 realizou-se a reconstrução escrotal/ plástica peniana, utilizando retalho fascio-cutâneo medial da coxa para confecção de nova bolsa escrotal; além de retalho de avanço abdominal e enxerto de pele no pênis, tendo como área doadora punhos e região clavicular. No 8º pós-operatório identificou-se secreção purulenta na ferida e a cultura do dia 13/11 foi positiva para <i>Klebsiella</i>. Esta nova infecção causou deiscência dos pontos e perda de alguns enxertos. No dia 19/12, após melhora do quadro infeccioso paciente foi submetido a um reajuste dos enxertos. Totalizando 91 dias de internação e 4 procedimentos cirúrgicos o paciente recebe alta no dia 24/12 com região peniana, coxas e bolsa escrotal com cicatrização em bom aspecto.</p> <p>DISCUSSÃO: Diante da rápida evolução da SF o diagnóstico e tratamentos precoces são fundamentais para o melhor prognóstico haja visto sua alta morbimortalidade. A grande quantidade de medicamentos pode, muitas vezes, prejudicar a função renal evoluindo até insuficiência. Preservar a função sexual é outra questão relevante, no relato descrito a função foi mantida, porém, devido ao uso do retalho da coxa, a temperatura dos testículos não fica adequada para maturação dos espermatozoides, podendo causar infertilidade. O tempo entre as manifestações iniciais e a reconstrução dura cerca de 30 dias, mas pode se arrastar por meses no caso de intercrrências, infecções e queda do estado geral do paciente.</p>	<p>MANEJO CIRURGICO DA SINDROME DE MIRIZZI TIPO II</p> <p>Ana Júlia Ferreira Fernandes, Laís Rocha Brasil, Andressa Borges Brito, Éverton Pereira Dias Lopes, Vinícius Castro Barbosa Fonseca, Paulo Henrique Dias Moraes, José Arruda Silva, Rone Antônio Alves Abreu</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi é uma condição rara encontrada em 0,05 a 2,7% dos pacientes submetidos a colecistectomia. É mais comum no sexo feminino e acima dos 50 anos. Resulta na obstrução por cálculo do infundíbulo vesicular ou do ducto cístico causando compressão extrínseca do ducto hepático comum. O objetivo deste relato é apresentar o caso de um paciente portador de síndrome de Mirizzi tipo II e a conduta realizada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M. M. A., sexo masculino, 40 anos, admitido no Hospital Regional de Araguaína com histórico de perda ponderal de 8 kg em três meses, febre, icterícia, colúria e acolia fecal e suspeita diagnóstica anterior de hepatites virais. Ao exame: abdome indolor a palpação. Foram realizados exames subsidiários. Teste de hepatites: não reagente. Enzimas caniculares: Fosfatase Alcalina: 174 U/L e GGT: 189 U/L. Bilirrubina Total: 19,71 mg/dL; Bilirrubina direta: 16,28 mg/dL; Bilirrubina indireta: 3,43 mg/dL. Ultrassonografia de abdome total: coledocolitíase com sinais de obstrução das vias biliares. Colangiressonância: cálculo medindo 16 mm nas porções distais do colédoco, determinando acentuada dilatação da via biliar a montante. Optou-se pela realização de papilotomia endoscópica via CPRE para identificação e retirada de cálculo único medindo aproximadamente 2 cm de diâmetro. O paciente foi submetido a incisão de Kocher. No intra-operatório foi evidenciada vesícula biliar com parede espessada e friável e vias biliares dilatadas com distorção anatômica. Além disso, observou-se a presença de fistula colecistobiliar, sendo classificada como Mirizzi tipo II. As estruturas foram isoladas e realizou-se colecistectomia com exploração das vias biliares e introdução do cateter de Kehr. A cavidade peritoneal foi drenada com dreno tubo laminar, localizado no espaço de Morrison. A dieta foi liberada no segundo dia de pós-operatório, com boa aceitação.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente a síndrome de Mirizzi é classificada em cinco tipos sendo de tipo II quando há presença de fistula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 do ducto hepático comum ou colédoco. Apenas 9% dos pacientes com essa condição são do sexo masculino. Os achados de icterícia, acolia fecal, colúria e febre estavam presentes, compatível com a literatura. Porém o paciente negava dor, sintoma sempre presente em outros relatos. Estudos anteriores evidenciaram a presença de coledocolitíase em 61,5% dos casos. A conduta terapêutica preferencial é a anastomose biliodigestiva que nesse caso não foi realizada, uma vez que, optou-se por CPRE com papilotomia ampla. O diagnóstico pré-operatório é o ideal, mas somente é feito em 50% dos casos não só pelo fato de que a apresentação clínica e laboratorial não ser específica, mas também, devido a essa ser uma causa rara de icterícia.</p>
<p style="text-align: center;">PO 022-2</p> <p>Caso atípico de polipose adenomatosa familiar: evolução em idade tardia e associação a câncer de endométrio</p> <p>Luciana Ayres de Oliveira Lima, Renata Guerreiro Maia, Camila Ferraz Rafael, Romualdo Silva Corrêa, Tayane Karen Souza, Lucas de Sousa Bacellar, Pedro Vinícius Aquino Chaves, Anna Gabriela dos Santos Silva</p> <p><i>LNRCC - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença de origem hereditária, autossômica dominante, em que há mutação no gene APC, levando à formação de inúmeros adenomas no intestino grosso que podem evoluir para adenocarcinoma. A PAF é responsável por 1% de todos os casos de câncer colorretal.</p> <p>RELATO DE CASO: E.M.A.S., sexo feminino, 65 anos, viúva, aposentada, residente em Natal, apresentou queixa de diarreia intermitente e hematoquezia por 8 meses, associada à história familiar de 3 irmãos com câncer colorretal. Em razão disso, foi realizada colonoscopia que revelou múltiplos pólipos (>50) e lesões vegetantes em ceco e reto. Após resultado de biópsia, teve-se o diagnóstico de PAF, adenocarcinoma mucinoso de reto sincrônico ao de ceco. Como tratamento da PAF e do câncer, foi realizada a proctocolectomia total e ileostomia definitiva, com sucesso. Porém, após 5 anos, apresentou sangramento uterino anormal, o qual após investigação revelou, à histeroscopia diagnóstica, espessamento de endométrio (15,7mm) e, ao anatomopatológico, carcinoma endometrióide. A tentativa de tratamento cirúrgico falhou em razão da aderência do útero ao sacro, tendo sido a paciente encaminhada à radioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com o achado da colonoscopia, a PAF pode ser classificada em clássica (>100 pólipos) ou atenuada (10-99 pólipos), mas em ambas há um alto percentual de malignização e a idade de ocorrência é mais precoce que a do câncer colorretal esporádico. A forma clássica se transforma em neoplasia em 100% dos casos e ocorre por volta da 4ª década. Enquanto na atenuada é em 80% e ocorre entre 50-55 anos. Estes mesmos pacientes podem ter maior suscetibilidade a outras neoplasias, como tumores desmoides, gastroduodenais, de tireoide e ósseos. Neste sentido, não é comum a ocorrência de câncer de endométrio, o qual é fortemente associado a outra causa de câncer colorretal hereditário, a Síndrome de Lynch II. Nesse sentido, o conhecimento sobre a PAF é capaz de aumentar a sobrevida dos pacientes e seus familiares, pois será uma conduta profilática ou precoce em pessoas que certamente teriam câncer.</p>	<p style="text-align: center;">PO 022-3</p> <p>USO DE EXPANSOR DE TECIDO MAMÁRIO NA SINDROME DE POLAND, MEDIDA PARA CORREÇÃO DA DEFORMIDADE: RELATO DE CASO.</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA, MATHEUS CAMUZI RODOLFO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Poland, descrita em 1841 pelo Dr. Alfred Poland, é uma anomalia congênita rara de caráter não hereditário, caracterizada por hipoplasia ou aplasia da musculatura torácica e alterações no membro superior ipsilateral. A causa da síndrome ainda é controversa, porém para muitos autores, a hipótese de que um desenvolvimento anormal da vasculatura fetal na área seria o causador dos defeitos observados.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 17 anos, encaminhada pelo serviço de ginecologia para investigação devido assimetria mamária. Ao exame: nota-se assimetria de mamas, com desenvolvimento normal de mama esquerda e hipoplasia de mama direita, além de ausência de peitoral maior a palpação. Realizado ressonância magnética, sendo evidenciado agenesia do músculo peitoral maior direito. Submetida a colocação de expansor mamário redondo com válvula em mama direita, visando correção da deformidade. Durante o ato intra-operatório foram infundidos 50ml de solução salina. Paciente recebeu alta no primeiro dia pós operatório. Durante o acompanhamento ambulatorial, em quatro meses, foram realizadas quatro expansões, com volume total de 370ml. Paciente ainda em acompanhamento com o serviço de cirurgia plástica, após correção da deformidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Os diferentes fenótipos que a doença apresenta, podem fazer com que a doença não seja diagnosticada até o final da adolescência ou puberdade, período no qual as diferenças do lado direito ou esquerdo do corpo começam a se manifestar. O crescimento mamário irregular ou assimétrico tende a ser mais notado por pacientes do sexo feminino durante esse período, fazendo com que procurem serviço médico para investigação. O uso de expansor de tecido mamário é uma medida para correção da doença. Os autores descrevem os achados clássicos do exame físico e radiológicos (ressonância magnética), bem como, o uso de expansor mamário como medida terapêutica na síndrome de Poland.</p>

PO 023-1	PO 023-2
<p>DOENÇA CÍSTICA BILIAR NA IDADE ADULTA: RELATO DE CASO</p> <p>Helen Brambila Jorge, José Antonio de Oliveira Júnior, Felipe Antônio Góes Scorsioni, Igor Antonio Spilka, Marcel Depieri Andrade, Adrielle Andrade Pugas, Paulo Gardenal Teles, Rodrigo Tavore Strasser</p> <p><i>Hospital Regional de Presidente Prudente - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença cística biliar (DCB) consiste em defeitos congênitos da árvore biliar intra e extra-hepática, uma condição rara nos países ocidentais com 1:2.000.000 nascidos vivos em oposição à incidência de 1:13.000 nascimentos no Japão, portanto, até 150 vezes mais frequente; mais prevalente no sexo feminino e em crianças e adultos jovens. De etiologia incerta, a teoria mais aceita é a junção do ducto pancreático com o ducto biliar comum com o ducto biliar comum formando um canal comum longo, permitindo refluxo de suco pancreático, ocorre aumento da pressão intraductal e inflamação da parede biliar, degenerando a mesma e formando cistos. O diagnóstico é realizado por exames de imagem, consideramos atualmente como padrão ouro a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM). Os exames laboratoriais são inespecíficos para diagnóstico, ajudam na avaliação das complicações. A DCB apresenta possíveis complicações: cirrose biliar, abscesso hepático, ruptura do cisto, pancreatite, hemorragia gastrointestinal, trombose da veia porta; a mais importante é a associação com neoplasia maligna.</p> <p>RELATO DE CASO: D.N, sexo feminino, 62 anos, com dor em hipocôndrio direito há 6 meses associado a vômitos, icterícia, colúria e acolia fecal; antecedente de colecistectomia há 13 anos. Realizou USG de abdômen que sugeriu cisto de colédoco; uma colangiopancreatografia por RNM confirmou o diagnóstico, classificado segundo Todani como um cisto extra-hepático fusiforme na porção distal do colédoco. Foi optado pela abordagem cirúrgica com ressecção completa do cisto de colédoco com anastomose hepático-jejunal termino-lateral em Y-de-Roux. Paciente evoluiu bem, recebeu dieta no terceiro pós-operatório e alta no sétimo. Peça cirúrgica enviada para análise de anatomopatologia apresentando característica de cisto epitelial simples, sem malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: O cisto de colédoco é uma afecção da via biliar rara na vida adulta, com incidência de 1:150.000 adultos em países ocidentais. A tríade clássica dos sinais e sintomas está presente em 20% dos casos, consistem em dor abdominal, icterícia e massa abdominal palpável; 2/3 dos casos possuem pelo menos dois dos três achados. O USG abdominal é o primeiro exame solicitado, possui baixo custo e alta sensibilidade, porém o padrão ouro para o diagnóstico é CPRM. Os exames laboratoriais não são específicos e o marcador tumoral segue normal caso não tenha degeneração maligna da árvore biliar. O tratamento de escolha para cistos de colédoco é a excisão cirúrgica total, com reconstrução da árvore biliar afim de evitar complicações a longo prazo do cisto. No presente estudo classificado como cisto de colédoco Todani I, extensão desde a confluência dos ductos hepáticos até cabeça pancreática. Realizado ressecção total do cisto e hepaticojunostomia em Y-de-Roux, material enviado para avaliação anatomopatológica de possível degeneração maligna, visto a idade da paciente.</p>	<p>NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DO APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO</p> <p>Luciana Ayres de Oliveira Lima, Isa Maryana Araújo Bezerra de Macedo, Romualdo Silva Corrêa</p> <p><i>LNRRCC - natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores de apêndice são raros, predominantemente representados por tumores epiteliais e neuroendócrinos, e constituem menos de 1% das neoplasias intestinais. As neoplasias mucinosas de baixo grau (LAMNs) estão entre as mais comuns das neoplasias epiteliais. LAMNs é a terminologia mais recente para designar tumores mucinosos do apêndice que apresentam risco de disseminação peritoneal associado a Pseudomixoma Extraperitoneal (PMP). Diante disso, objetiva-se relatar um caso de neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal.</p> <p>RELATO DE CASO: MDV, feminino, 82 anos, encaminhada ao serviço de proctologia para avaliação de achado incidental em Tomografia Computadorizada (TC) de abdome superior e pelve, que evidenciou formação expansiva cística alongada, de parede espessa e com calcificação na periferia, localizada na fossa ilíaca direita, em continuidade com ceco e hipótese de mucocoele. Foi submetida à hemicolectomia direita e linfadenectomia retroperitoneal. O anatomopatológico da peça cirúrgica revelou neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal, margens livres e ausência de metástase linfonodal. Em seguida, foi encaminhada à oncologia clínica para seguimento clínico, sem indicação de adjuvância devido à ressecção total do tumor.</p> <p>DISCUSSÃO: As LAMNs ocorrem tipicamente em pacientes na sexta década de vida. Apesar de apresentar-se mais comumente com dor abdominal que clinicamente mimetiza apendicite aguda, frequentemente esses tumores são descobertos incidentalmente durante pesquisa ou procedimento cirúrgico por outra causa. Os casos assintomáticos acontecem principalmente em mulheres, por elas estarem mais propensas a sofrer apendicectomias durante cirurgias ginecológicas. As neoplasias mucinosas do apêndice podem causar dilatação cística do apêndice (mucocoele), e a ruptura de um LAMN retrocecal pode resultar em uma coleção retroperitoneal de mucina, o PMP. Devido ao risco de ruptura, o tratamento consiste em procedimento cirúrgico. Há recomendações para se tomar condutas mais agressivas, como hemicolectomia direita e a remoção de todos os implantes mucóides associados à citorredução, apesar de a apendicectomia ser classicamente considerada um tratamento definitivo. O prognóstico depende, portanto, da presença ou ausência de ruptura e de células epiteliais fora do apêndice, sendo aqueles confinados ao apêndice de bom prognóstico. À luz do exposto, as LAMNs são raras e seu significado clínico está na possibilidade de PMP, complicação associada a pior prognóstico. Assim, o reconhecimento de achados sugestivos da neoplasia, como a mucocoele, é fundamental para conduta adequada e melhor evolução da doença.</p>
<p>PO 024-1</p> <p>SINDROME DE BOUVERET: RELATO DE CASO E REVISAO BIBLIOGRAFICA.</p> <p>Autores: Bárbara Donnária Da Silva Gonçalves, Leonardo Machado de Oliveira, Sâmela Nunes Alecrim, Sâmela Comério, Rogério Dardengo Glória, Raphael Araújo Costa, Tiago Cypriano Dutra, André Luiz Pícoli Mattar</p> <p><i>Instituições: Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Bouveret (SB) se caracteriza por conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução do duodeno ou do estômago distal causada pela migração de cálculo biliar volumoso através de uma fistula biliodigestiva. Descrita pelo médico francês León Bouveret, em 1896, ocorre em 10% dos casos de íleo biliar. Predominância no sexo feminino, entre a sexta e a sétima décadas de vida, com histórico colelitíase. Os sintomas relacionados são vômitos precoces e persistentes, associados à dor abdominal, podem ocorrer icterícia, febre e sinais de hemorragia digestiva alta. Exames de imagem podem apresentar sinais de aerobilidade, imagem do cálculo em local distante do leito da vesícula biliar (VB) e sinais de obstrução intestinal, caracterizando a tríade de Riegler.</p> <p>RELATO DE CASO: O paciente em questão, 72 anos, masculino, branco, casado, aposentado. Procurou o pronto socorro do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, com queixa de dor abdominal, constipação intestinal há 8 dias, emagrecimento de 6kg/1 mês, lombalgia e vômitos há um dia. História patológica progressiva de neoplasia de próstata (adenocarcinoma de próstata T3ANXMX), prostatectomia radical prévia, nega outras cirurgias ou comorbidades. Ao exame físico apresentava-se desidratado, taquicárdico 104bpm, ritmo irregular, normotenso, abdome flácido, pouco doloroso e timpânico em epigástrio, toque retal constatado ausência de fezes em ampola retal. Solicitado tomografia de abdome evidenciando: Formação alongada na luz do duodeno, calcificação periférica, medindo cerca de 5,1 x 3,4 x 3,0 cm, espessando a parede da alça e distendendo a mesma, ectasia à montante e importante distensão gástrica, envolvendo a topografia do colédoco distal, notando-se dilatação das vias biliares intra-hepáticas com presença de gás, predominando no lobo esquerdo. Após compensação clínica, realizada laparotomia onde encontrou-se estômago distendido, alças de delgado e cólon sem alterações. Palpado duodeno (segunda porção), duas tumorções pétreas em sua luz e relativamente móvel de 5 a 7 cm de diâmetro. Em função do bloqueio na região da primeira porção duodenal e da VB, foi necessária ordenha do cálculo até o estômago, seguida de gastrotomia, retirada do cálculo e gastrorrafia transversal em dois planos. Realizado também uma duodenotomia longitudinal a partir do local da fistula duodenal para retirada do segundo cálculo impactado e duodenorrafia transversal em dois planos. Procedido com colecistectomia total e gastroentero anastomose a B2 sem exclusão duodenal. Pós operatório realizado em UTI.</p> <p>DISCUSSÃO: A SB é um tipo raro e os sintomas são inespecíficos, podendo ser confundidos com colecistite aguda, o diagnóstico pode ser fechado com exames complementares de imagem. A maior complicação encontrada é hemorrágica digestiva alta consequente ao aparecimento de lesão da mucosa duodenal e corrosões dos vasos. O tratamento da SB pode ser endoscópico, porém na maioria dos casos é necessário abordagem cirúrgica com o propósito de retirada do cálculo.</p>	<p>PO 024-2</p> <p>NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE APENDICE: RELATO DE CASO</p> <p>Bruno Ceresa Carvalho, Gabriel Gonçalves Resende, Renata Gabriela De Moraes Vargas, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Iuri Fernando Coutinho e Silva, Natália Francis Gonçalves Farinha</p> <p><i>INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mucocoele apendicular (MA) incide em 0.07% das apendicectomias e cerca de 40% são achados acidentais. Associada a fatores como obstrução da luz, esterilidade do conteúdo e acúmulo de secreção do epitélio (AGRUSA, 2016). Os achados histológicos mais associados a MA são hiperplasia mucinosa, adenoma mucinoso, neoplasia mucinosa e adenocarcinoma mucinoso. A apresentação clínica é inespecífica, desde assintomática até adome agudo simulando apendicite aguda. A seguir relatamos caso de neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice (NMBG), diagnosticada no intraoperatório de paciente com suspeita de apendicite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 52 anos com queixa de dor abdominal em FID há 2 dias com sinais de peritonite e náuseas. Eliminações fisiológicas, negando febre. Leucometria dentro dos valores de referência. TC de abdome contrastada não caracteriza apêndice, apenas densificação da gordura pericecal e linfonodos proeminentes adjacentes com espessamento difuso da mucosa do ceco, cólon ascendente e terço distal do íleo terminal. Ao intraoperatório: tumorção cística em topografia cecal, líquido ascístico (seroso) e ausência de secreção purulenta. Procedida HCD com margens de segurança íleo-cólon anastomose à Barcelona. À biopsia: NMBG de apêndice não invasora com perda de lâmina própria e muscular e fibrose da submucosa, analisados 13 linfonodos mesentéricos sem acometimento.</p> <p>DISCUSSÃO: A OMS indica três categorias de neoplasias mucinosas: adenoma mucinoso, NMBG e adenocarcinoma apendicular. A diferenciação entre os dois primeiros consiste na violação da camada muscular pela dissecação de mucina no NMBG, como ilustra o caso a ser relatado (MISDRAJI, 2015). Tumores mucinosos do apêndice apresentam alto risco de disseminação peritoneal, possuindo melhor prognóstico quando detectados precocemente. A presença de líquido ascístico pode ser indicativo de PMP (FEITOSA, 2017). O tratamento cirúrgico e o diagnóstico pré-operatório auxiliam no planejamento de ressecção para evitar a contaminação peritoneal (pseudomixoma - PMP). A hemicolectomia direita (HCD), que consiste na secção do íleo terminal até o cólon transversal é realizada caso haja suspeita de malignidade no intraoperatório (LOUIS, 2017). A apendicectomia é considerada tratamento adequado da neoplasia NMBG restrita ao apêndice. O comprometimento da margem proximal pela lesão pode indicar ressecção complementar cólon tal qual como no caso em tela (FONSECA, 2017). A necessidade de ampliação cirúrgica nestes casos é questionada na literatura, uma vez que frequentemente não se observa neoplasia residual nas ressecções do ceco bem como a biopsia deste caso, que também não identificou resíduos neoplásicos. Discute-se quadro clínico com diversos diagnósticos diferenciais e alto valor preditivo para apendicite aguda. Chamamos atenção para um caso que, apesar de raro, levanta discussão importante sobre os processos malignos de apêndice e ceco, como importantes diagnósticos diferenciais da apendicite aguda.</p>

PO 025-1	PO 025-2
<p>TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTO DO COLEDOCO: RELATO DE CASO</p> <p>Ana Luísa Barros Oliveira, Ana Carolina Martins Faria de Abreu, Huberth Andre Vieira Zuba, Rodrigo Caldas Trindade, Rodrigo Nankran, Marcelo Polastri Ferreira Gomes, Michael Giovanni Almeida</p> <p><i>Santa Casa Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Má formações de colédoco são anormalidades congênicas raras, que são diagnosticadas através de imagem evidenciando dilatação anormal do trato biliar, na falta de quadro obstrutivo agudo. A incidência é desconhecida, porém, possui incidência menor que Atresia de vias biliares. Possui maior predominância no sexo feminino (4:1), e maior na população asiática. O diagnóstico ocorre na maioria das vezes antes dos dez anos, 20 a 25% depois dos 29 anos e 8% aos 40 anos. Ictericia, dor e massa palpável é descrita em 13 a 68% dos casos. A classificação mais utilizada é a de Todani et al, que distingue as variantes: Tipo I (dilatação fusiforme do colédoco); tipo II (divertículo do colédoco); III (coledococèle); IVa e IVb (associação intra-hepático, extra-hepático ou intra-hepático e coledococèle) e tipo V (doença de Caroli). O risco de malignização a longo prazo é bem conhecido, geralmente relacionado a inflamação recorrente por colangite, formação de cálculos, refluxo de secreção biliar e pancreática, entre outros. O tratamento é cirúrgico e se baseia na remoção completado cisto seguida de derivação bilio-digestiva, com alta taxa de sucesso segundo estudos (86%). Há ainda a necessidade de confirmação anatomopatológica. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente com diagnóstico de cisto de colédoco e sua condução.</p> <p>RELATO DE CASO: LPS, sexo feminino, estudante, 17 anos, proveniente de Pará de Minas – MG/ Brasil, com início há cerca de 4 anos de dor abdominal, tipo cólica, difusa em abdome superior, náuseas, vômitos episódicos, desconforto pior à ingestão de dieta hiperclorica. Refere ainda emagrecimento de cerca de 14 kg em 8 meses. Realizado tratamento empírico para gastrite sem melhora. Seguida de investigação para dores, com exames laboratoriais e de imagem. Exames laboratoriais não evidenciaram anormalidades, porém o ultrassom revelou uma formação cística sugestiva de pseudocistos pancreático. Já a Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou formação cística ovalada no hilo hepático no segmento IV, e dilatação de vias biliares intra-hepáticas, com a hipótese de cisto de colédoco tipo IV de Todani, corroborada pela ressonância magnética. Foi então, internada eletivamente para tratamento cirúrgico. Realizado exérese do cisto de colédoco e anastomose biliodigestiva hepaticojugal em Y de Roux, ato cirúrgico sem intercorrências. Paciente evoluiu em bom estado geral, com anatomopatológico sem evidências de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: O cisto de colédoco é uma entidade rara, e seu diagnóstico é retardado devido a presença de sintomas inespecíficos, e necessidade de investigação com exames de imagem de alto custo, que podem ser necessários para melhor estudo da relação anatômica do cisto, bem como metástases em caso de câncer. Possui importância por se tratar de uma entidade com risco de malignização e com possibilidade de tratamento cirúrgico, o qual possui uma alta taxa de sucesso.</p>	<p>RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA CORREÇÃO DE FISTULA RETO-VAGINAL PROVENIENTE DE UMA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA</p> <p>Rogério Rodrigues Veloso, Dórica Pereira Martins, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Camila Fecury Cerqueira, Kamila Adriana Dias Silva, Andressa Borges Brito, Renata Gama Lino, Paulo Henrique Dias Moraes</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença diverticular dos cólons constitui importante problema de Saúde Pública devido sua alta prevalência, sobretudo nas civilizações ocidentais. A doença diverticular pode ocorrer em todo o cólon, porém a região mais habitualmente atingida é o sigmoide e raramente há doença abaixo da reflexão peritoneal. Estima-se que 30% da população com mais de 60 anos e 60% dos indivíduos com mais de 80 anos sejam afetados. Quando há a formação de fistula (para bexiga, vagina, útero, parede abdominal e outros segmentos do intestino), o tratamento é cirúrgico, pois há poucas chances de que a fistula feche espontaneamente. A maioria das literaturas mostra que as fistulas ocorrem em 2% das pessoas com doença diverticular complicada, devido a um processo inflamatório local associado com um abscesso que descomprime perfura espontaneamente a víscera adjacente.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L.C.S, 72 anos, feminino, hipertensa de longa data, admitida no Hospital Regional de Araguaína (HRA) após ser avaliada pela ginecologia com evidências de eliminação de fezes pela vagina de início há 6 meses. Há +/- um ano atrás teve episódios de sangramento vaginal com fezes e febre. Na tomografia computadorizada (TC) apresentou o diagnóstico de doença diverticular dos cólons com predomínio no sigmoide visualizou-se discreta densificação de gordura e linfonodos aumentados locorregionais, também mostraram achados de íntimo contato da parede do reto com o canal vaginal observando-se um trajeto fistuloso não foi visto massa evidente de processo neoplásico na topografia. Foi indicado procedimento cirúrgico onde foi realizada retossigmoidectomia + anastomose termino terminal (coto-retal). Realizou-se uma incisão mediana supra e infraumbilical onde foi identificada a fistula da cúpula vaginal com o reto superior, procedendo com liberação da fistula, rafia da cúpula vaginal e ligadura do mesosigmoide sendo feita a remoção e exérese do sigmoide e anastomose coloretal com um grampeador circular. Posteriormente no 12º dia pós-operatório (DPO) o paciente evoluiu com evisceração através da ferida operatória (FO), realizou-se uma resutura da parede abdominal. No 12º DPO desta cirurgia a FO do paciente mostra-se com presença de tecido de granulação, deiscência da sutura realizando-se sutura da parede abdominal, posteriormente a paciente não apresentava mais queixas e intercorrências recebendo alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia eletiva é mandatória após diverticulite complicada que evolui com fistula. O acesso por laparotomia exploradora pode ser utilizado por uma equipe treinada e experiente para que não haja recidivas. O procedimento cirúrgico para o tratamento da diverticulite tem como finalidade remover a parede do cólon afetada e restituir a continuidade intestinal do paciente, apesar de que ainda hoje não exista muito estudo sobre a melhor abordagem terapêutica.</p>
<p>PO 026-1</p> <p>RELATO DE CASO ABORDANDO INEFICÁCIA DE CPRE PARA TRATAMENTO DE COLEDOCOLITIASE</p> <p>Mario Sales Neves Carmo Filho, Katherine Hodara Cristino Viana, Simone Godoy Moreira Santos, Brenner Rafael Nascimento, Reginaldo Reginatto, Fernanda Araújo Sá Teles, Maria Carolina Oliveira, Daniella Silva Mena</p> <p><i>Hospital Regional do Gama - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cerca de 8 a 20% dos pacientes com colelitíase evoluem com coledocolitíase. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o padrão-ouro para diagnóstico e terapêutica da coledocolitíase. Apresentamos um caso em que não obtivemos sucesso mesmo após segunda CPRE, sendo necessárias coledocostomia e coledocolitotomia.</p> <p>RELATO DE CASO: M.P.D, 49 anos, portadora de colelitíase há dez anos, admitida com quadro de dor em hipocôndrio direito, do tipo cólica, com irradiação para dorso, associada a icterícia, acolia fecal e colúria. Apresentava alterações laboratoriais sugestivas de síndrome colelitíase, com aumento importante de bilirrubina direta, fosfatase alcalina e Gama GT. Solicitou-se colangiopâncreatografia (CRNM) que evidenciou colelitíase, com dilatação de vias biliares intra-hepáticas e do ducto colédoco, este último medindo 10 mm, sem fator obstrutivo evidente. Durante internação, paciente evoluiu com colangite permanecendo internada para estabilização clínica com antibioticoterapia, enquanto aguardava marcação de CPRE (duodenoscopia) para melhor elucidação diagnóstica e terapêutica. Realizado nova CRNM demonstrando colelístia calculosa, sem sinais de colelístite, além de coledocolitíase levando a dilatação das vias intra e extra-hepáticas a montante. Procedeu-se com CPRE, sendo realizado papilotomia endoscópica, indicando dois cálculos em colédoco (ambos com cerca de 2 cm), sendo necessário passagem de prótese biliar e drenagem de secreção purulenta. Paciente permaneceu com a prótese por oito semanas, apresentando satisfatória evolução clínica, com alta médica e retorno posterior. Transcorrido prazo estipulado, paciente é readmitida para retirada de prótese através de nova CPRE, que evidenciou permanência dos dois cálculos no colédoco e não sendo possível apreensão de cálculos por cesta extratora, mantendo prótese e encaminhada para realização de coledocostomia. Após três dias da última CPRE, a paciente foi abordada cirurgicamente para realização de colecistectomia, coledocostomia e coledocolitotomia com drenagem biliar e cavitária, procedendo sem intercorrências. Progrediu com pós-operatório favorável, evoluindo com melhora significativa, sem novas queixas colelitíase, recebendo alta médica no 8º DPO e posterior acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A CPRE atinge sucesso em 75% na primeira utilização e 90% na repetição da técnica. Apesar disso, mesmo com dois procedimentos não foi possível solucionar o presente caso. Procedeu-se então a exploração da via biliar com utilização de dreno de Kehr. Tal procedimento era utilizado antes da CPRE tornar-se mais acessível. Atualmente só é utilizado em casos de falha do padrão-ouro.</p>	<p>PO 026-2</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA DA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA: PROCEDIMENTO DE HARTMANN X ANASTOMOSE PRIMARIA: RELATO DE CASO</p> <p>Fernanda Ribeiro e Fonseca, Camila Rita de Souza Bertoloni, Tamiris Alves Menezes Bernardes, Lisandra Gonçalves Pinheiro, Daniela Braga Ferreira, Ângela Ribeiro Fernandes, José Diogo David de Souza, Edson Antonacci Jr</p> <p><i>UNIPAM - Centro Universitário de Patos de Minas - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os divertículos colônicos são herniações da mucosa e da submucosa colônica através da camada muscular do cólon. As manifestações clínicas associadas aos divertículos constituem a doença diverticular dos cólons, apresentando-se como diverticulite aguda ou associada a condições crônicas. Diverticulite aguda pode ser complicada ou não. A exploração cirúrgica de urgência torna-se imperativa diante de peritonite generalizada, perfuração visceral e sepse não controlada. Sendo indicada, a sigmoidectomia deve ser realizada e a reconstrução do trânsito intestinal pode ser feita por anastomose primária ou procedimento de Hartmann.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 62 anos, procura atendimento com quadro de dor abdominal, febre, vômitos e diarreia com piora progressiva. Tomografia computadorizada evidenciou múltiplos divertículos cólicos difusos, predominando no sigmoide, com sinais inflamatórios e coleções. Hipertensa e diabética. Indicado tratamento cirúrgico de emergência, com os seguintes achados: múltiplos divertículos colônicos, abscessos, sem sinais de perfuração. Higienização da cavidade, aspiração dos abscessos, com posterior colocação de dreno tubo-laminar. Evoluiu bem com alta hospitalar. Após 3 meses foi readmitida, apresentando saída de pus pela urina, pneumatúria, febre e fistula percutânea em fossa ilíaca esquerda com drenagem purulenta. Submetida à laparotomia: fistula cólon cutânea, fistula cólon vesical, segmento de retossigmoide com diverticulite. Realizada retossigmoidectomia e anastomose primária em plano único, colostomia protetora em alça a montante. Evoluiu bem em enfermaria, com alta hospitalar e programação para posterior reconstrução do trânsito intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: As indicações cirúrgicas da diverticulite aguda complicada incluem sepse não controlada e ausência de melhora com tratamento clínico ou drenagem percutânea. O tipo de cirurgia realizada depende dos seguintes fatores: extensão do processo inflamatório colônico, grau de peritonite, estado geral e nutricional do paciente, comorbidades, experiência e preferência do cirurgião. As indicações cirúrgicas da diverticulite aguda complicada incluem sepse não controlada e ausência de melhora com tratamento clínico ou drenagem percutânea. O tipo de cirurgia realizada depende dos seguintes fatores: extensão do processo inflamatório colônico, grau de peritonite, estado geral e nutricional do paciente, comorbidades, experiência e preferência do cirurgião. Conclui-se que não há uma diferença significativa entre os dois procedimentos, mas existe uma discussão devido a menor taxa de mortalidade quando é indicada a cirurgia de Hartmann para pacientes com choque, condições imunossupressivas ou idade avançada.</p>

PO 027-1	PO 027-2
<p>ABORDAGEM CONSERVADORA DE FÍSTULA BILIAR COM ALTO DEBITO POSTRATAMENTO DE TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO</p> <p>Autores: Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Elcias Baldoíno Vilarinho, Bruna Benigna Sales Armstrong, Francisco Fernando da Silva Amorim Júnior, Morgana Pinheiro Albuquerque, Italo Lustosa Rolim, Andressa Ravelli Gomes da Costa</p> <p><i>Instituições: Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma (CCA) é um tumor produtor de mucina que compreende 2% de todos cânceres diagnosticados. Mais da metade dos CCA são perihiliares e se originam na bifurcação do ducto hepático, sendo conhecidos como Tumores de Klatskin (TK). Apesar da ressecção cirúrgica ser considerada seu único tratamento com chance de cura, só mínima parcela dos indivíduos portadores do TK está apta para a cirurgia. Métodos pré-operatórios, incluindo imagem, laparoscopia de estadiamento, embolização da veia porta, drenagem biliar e quimio/radioterapia neo-adjuvante, são essenciais para detectar metástase e otimizar as chances de ressecção curativa; porém não apresentam diretrizes padrão, o que permite aos cirurgiões que os empreguem de diversas maneiras. Podem ocorrer fístulas biliares como complicações de processos inflamatórios, infecciosos ou após colecistectomias. Este trabalho expõe um raro caso de TK com evolução de fístula e sobrevida acima do esperado.</p> <p>RELATO DE CASO: Indivíduo do sexo masculino, 62 anos, diabético, hipertenso, com quadro de icterícia progressiva há 20 dias associado a perda de peso. Apresenta colúria, acolia fecal, dor abdominal pós-prandial e astenia em membros inferiores. Ao exame físico apresenta icterícia 2+/4+, dor a palpação em hipocôndrio direito sem sinal de Murphy ou visceromegalias. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia, bilirrubinas (T 16,8 mg/D 8,8 mg/dL), AST 416 U/L, ALT 480 U/L, γ-GT 504 U/L e f. alcalina 349 U/L. A ressonância magnética evidenciou moderada dilatação das vias biliares intra-hepáticas, redução abrupta ao nível da confluência dos ductos e má caracterização do segmento proximal do hepatocolédoco, sem fator obstrutivo. Procedeu-se com drenagem percutânea transparieto-hepática bilateral de via biliar com dreno Dawson-Muller 10F. Após três dias de pós-operatório (DPO), realizou-se colecistectomia e ressecção do TK com derivação biliar externa, cujo histopatológico evidenciou margens comprometidas. No 4º dia de PO evoluiu com abdômen obstrutivo e fístula biliar de alto débito (600 a 800 ml por dia). Optou-se por tratamento conservador: reposição hidroeletrólítica e nutrição parenteral; corrigindo a fístula e a obstrução. Obteve alta no 30º DPO com boa evolução e segue em acompanhamento oncológico há 15 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar dos diversos estudos, as evidências acerca dos TK ainda são insuficientes e seu prognóstico permanece desfavorável com a média de sobrevida de sete meses. A despeito das evidências apontarem a drenagem biliar pré-operatória como essencial para um ambiente mais seguro durante cirurgia de TK, a escolha da técnica permanece em debate. A drenagem como método pré-operatório decorreu do quadro clínico de obstrução das vias biliares, visando diminuir o risco de colangite e permitir a ressecção cirúrgica. A prática da drenagem biliar trans-hepática percutânea está de acordo com as últimas evidências disponíveis.</p>	<p>ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO: BANDAS DE LADD</p> <p>Autores: Marcos Aurélio De Biase Chalela, Alfredo Coluccini Neto, Ana Flávia De Biase Chalela, Nyara Lysia Barbosa Mendonça, Antônio de Siqueira Campos Neto, Jedaias De Almeida Rosa Júnior, Murilo Molina Ferreira, Patrícia Barbosa Da Silveira</p> <p><i>Instituições: Hospital Pitangueiras - Jundiaí - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Banda de Ladd é uma patologia que normalmente ocorre na infância. A apresentação da má rotação intestinal em adultos é rara e ocorre em aproximadamente 0,2%. Este artigo apresenta o caso de um homem 18 anos, com uma apresentação de obstrução intestinal alta sem antecedentes pessoais que sugerissem alguma causa adquirida (cirurgias prévias, neoplasia, doenças inflamatórias...), sendo então aventada hipótese de causa congênita.</p> <p>RELATO DE CASO: 14/11/2018 Paciente masculino, 18 anos, com história de epigastralgia e vômitos há 3 meses e perda ponderal de 10 kg, pesava: 54 kilos. Submetido a endoscopia no dia que procurou o serviço, sugerindo mucosa normal do estômago porém com presença de resíduos de estase de provável conteúdo entérico. Foi solicitado Tomografia de abdômen com contraste cujo achado foi: importante distensão da câmara gástrica e primeira porção duodenal com afilamento da luz no terço proximal/médico, onde observa-se torção/rotação do mesentério, artéria e veia com ectasia a montante nesta topografia, achados compatíveis com vôlvo. Paciente foi internado e programado trânsito intestinal, porém devido presença do contraste da TC prévia, não sendo possível a adequada avaliação do exame. 17/11 Foi realizado procedimento cirúrgico com achados intraoperatórios de rotação total do cólon direito (estava do lado esquerdo), torção do ângulo de Treitz e cólon transversal desviado para direita, presença de inúmeras travas esbranquiçadas aderidas e endurecidas ao delgado, cólon direito, esquerdo e transversal, estômago, vesícula biliar e fígado semelhantes a banda de Ladd, apenas íleo e jejuno estavam isentos de tal alteração, sendo então realizado lise destas aderências, liberado duodeno e Treitz com manobra de Kocher e fixação das estruturas na topografia adequada após desfeito rotação.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso da tomografia computadorizada na emergência tem auxiliado no diagnóstico das má-rotações, principalmente no contexto das doenças congênitas, que acabam diagnosticadas na fase adulta. Este método, além de ajudar na avaliação das alças, pode auxiliar na avaliação vascular, que pode estar comprometida. Na condução do tratamento realiza-se o procedimento de Ladd, que consiste em uma associação de mobilização do duodeno e do cólon direito, secção de aderências (bandas de Ladd) até próximo da mesentérica superior e apendicectomia. A apendicectomia é feita em razão de eventual dificuldade no diagnóstico de apendicite futura, distante da posição correta. Concluindo, o diagnóstico de má-rotação intestinal associada a obstrução duodenal por bandas de Ladd deve ser considerado em pacientes adultos, quando existe obstrução duodenal, verticalização do duodeno e má-rotação do delgado com ceco em posição mediana. A tomografia computadorizada foi de grande valia no diagnóstico, no nosso caso não foi realizado a apendicectomia devido a adequada fixação do ceco em sua topografia e desconhecimento do consenso da realização da mesma.</p>

PO 028-1	PO 028-2
<p>PARASITOSE EM VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Breno de Oliveira Santos, Caroline Mendes Benigna Sales Armstrong, Elson Gomes de Castro, Raissa Ribeiro Portela e Vasconcelos, Cydyara Costa Santos, Caio Victor Almeida Sampaio</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: <i>Ascaris lumbricoides</i> é o parasita intestinal com maior incidência e prevalência no mundo, principalmente em países pobres. A maioria dos quadros de ascariíase tem um curso benigno. Todavia, parasitas adultos podem invadir as vias biliares ou o ducto pancreático e causar obstrução com quadros de colecistite, de colangite, de pancreatite e de abscessos hepáticos. Nessas situações, é comum encontrar sinais de desnutrição, de prostração, de distensão abdominal, de hepatomegalia e de icterícia; febre usualmente é vista em complicações. Este caso expõe um quadro grave desse tipo de infestação, culminando com óbito.</p> <p>RELATO DE CASO: Indivíduo de 41 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com quadro de icterícia há 05 dias. Apresentava colúria, acolia fecal e distensão abdominal. Ao exame físico: icterícia 4+/4+ e abdome indolor à palpação. Ultrassonografia abdominal evidenciando parede da vesícula biliar espessada. Procedida internação, foi realizada tomografia de abdome demonstrando edema pancreático e proeminência numérica de linfonodos subcentimétricos na raiz do mesentério. Exames laboratoriais: Leucócitos 11.900/bastões: 0%, bilirrubina total 16,01 e direta 8,54; γ-GT 114,1; AST 115; ALT 3; amilase 40; lipase 77. À colangioressonância (CRM) notou-se formação alongada, tortuosa e tubuliforme, suspensa no interior da VB, sugestiva de ascáris. Evoluiu com sepse de foco abdominal e insuficiência hepática. Encaminhada a UTI após 3 dias, evoluiu com colangite grave, leucocitose intensa e disfunção da coagulação. Realizada colecistectomia laparoscópica e colangiografia intraoperatória com evidência de edema da via biliar, porém sem obstrução. Apresentou piora do quadro clínico com rebaixamento do nível de consciência, lesão renal aguda (Glasgow 7 e KDIGO III), hipotensão seguida de parada cardiopulmonar em assistência e óbito. Histopatológico evidenciou colecistite crônica e ausência de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: A invasão da vesícula biliar por <i>Ascaris</i> é um evento raro, devido à tortuosidade e ao reduzido diâmetro do ducto cístico. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada é o exame mais sensível para detecção do parasita na vesícula biliar, entretanto, é um método dispendioso e que requer grande habilidade técnica. As evidências apontam a CRM como alternativa diagnóstica. Apesar do tratamento disponível, a parasitose nas vias biliares não raramente apresenta evolução desfavorável.</p>	<p>TIFLECTOMIA EM CASO DE APENDICITE AGUDA COMPLICADA: RELATO DE CASO</p> <p>Helen Brambila Jorge, Felipe Antônio Góes Scorsioni, Igor Antonio Spilka, Marcel Depieri Andrade, Adrielle Andrade Pugas, Paulo Gardenal Teles, Rodrigo Tavoré Strasser</p> <p><i>Hospital Regional de Presidente Prudente - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução: Apendicite aguda é uma doença comum que incide 57/100.000 pessoas a cada ano, mais frequente em crianças e adolescentes. O diagnóstico se baseia no exame clínico e confirmado por exames complementares, como a ultrassonografia (USG), a tomografia computadorizada (TC) de abdome e exames laboratoriais. O tratamento é cirúrgico por via convencional ou laparoscópica, nos casos de apendicite aguda complicada recomenda-se tratamento conservador com a drenagem guiada da coleção e antibióticos por 6 a 8 semanas, além do tratamento cirúrgico em segundo tempo, para diminuir a morbidade do paciente, evitando complicações ou ressecção do cólon direito. Nos casos de apendicite aguda complicada, visto no intra-operatório edema e processo inflamatório intenso da base do apêndice e do ceco, com deformação de estruturas anatômicas, não permitindo a realização da apendicectomia, pelo risco de deiscência, torna-se necessário a ressecção ileocecal e hemicolectomia direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso: S.C.C. 64 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Regional com quadro de dor em flanco direito há 10 dias, diagnosticada previamente com cistite e tratada com antibióticos, sem melhora; realizado exame de imagem corroborativo para apendicite aguda supurada, submetida à laparotomia exploradora com necrose da base do apêndice cecal e parte do ceco, realizado a tiflectomia com gramepeador linear e sobressutura com Prolene. O anatomopatológico evidenciou apêndice cecal com característica de apendicite aguda supurada e ceco-pericolite aguda. Paciente evoluiu bem, liberada dieta no quinto pós-operatório e alta hospitalar no sétimo dia.</p> <p>DISCUSSÃO: Discussão: Nos casos de apendicite aguda complicada, deve-se optar pelo tratamento conservador com antibióticos e drenagem guiada por imagem, para posterior abordagem cirúrgica com melhores resultados, reduzindo a taxa de complicações pós-operatórias. Neste presente estudo a TC de abdômen não evidenciou coleção, por isso optamos pelo tratamento cirúrgico imediato, no intra-operatório observamos uma apendicite aguda complicada com base do apêndice cecal comprometida, para evitar a hemicolectomia direita realizamos tiflectomia. A tiflectomia na apendicite complicada apresenta melhor recuperação para paciente, menor chance de complicação no pós-operatório, além de preservação do cólon direito. A apendicite aguda apresenta a taxa de complicação alta (8-23%) quando não é realizado a técnica segura; O risco de perfuração aumenta para 5,8% a 7,6% para cada período de 24 horas. Relatos na literatura o uso de tiflectomia para os casos de mucocele do apêndice cecal e divertículo solitário de ceco. Não existem muitos relatos desse procedimento em apendicite aguda complicada, observamos no nosso caso, melhor recuperação da paciente, quando comparado a hemicolectomia direita além de menor morbi-mortalidade.</p>

PO 029-1	PO 029-2
<p>FISTULA PERITONEO-PLEURO-BRONQUICA TRANSdiaFRAGMATICA COM COLELITOPTISE: RELATO DE CASO</p> <p>ANDRÉ MESQUITA DE ABREU, TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, LUIZ GONZAGA TORRES JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, ANGELA LOPARDI NICOLATO, BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, PAULO CÉSAR DE FARIA JÚNIOR, THAIS ANDRESSA SILVA FAIER</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKEK - FHEMIG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) se tornou o método de tratamento de colelitíase sintomática desde 1987, sendo hoje o padrão-ouro. As complicações mais frequentes pós CVL são sangramento (0,11–1,97%), abscesso (0,14–0,3%), fistula biliar (0,3–0,9%), lesão biliar (0,26–0,6%) e lesão do intestino (0,14–0,35%). Este relato de caso tem como finalidade descrever os eventos diagnósticos e terapêuticos de fistula peritoneo-pleuro-brônquica transdiafragmática com colelitolise pós CVL. Uma complicação incomum, com poucos casos descritos e publicados na literatura mundial.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 60 anos, portador de colelitíase sintomática sem outras comorbidades, submetido à CVL em 2016, evoluiu no pós-operatório com tosse e dispnéia aos médios esforços além de 5 internações por pneumonia em 12 meses. Apresentou expectoração de um cálculo em FEV/2018 composto de colesterol e bilirrubina compatível com cálculo biliar. Em propedêutica, exames de lavado bronquial e biópsia transbrônquica foram negativos. A TC visualizando coleção peri-hepática de 6x3,2cm associada a discreta consolidação focal no segmento basal lateral do lobo inferior direito (SBLID). Em nova TC após 03 meses evidenciou a permanência da condensação no SBLID e diminuição da coleção, neste exame com 5x2,2cm. Após 03 meses, em RNM de Abdome demonstrou diminuição da coleção líquida peri-hepática, com volume de 6,7cm³. A coleção estende-se cranialmente em projeção subdiafragmática com trajeto laminar filiforme, apresentando trajeto fistulosos que ultrapassa a cúpula diafragmática, medindo 2,5mm permitindo comunicação desta com a superfície pleural. Ascendendo pelo parênquima pulmonar através do SBLID até atingir o brônquio fonte do lobo inferior direito medindo cerca 6,0 cm de extensão. Parênquima hepático com características usuais. Apresentava coledocolitíase com cálculo de 5,5mm. Submetido à CPRE feito papilotomia e retirada do calculo biliar. Evoluiu com melhora total dos sintomas, sendo optado tratamento expectante da fistula peritoneo-pleuro-brônquica.</p> <p>DISCUSSÃO: O derramamento de cálculos biliares na cavidade peritoneal e sua não retirada, pode ocasionar eventos adversos incomuns ocorrendo em 1,7% das CVLS. O abscesso intra-abdominal é a complicação mais comum 0,3-2,9%, de 44 já descritas decorrentes de cálculos deixados na cavidade. Woodfield et al analisou seis estudos com uma amostra total de 18280 pacientes e a incidência de perfuração vesicular foi de 18,3% e de destes, em 40% os cálculos biliares são derramados na cavidade peritoneal, 7,3% do total. Além disso, estimou que a incidência de cálculos não retirados fosse de 33%, 2,4% do total. Na maioria dos casos faz-se necessário a higienização do abscesso por laparoscopia, contudo no caso em questão o paciente apresentou melhora total dos sintomas e diminuição progressiva da coleção, que assumindo um valor ínfimo. Manteve-se sem recorrência dos sintomas respiratórios, sendo optada a conduta expectante da fistula peritoneo-pleuro-brônquica</p>	<p>ADENOCARCINOMA DE COLON SINCRÔNICO: RELATO DE CASO</p> <p>ANNA CAROLINA GELINI PARREIRA, THIAGO SALDANHA RODRIGUES, PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO, DESIRÉE PICCOLI DE OLIVEIRA, MARIANA HACKEL DAVID, AMANDA GEORGIA BELLEZE, JOÃO PAULO RODRIGUES TONIOLLO</p> <p><i>SANTA CASA DE OURINHOS - Ourinhos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: NEOPLASIA MALIGNA MAIS COMUM DO TUBO GASTRO-INTESTINAL E A QUARTA MAIS COMUM DO MUNDO, É TAMBÉM A QUARTA CAUSA DE MORTE POR CÂNCER NO BRASIL. ESTÁ FREQUENTEMENTE ASSOCIADA, DENTRE OUTROS FATORES DE RISCO, A VARIÁVEIS HEREDITÁRIAS, TAIS COMO A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR, POLIPOSE JUVENIL FAMILIAR E SÍNDROME DO ADENOMA PLANO. PACIENTES COM HISTÓRICO FAMILIAR TÊM RISCO ELEVADO PARA NEOPLASIA MALIGNA INTESTINAL. GRANDE PARTE DESTES TUMORES SÃO AINDA DIAGNOSTICADOS TARDIAMENTE, EM ESTÁGIOS AVANÇADOS, EM PACIENTES SINTOMÁTICOS. ESTE TRABALHO SE PROPÕE A MOSTRAR UM RELATO DE CASO DE ADENOCARCINOMA TUBULAR SINCRÔNICO DE CECO E COLON ASCENDENTE E A IMPORTÂNCIA DE MEDIDAS DE RASTREIO</p> <p>RELATO DE CASO: RGR, 39 ANOS, SEXO FEMININO, PREVIAMENTE HÍGIDA, PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO DEVIDO QUADRO DE INTENSA ASTENIA. SEM QUEIXAS DE ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL OU OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. HISTÓRIA FAMILIAR DE PAI FALECIDO POR NEOPLASIA INTESTINAL. EXAMES LABORATORIAIS EVIDENCIARAM ANEMIA NORMOCÍTICA E NORMOCRÔMICA E PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES POSITIVA. ENCAMINHADA, ENTÃO, PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA, QUE DETECTOU DUAS LESÕES POLIPOIDES, SENDO UMA EM CECO E OUTRA EM COLON ASCENDENTE. ENQUANTO AGUARDAVA RESULTADO DE ANATOMO-PATOLÓGICO, EVOLUIU COM PERSISTENTE QUEDA HEMATIMÉTRICA (HB=4,5), BEM COMO REPERCUSSÕES CLÍNICAS À ANEMIA, REFRAATÁRIAS À HEMOTRANSFUÇÃO. SUBMETIDA, ENTÃO À HEMICOLECTOMIA DIREITA DE URGÊNCIA COM LINFADENECTOMIA E ANASTOMOSE ÍLEO-TRANSVERSO. EM TOMOGRAFIA ABDOMINAL, FORAM IDENTIFICADAS LESÕES HEPÁTICAS E ESPLÊNICAS, SUGESTIVAS DE IMPLANTES METASTÁTICOS. TOMOGRAFIA TORÁCICA SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA. ANATOMO-PATOLÓGICO DESCREVEU TUMORAÇÃO EXOFÍTICA E ULCERADA DE CECO DE 6,0 X 4,0 X 2,0 CM E TUMORAÇÃO POLIPOIDE E SÉSSIL DE CÔLON DE 3,5 X 2,5 X 1,5 CM A 14 CM DA TUMORAÇÃO CECAL. AUSÊNCIA DE METÁSTASE NOS VINTE E CINCO LINFONODOS PERICÓLICOS ISOLADOS. ESTÁDIO PATOLÓGICO: pT3 pN0 pMx. EM CURTO PERÍODO DE TEMPO, A PACIENTE EVOLUIU, ENTRETANTO, COM CAQUEXIA NEOPLÁSICA, SEPSE DE FOCO ABDOMINAL E ÓBITO.</p> <p>DISCUSSÃO: MEDIDAS DE RASTREIO PARA DETECÇÃO PRECOZE DE TUMORES DE COLON, PODERIAM DIMINUIR O ÍNDICE DE DIAGNÓSTICOS TARDIOS, PERMITINDO MAIORES CHANCES DE CURA. MUITOS ESTUDOS REVELAM MAIOR SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES COM MENOS DE 40 ANOS DE IDADE, APESAR DE HAVER DISCORDÂNCIAS A RESPEITO NA LITERATURA. LESÕES DE COLON DIREITO, COMO DA PACIENTE EM QUESTÃO, SÃO MENOS COMUNS E AS SEGUNDAS DE MELHOR PROGNÓSTICO. A PACIENTE FOI SUBMETIDA À CIRURGIA COM INTENÇÃO CURATIVA, COM AUSÊNCIA DE LINFONODOS REGIONAIS POSITIVOS, PORÉM, COM IMAGENS FORTEMENTE SUGESTIVAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS E ESPLÊNICAS. RESSALTANDO-SE, ASSIM, A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE RASTREIO PARA NEOPLASIAS INTESTINAIS</p>
<p>PO 030-1</p> <p>LESÃO DE VIA BILIAR BISMUTH II: DESAFIO NA CONDUÇÃO</p> <p>ANGELA LOPARDI NICOLATO, TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, LEONARDO DO PRADO LIMA, RAQUEL FERREIRA NOGUEIRA, ANDRÉ MESQUITA DE ABREU, BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, PAULO CÉSAR DE FARIA JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKEK - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão de ducto biliar comum é uma das complicações mais sérias associadas à cirurgia da vesícula biliar. Incidem em cerca de 0,2% a 3% das colecistectomias laparoscópicas. Acontecem comumente quando o ducto biliar comum é confundido com o ducto cístico e então seccionado. Quando reconhecida no intraoperatório, deve ser reparada imediatamente de acordo com o grau da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: LSF, sexo feminino, 45 anos, com colecistite aguda listiásica foi encaminhada ao bloco cirúrgico para realização de (CVL). Na dissecação do pedículo biliar, notou-se a presença de uma “terceira estrutura” sendo atribuído a um ducto cístico acessório que foi clipado igualmente às outras estruturas. O restante da cirurgia ocorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu no pós-operatório com dor abdominal de forte intensidade, principalmente em hipocôndrio direito associada a distensão abdominal. No 3º dia pós-operatório notou-se a presença de mancha hiperocrômica periumbilical que se estendeu para todo o hipogástrio nos dias subsequentes, aventando a hipótese de coleperitônio. Realizada punção guiada de líquido em pelve com saída secreção biliosa. Realizou colangiressonância que evidenciou indefinição de limites em segmento médio/distal do ducto hepático comum com fistula biliar e consequente coleperitônio. Optada então pela realização de laparoscopia para drenagem da fistula biliar, com achado de 2,5 litros de bile que foi drenado com dois drenos tubulares um supra e um infra hepático. Evoluiu com fistula biliar com drenagem de 400ml/dia. Paciente submetida a CPRE com identificação da lesão de colédoco proximal, próximo a imagem sugestiva de clipe metálico. Paciente recebeu alta com dreno infrahepático e acompanhamento ambulatorial semanal com proposta de realização de derivação biliodigestiva. Paciente manteve-se icterícia 4+/4+ e com redução progressiva do débito do dreno. Foi internada para realização do procedimento cirúrgico após 10 semanas da realização da colecistectomia laparoscópica. Submetida a anastomose hepaticojugal em Y de Roux após identificação de ducto hepático comum dilatado - cerca de 1,5cm de diâmetro - classificada a lesão como Bismuth II. Paciente evoluiu muito bem, com queda progressiva da icterícia recebendo alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. Encontra-se em controle ambulatorial, assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A melhor forma de lidar com uma lesão de ducto biliar é a prevenção, que ocorre através de uma dissecação segura que deve começar na vesícula biliar, seguindo por uma adequada visualização de sua junção com o ducto cístico. De suma importância é que na menor suspeita de lesão de colédoco durante a colecistectomia laparoscópica, é necessária a realização de colangiografia intraoperatória para que a possível lesão possa ser diagnosticada e tratada precocemente.</p>	<p>PO 030-2</p> <p>CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE CECO: RELATO DE CASO</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, NATHÁLIA VALLS DA ROCHA, JESSICA DA SILVA SOUZA VILA NOVA, MÔNICA VIEIRA PACHECO, JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma adenoescamoso de cólon é um tumor no qual componentes escamosos e glandulares coexistem, e ambos têm potencial de originar metástases. O adenocarcinoma é responsável pela maioria dos tumores malignos originados do cólon, enquanto o carcinoma adenoescamoso é raro, com incidência de 0,025 a 0,2% de todos os tumores malignos do intestino grosso. A patogênese não é bem definida, existindo muitas teorias para explicar a existência das duas linhagens celulares concomitantes. A localização dos tumores é principalmente em reto e porções distais do cólon, com apresentação clínica e macroscópica semelhante ao adenocarcinoma, porém com menor sobrevida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 78 anos, com quadro de hematociteza de moderada monta, com início em maio de 2018. Refere ritmo intestinal regular - diário. nega episódios prévios de sangramento. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão protusa e nodular no ceco; além de doença diverticular pancolônica com sinais de sangramento recente; sendo realizado hemotransfusão. Paciente em pré-operatório para colectomia direita. Antígeno carcinoembrionário: 3,6 ng/l; tomografia de abdome e pelve discreto espessamento parietal irregular do ceco e formação ovalada hipodensa subcapsular hepática no seguimento IV. Paciente submetida a colectomia direita e biópsia de lesão hepática, boa evolução pós operatória em uti, recebendo alta para enfermaria comum no terceiro dia de pos operatório. necessitou de reabordagem por peritonite, no décimo dia de pós operatório, sendo evidenciado desistência de anastomose. Paciente em estado gravíssimo em uti, em falência de múltiplos órgãos evoluiu com hipotensão refratária, bradicardia e parada cardiorrespiratória em assistolia, evoluindo para óbito. O anátomo-patológico da peça cirúrgica diagnosticou carcinoma adenoescamoso de ceco confirmando o componente escamoso pela imuno-histoquímica. O nódulo hepático é resultante de implantação secundária.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma adenoescamoso é uma entidade rara; sabe-se que há uma frequência maior em caucasianos. A apresentação clínica e a morfologia patológica macroscópica dos carcinomas adenoescamosos são semelhantes às do adenocarcinoma em geral, e o diagnóstico é feito por confirmação histopatológica. A etiologia permanece obscura, porém quatro hipóteses foram propostas: células escamosas ectópicas; a transformação de células basais não comprometidas em células escamosas; metaplasia escamosa do epitélio glandular; e metaplasia escamosa de células de adenocarcinoma. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica do tumor. Não se sabe ao certo o prognóstico desses tumores. Embora esteja associado a pior prognóstico que o adenocarcinoma isolado, a detecção precoce e a ressecção cirúrgica radical continuam sendo o tratamento de escolha.</p>

PO 031-2	PO 032-1
<p>DIAGNOSTICO TRANSOPERATORIO DE ADENOCARCINOMA DE COLON ESQUERDO APOS PERFURACAO INTESTINAL POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaias Barboza Junior, Bruno Calaça Ribeiro, Caroline Carvalho de Araújo, Maria Dallara Barroso e Silva, Addressa Ravelli Gomes da Costa, Raissa Ribeiro Portela e Vasconcelos, Suélen Machado Maia</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma (AC) colorretal é a quinta neoplasia maligna mais diagnosticada dentro dos hospitais brasileiros, sendo quarta causa de mortalidade por câncer e 95% dos tipos histológicos de neoplasia colorretal. Podem manifestar-se por: lesão polipóide ou lesão anular constritiva (LAC). Dos AC, 18% atingem o cólon esquerdo onde a LAC é a mais comum, apresentando sintomatologia de obstrução e de alteração do hábito intestinal. O principal método diagnóstico é a colonoscopia e o tratamento cirúrgico excisional é o de eleição. A particularidade do caso relatado consiste na identificação tumoral em cólon descendente como achado incidental transoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: T.O.P, 57 anos, feminino, admitida na urgência com quadro de dor abdominal difusa associada a náuseas, a vômitos e à anorexia há 2 dias. Referiu ingestão de tatu (<i>Dasytus novemcinctus</i>) há 3 dias. Ao exame físico apresentava-se hipocorada 2+/4+, desidratada 2+/4+, taquicárdica, abdome globoso, doloroso à palpação difusa, com irritação peritoneal. Tomografia computadorizada de abdome evidenciava: grande quantidade de resíduos fecais, formações gasosas e materiais cálcicos (ossos) distribuídos difusamente em alças colônicas; pneumoperitônio; pequenas coleções líquidas livres na cavidade peritoneal junto ao cólon descendente, ascendente e no mesogástrio; volumoso abscesso em fundo de saco posterior e no hipogástrio; pequena área de descontinuidade da parede anterior do reto, em nível do terço médio, comunicando-se com a coleção líquida acima referida e densificação difusa da gordura peritoneal. Submetida à laparotomia exploratória com identificação de peritonite difusa; de tumoração (TU) em cólon descendente com perfuração local; de fragmentos ósseos livres em cavidade abdominal e ao redor da TU. Realizada colectomia esquerda, com margem cirúrgica, e colostomia a Hartmann. Apresentou boa evolução com alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório.</p> <p>Anatomopatológico: AC de cólon esquerdo circunferencial e estenosante, medindo 4,5 cm de comprimento, distando 12 cm da margem cirúrgica proximal e infiltrando o tecido adiposo adjacente.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico inadequado implica em segunda intervenção com o tumor muitas vezes em estágio avançado, sem possibilidade de tratamento curativo. O AC de cólon esquerdo com sintomas iniciados após perfuração por corpo estranho gera um quadro de emergência cirúrgica, mais grave e com maiores riscos de complicação comparado ao diagnosticado em exames eletivos. Entretanto, essa ainda é uma forma diagnóstica bastante prevalente e que poderia ser evitada através de uma rotina preventiva mais eficaz. Embora ainda haja algumas controvérsias na literatura sobre a técnica cirúrgica utilizada em tumores de cólon, a colectomia esquerda é a mais utilizada para a ressecção de tumores de cólon descendente e distal.</p>	<p>FEBRE AMARELA + COLECISTITE ALITIASICA</p> <p>TALES BARIONE REGINALDO, TAUJANY TORRES, PEDRO VICTOR CALVO SALLES, DEBORA LAENA BARROSO SACOMAN, VICTOR GONÇALVES DE LIMA, VITOR HERNANDES LOPES, JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES</p> <p><i>PUC SOROCABA - Sorocaba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Proposto a discussão do caso de um paciente portador de febre amarela associada a colecistite alitiásica. A colecistite alitiásica ocorre devido a uma inflamação na parede da vesícula sem a presença de um cálculo. Tem progressão mais rápida e frequentemente evolui para gangrena, empiema ou perfuração. Ocorre em pessoas idosas ou em estado crítico após trauma, queimaduras, nutrição parenteral de longa data, cirurgias extensas, sepSES, ventilação com pressão positiva e a terapia com opioides também parece estar envolvida. A febre amarela é uma doença infecciosa não contagiosa causada por um vírus do gênero <i>Flavivirus</i> da família <i>Flaviviridae</i>. A doença é endêmica nas áreas de florestas tropicais da América do Sul e da África e pode ocorrer sob a forma de surtos e epidemias.</p> <p>RELATO DE CASO: GVM, 21 anos, sexo masculino, com quadro de febre (38,5°C), mialgia difusa, dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, hiporexia, prurido e exantema corporal a 5 dias. Sem viagens a áreas de mata ou alagadas, assim como etilismo. Ictérico, estável hemodinamicamente e sinal de Murphy negativo. Sem outras alterações ao exame físico. A ultrassonografia abdominal e a colangiografia nuclear magnética diagnosticaram colecistite alitiásica sem dilatação de vias biliares ou cálculos e sem fatores obstrutivos. Na avaliação da infectologia, foram solicitadas sorologias para febre amarela e dengue e realizado o tratamento clínico com antibióticos. Evoluiu com melhora da icterícia e da dor, porém mantendo febre por 2 semanas e sorologia positiva para febre amarela. Após 72 horas sem febre o paciente recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Apresenta-se o caso de um paciente com colecistite alitiásica durante o curso de febre amarela, relação não usual na literatura. A febre amarela em suas tres formas, pode elevar enzimas hepáticas, causar icterícia, dor abdominal e vômitos. Porém, colecistite alitiásica não faz parte do seu quadro clínico. Ela cursa com necrose médio-zonal dos hepatócitos sem lesar diretamente a vesícula. Assim, conclui-se que o quadro de colecistite alitiásica provavelmente ocorreu por inflamação de contiguidade e não pelo vírus propriamente.</p>
<p>PO 032-2</p> <p>POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: ESTUDO DE CASO</p> <p>Tainá Altenburg, Francisco Luis Altenburg, Eduardo Manoel Pereira</p> <p><i>UNIVILLE-UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - Joinville - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) é uma doença genética hereditária progressiva proveniente de um distúrbio autossômico dominante causado por modificação do gene alvo da polipose adenomatosa do cólon, localizado no cromossomo 5q21, o que resulta em acúmulo da proteína β-catenina, que, em alta concentração, sinaliza a proliferação celular por ligar-se a fatores de crescimento tumoral. A doença apresenta-se na forma de múltiplos pólipos, inicialmente de natureza benigna, neoplasias de baixo grau de atipia, podendo evoluir até neoplasias de alto grau e em média aos 40 anos, para o câncer colorretal. Na maioria dos casos a FAP é assintomática e a suspeita clínica ocorre pela presença de familiares de primeiro grau com a doença. O objetivo desse estudo é relatar um caso de FAP.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 29 anos, natural de Joinville (SC), admitida em consulta de serviço privado de coloproctologia no dia 02/06/2015, com história de antecedentes familiares de primeiro grau com FAP cujo pai faleceu de câncer colorretal com 59 anos, sem outras queixas e comorbidades. À realização do exame de colonoscopia no dia 25/06/2015, foram detectadas centenas de pólipos distribuídos por todo o cólon, concentrados principalmente no reto e, em menor proporção, no ceco. Exame anatomopatológico revelou pólipos adenomatosos tubulares e túbulo vilosos, caracterizando o diagnóstico de FAP. Em janeiro de 2016, a paciente foi submetida a proctocolectomia total, bolsa íleo anal e ileostomia, sem intercorrências, com evolução pós-operatória satisfatória com bom estado geral após período de internação de 5 dias. Três meses após a cirurgia, foi realizado o fechamento da ileostomia e a paciente desde então realiza consultas de controle.</p> <p>DISCUSSÃO: A FAP é uma doença de caráter hereditário e seus portadores tem relevante risco de desenvolver câncer colorretal. Esses adenomas apresentam prevalência de 20-30% abaixo dos 40 anos e entre 40 a 50% após os 60 anos na população geral. A frequência é similar entre os gêneros e há definida predisposição familiar para o surgimento de adenomas. O risco para malignidade guarda relação com o tamanho dos pólipos, o grau de displasia expressado e com a arquitetura histológica. O diagnóstico de câncer colorretal em pacientes portadores de FAP ocorre na média dos 39 anos de idade e é realizado por meio de colonoscopia seguida do exame anatomopatológico dos pólipos encontrados e por teste genético. A paciente do caso vai ao encontro do apontado pela literatura no que tange à epidemiologia da FAP, tendo sido diagnosticada em idade jovem com múltiplos pólipos, além de possuir história familiar positiva para câncer colorretal. Por isso, optou-se pelos procedimentos cirúrgicos realizados. O diagnóstico precoce e a resolução dos casos, bem como monitoramento do estado dos familiares, são fundamentais para o aumento da sobrevida e para minimizar o impacto da FAP sobre a saúde coletiva.</p>	<p>PO 032-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORACICA POS-TRAUMA- RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Teixeira de Souza Castro, Thacizo Augustho Eugenio Dourado Meira Machado, Andre Teixeira de Souza Castro</p> <p><i>Hospital Belo Horizonte - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pacientes vítimas de politraumatismo o atendimento precoce e multidisciplinar é fundamental à vida. Em feridas complexas os desafios são ainda maiores. Encontram-se disponíveis técnicas e materiais facilitadores à abordagem holística destes pacientes visando o seu restabelecimento, minimizando as dores e reduzindo o tempo de hospitalização. O diagnóstico das lesões decorrentes do acidente é fundamental para se estabelecer as diretrizes ao atendimento e as prioridades. Em presença de feridas complexas prioriza-se a preservação da forma e da função. Neste caso a equipe multidisciplinar contou com a cirurgia geral, clínica médica, cirurgião torácico, neurocirurgião, cirurgião plástico, fisioterapeuta, psicólogo, estomatoteapeuta, nutricionista e corpo de enfermagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G. S. G., masculino, 18 anos de idade, admitido no hospital dois dias após grave acidente com motocicleta. Inicialmente atendido em hospital no interior, foi realizado drenagem do tórax por pneumotórax e estabilização para transferência. Constatou-se fratura de coluna em C3 a T3 e T8 esta com deslocamento de fragmento ósseo para o canal medular. Ausência do membro superior direito, extensa área cruenta da região do ombro direito à região abdominal próximo à cicatriz umbilical. Exposição dos arcos costais e da porção lateral direita do esterno, o terço proximal da clavícula preservado. Presença de dreno no nível do sétimo arco costal. Estado geral comprometido. A primeira abordagem foi do neurocirurgião para imobilização da coluna. Foi iniciado curativo à vácuo. A fisioterapia respiratória e mecânica, clínica médica, psicóloga e a nutricionista atuam para melhora do estado geral. Com evolução do tecido de granulação decide-se pelo implante de expansores na região torácica contralateral e na região abdominal. Expansões semanais de foram realizadas até se completa expansão destes. Posteriormente com a remoção do dreno torácico, melhora do estado geral e suspensão do curativo sob pressão negativa foram removidos os expansores. Retalhos de foram realizados para redução da área cruenta. Posteriormente foi realizado enxertos de pele parcial com integração satisfatória, exceto no local de colocação de saída dreno. Preparo e nova enxertia de pele levou à completa cicatrização.</p> <p>DISCUSSÃO: Equipe multidisciplinar é indispensável aos tratamentos dos politraumatismos. Nos casos de ferimentos complexos deve-se estabelecer um plano terapêutico privilegiando a etiologia, o aspecto da lesão, sua extensão, o grau de contaminação e a presença de exsudato. O curativo sob pressão negativa estimulam a granulação, induzem à redução da ferida e diminuem a resposta inflamatória local. A abordagem precoce favorece a recuperação do paciente, minimizam o tempo de cura, o tempo de hospitalização e consequentemente redução dos custos.</p>

PO 033-1	PO 033-2
<p>RELATO DE CASO: COLANGIOCARCINOMA</p> <p>Wendhy Lopes de Souza Batista, João Bosco Ribeiro Jomah Filho, YANKA PEREIRA ROCHA, Aurelio Abdias Sampaio Ferreira</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Os colangiocarcinomas originam-se de células epiteliais dos ductos biliares intra-hepáticos (menos de 10% dos casos) e extra-hepáticos. Esses tumores são responsáveis por cerca de 3% das malignidades gastrointestinais. A incidência é ligeiramente maior em homens, por volta de 50 a 70 anos de idade. Entre os fatores de risco estão colangite esclerosante primária, anomalias congênitas da árvore biliar, doença hepática crônica, colelitíase, colecistite, diabetes mellitus e síndrome metabólica. A maioria dos colangiocarcinomas (> 90%) são adenocarcinomas, sendo o carcinoma de células escamosas responsável pela maioria dos casos restantes.</p> <p>RELATO DE CASO: R.V.S.P., sexo feminino, 44 anos, diabética e hipertensa, realizou ultrassonografia de abdome superior em abril de 2018 para investigação de náuseas persistentes. O exame evidenciou formação expansiva hiperecogênica e heterogênea, nos segmentos VII e VIII hepáticos, medindo 9,6x4,9cm. Realizou, então, ressonância magnética de abdome superior com contraste, que mostrou massa lobulada no lobo direito do fígado com realce irregular, heterogêneo e predominantemente periférico ao meio de contraste, medindo cerca de 9,2x7,4cm, sugerindo adenoma hepático. Dosagem de marcadores tumorais apresentou valores de CA125 de 91,1; CEA de 0,5 e Alfafetoproteína de 1,57. Na admissão em nosso serviço, encontrava-se em bom estado geral, queixando-se de náuseas e plenitude pós prandial, sem anormalidades no exame físico. Foi submetida a hepatectomia parcial a direita e colecistectomia no dia 12/07/2018, apresentou sangramento importante no intra-operatório, evoluindo com choque hipovolêmico responsivo a volume. Paciente permaneceu com dreno de sucção apresentando saída de conteúdo bilioso durante os 10 primeiros dias pós-operatórios, sendo retirado após realização de USG de abdome, o qual afastou presença de coleções abdominais. A biópsia da peça cirúrgica evidenciou Adenocarcinoma pouco diferenciado infiltrando parênquima hepático, e imunohistoquímica demonstrou tratar-se de Colangiocarcinoma. Paciente permaneceu por 15 dias em unidade de terapia intensiva e 14 dias em enfermaria cirúrgica de nosso serviço, recebendo alta hospitalar em bom estado geral, afebril, sem queixas algicas e ferida operatória em bom aspecto.</p> <p>DISCUSSÃO: Nossa paciente apresentava como único marcador alterado o CA125, um fator positivo, já que a elevação de marcador como prognóstico do colangiocarcinoma intrahepático não é unânime na literatura atual. Segundo a mesma, quanto melhor a função hepática do paciente, melhor o prognóstico. Nossa paciente não apresentava alteração de exames de função hepática. Trabalhos mostram que a reincidência do tumor é de até 2,8 anos, mesmo com cirurgia curativa. A quimioterapia apresenta resultados modestos, não sendo considerada por todos os autores como método curativo.</p>	<p>HERNIA DE GARENGEOT: RELATO DE CASO E REVISAO BIBLIOGRAFICA</p> <p>LEONARDO RODRIGUES FUSCO SOUZA, HUGO BARRÓS VILELA, LUISA LAMAITA POMPEI, ANA ELISA BOTTA, RICARDO ESTEVAN MARTINS, IGNACIO LEITE COSTA</p> <p>SANTA CASA DE LIMEIRA - LIMEIRA - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar um caso raro de paciente com hernia de garengeot.</p> <p>RELATO DE CASO: AMSJO, mulher, 79 anos, entrou via pronto socorro da Santa Casa de Limeira, onde foi solicitada uma Inter consulta do plantonista para a equipe de cirurgia geral do hospital, devido a um abaulamento em região inguinal a direita, onde a paciente se queixava de uma dor de leve intensidade há aproximadamente 8 dias. No exame físico da paciente abdome flácido, com presença de ruídos hidroaéreos, percussão mostrando timpanismo, sem dor a palpação superficial e profunda. Apresenta um abaulamento de cerca de 5 cm em região inguinal direita de consistência endurecida, indolor a palpação, sem redução manual. USG de partes moles que evidenciou uma lesão expansiva na topografia da região inguinal direita, com aspecto que pode ser compatível com conteúdo herniário, apresentando fluxo ao Doppler, porém não redutível à compressão com o transdutor. TC de abdome total pela equipe da cirurgia, onde constatou que paciente apresentou uma volumosa hérnia inguinal direita, contendo seguimento de alça ileal, sendo que o saco herniário apresenta-se heterogêneo e com centro hipodenso (material liquefeito), medindo 5,2 x 4,4 cm Inguinotomia com saída de secreção purulenta, colhido amostra para cultura 4) Evidenciado hérnia encarcerada e após difícil dissecação das estruturas evidenciando segmento de alça em saco herniário 5) Optado por laparotomia mediana infra umbilical com abertura por planos 6) Ausência de líquido livre em cavidade e evidenciando apêndice cecal no saco herniário passando pelo orifício femoral 7) após redução manual do conteúdo, foi identificado apêndice grau 3 com apêndice cecal edemaciado, com fibrina necrose de terço distal e pus. 8) realizado ligadura escalonada do meso apêndice com posterior tripsia e secção do apêndice 9) confeccionado bolsa de tabaco com vicryl 3.0 10) fechamento da inguinotomia por técnica de Mcvay com vicryl 1.0 11) revisão da homeostasia e contagem de compressas – ok 12) locado dreno penrose em região inguinal, fixação na pele com nylon 2.0</p> <p>DISCUSSÃO: Alguns autores defendem que a ligação em um local anormal do apêndice no ceco, onde dá um apêndice pélvico, pode ser a principal causa, já que com um apêndice pélvico, ele poderia entrar o saco herniário. Outros autores defendem que a apendicite ocorreu por uma constrição do anel herniário, onde gerou apendicite por conta do anel herniário estreito, estrangulando assim o apêndice, gerando um quadro de apendicite. Hoje em dia chega-se no consenso que a hérnia de Garengeot é a combinação de ambas as patologias. O diagnóstico pré operatório é extremamente difícil, sendo descoberto somente quando ocorre a exploração do saco herniário e seu conteúdo. como sintomas clínicos, paciente apresenta quadro de hérnia encarcerada que são: Dor abdominal vaga e dolorosa, inchaço e eritema da virilha direita. Seu tratamento deve ser feito através de cirurgia de emergência</p>
<p>PO 034-1</p> <p>TUMOR DE FRANTZ</p> <p>Helen Brambila Jorge, Marciano Anghinoni, Paulo Gardenal Teles, Adrielle Andrade Pugas, Marcel Depieri Andrade, Igor Antonio Spilk, Felipe Antonio Góes Scorsioni, Igor Fernando Escanfelli Silva</p> <p>Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - Sao Paulo – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz é uma neoplasia pseudopapilar sólida de pâncreas rara que representa entre 0,13% e 2,7% de todas as neoplasias de pâncreas e acomete principalmente adolescente e mulheres que estão entre a segunda e a terceira décadas de vida. O quadro clínico cursa com dor abdominal inespecífica, dispepsia, náuseas e vômitos e cerca de 20% dos pacientes são assintomáticos. Em geral, o tamanho do tumor no momento do diagnóstico varia entre 5 e 25 cm, é único, encapsulado e bem delimitado. A origem do tumor de Frantz ainda é desconhecida. O tratamento é cirúrgico, com ressecção completa do tumor. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de tumor de Frantz porque o mesmo é uma doença rara e compará-lo com outros trabalhos de mesmo assunto publicados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO.</p> <p>RELATO DE CASO: R.B, feminino, 28 anos, assintomática, com antecedentes pessoais de ovário policístico, ao realizar ultrassom abdominal de rotina para seguimento de ovário policístico identificou tumor na cabeça do pâncreas. Nega tabagismo, nega etilismo, refere antecedentes familiares (mãe) de câncer de ovário. No exame físico de abdome apresentou massa palpável e indolor na região epigástrica, com tamanho de 2 cm. Realizou exame laboratorial CA19-9 21U/ml, Tomografia computadorizada e Ressonância Magnética (padrão-ouro) de abdome que identificaram massa arredondada e encapsulada na cabeça do pâncreas, sugestiva de tumor de Frantz. O tratamento proposto para esta paciente foi a realização da cirurgia de Whipple (duodenopancreatocetomia) associado com colecistectomia em bloco, com ressecção completa do tumor. No anátomopatológico apresentava lesão de 9,2cm no seu maior eixo restrita a pâncreas, foram dissecados 26 linfonodos regionais que estavam livres de neoplasia. Realizou o exame de imunohistoquímica que foi compatível com neoplasia pseudopapilifera do pâncreas com anticorpos β Caterina e CD10 positivos e Cromogranina A negativa que confirmou o diagnóstico de tumor de Frantz. Após a cirurgia para ressecção completa do tumor a paciente apresentou uma excelente evolução, recebeu dieta no terceiro pós operatório, e alta no quinto pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Frantz é um tumor com comportamento benigno, apresenta crescimento lento e bom prognóstico e por dificilmente se infiltrar nos vasos sanguíneos apresenta baixo risco de metástases. Das características do tumor de Frantz descritas acima e obtidas na literatura, nossa paciente apresentou quadro muito semelhante: assintomática, diagnóstico acidental, tumor bem delimitado por uma cápsula fibrosa, exames laboratoriais dentro da normalidade, ausência de invasão de órgãos vizinhos e ausência de metástases. A única exceção foi o local de aparecimento do tumor, que foi na cabeça do pâncreas, enquanto as referências pesquisadas informam que os locais mais comuns sejam no corpo e na cauda do pâncreas. A opção terapêutica realizada possibilitou a ressecção completa do tumor e cura sem a utilização de radioterapia e quimioterapia.</p>	<p>PO 034-2</p> <p>A IMPORTANCIA DA DETECÇÃO PRECOCE DO MEGACOLON A FIM DE DIMINUIR SUAS COMPLICAÇÕES</p> <p>FERNANDA LUCENA DA COSTA, ERIKA EMYLIA MIRANDA PACHECO, LARISSA VIEGAS DE ALMEIDA, CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO, ZALMIR REICHERT, AZIF DAVI LEMOS, RAYANE ARAUJO TORRES LEMOS, INGRID MATOS BEZERRA</p> <p>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Megacólon é a dilatação anormal do cólon intestinal decorrente de alteração nas células ganglionares dos plexos mioentéricos, de Meissner e de Auerbach na forma adquirida, a qual gera incoordenação motora do cólon com inércia funcional, causando alteração da motilidade e interferindo no funcionamento do trânsito intestinal. Prevalecem os casos com etiologia idiopática. Possui alta incidência na América Latina, acometendo mais o sexo masculino na proporção 3:2, comumente entre 3ª e 5ª décadas de vida. Sua relevância científica está na alta frequência no nosso meio e abordagem na urgência pelas complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 19 anos, admitido no Hospital General Edson Ramalho com história de megacolon idiopático, que não soubermos referenciar o tempo estimado de evolução da doença. O mesmo queixava-se de dores abdominais difusas há dois meses de moderada intensidade, que evoluiu para dores intensas e constipação severa. Ao exame: consciente, orientado, pouco cooperativo, afebril, hipocorado ++/4, emagrecido, eupneico. MV em ambos hemitórax, sem ruídos adventícios, FR=20 lpm, RCR em 2T, BNF, sem sopros, FC 108 BPM, abdome distendido, doloroso a palpação superficial e profunda difusa, RHA intensos e metálicos, presença de fezes na ampola retal. Após realização de Tc de abdome foi evidenciada distensão difusa dos cólons, contendo grande quantidade de resíduo fecal (coproestase difusa), notadamente no reto, demais órgãos sem alterações. O paciente apresentou quadros recorrentes de suboclusões intestinais que não melhoravam com tratamentos clínicos conservadores. Os preparos mecânicos para realização de uma colonoscopia sempre foram inadequados devidos aos fecalomas, vômitos, distensão e dor abdominal. Foi submetido à colectomia esquerda + reto transverso anastomose latero-lateral sem intercórrencias, o anátomopatológico evidenciou segmentos exibindo congestão vascular, áreas de hemorragia, sinais de isquemia aguda e linfonodos com hiperplasia folicular reativa.</p> <p>DISCUSSÃO: Pode ter diversas origens, entre elas, as mais comuns são a Doença de Hirschsprung e a Doença de Chagas, porém as sorologias foram negativas, então firmou-se o diagnóstico de megacólon de origem idiopática. Na maioria dos casos, o megacólon resulta em obstrução intestinal manifestando-se clinicamente por constipação intestinal de instalação lenta e progressiva, acompanhada de distensão abdominal. Suas complicações podem cursar com obstrução em alça fechada e ruptura colônica. O tratamento inicial da suboclusão, principalmente em casos não complicados, é clínico, composto por dieta rica em fibras, laxativos, esvaziamento manual e enteroclistmas. Em alguns pacientes, entretanto, terapia laxativa é, em geral, uma estratégia a curto prazo. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos com evolução prolongada cujas medidas clínicas não promoveram evacuação intestinal satisfatória.</p>

PO 035-1	PO 036-1
<p>TUMOR NEUROENDOCRINO DIFUSO DO PANCREAS TRATADO COM PANCREATECTOMIA TOTAL - RELATO DE CASO</p> <p>Valéria Midori Gutoski Yuki, Kauana Oliveira Gouveia, Carlos Humberto Guilman Tanizawa, Geraldo Alberto Sebben, Marciano Anghinoni, Nayara Vilas Novas Greselle, Priscila Nunes Silva Morosini</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) do pâncreas são neoplasias que surgem das células das ilhotas de Langerhans e tem uma incidência de cinco casos por milhão ao ano. Os TNE podem ser classificados em funcionantes e não funcionantes, caso secretem hormônios ou não respectivamente, e conforme essa diferenciação as apresentações clínicas se manifestam.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 54 anos, atendida com dor no abdome superior, dois meses de evolução, associada à icterícia transitória e perda ponderal. Antecedentes: colecistectomia por colelitíase e diabetes melito de início recente. Exame físico: icterícia e ausência de lesões palpáveis. Exames laboratoriais: CA 19-9: 66,2, GGT: 1.520, TGP: 275, FA: 764, BT: 2,3. Colangioressonância: moderada dilatação de vias biliares e pâncreas difusamente aumentado e inconclusivo. Ecoendoscopia com biópsia: lesão infiltrativa de todo o pâncreas até a papila duodenal maior e com foco de obstrução do colédoco, este com calibre de 12 mm. A biópsia pancreática evidenciou um tumor neuroendócrino bem diferenciado. A paciente foi submetida à pancreatectomia total com esplenectomia e linfadenectomia sem intercorrências. No pós-operatório foi manejada com insulina e pancreatina. O laudo histológico do espécime demonstrou tratar-se de TNE acometendo todo o pâncreas, com padrão bem diferenciado e um linfonodo comprometido. O estudo complementar por imunohistoquímica revelou um TNE bem diferenciado grau dois e índice Ki-67 de 4,3%.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores neuroendócrinos de pâncreas são raros com poucos relatos na literatura. Alguns estão associados com hipergastrinemia, diabetes melito e colite ulcerativa. A clínica depende se o tumor secreta hormônios ou não. Segundo Charles M. Intenzo e colaboradores a clínica de tumores funcionantes costuma se apresentar antes e com sinais síndromicos comuns ao insulínoma, gastrinoma, glucagonoma e vipoma. Os exames de imagem tendem a se apresentar como pequenas massas. Já os tumores não funcionantes geralmente possuem clínica de dor abdominal devido ao efeito massa e nas imagens se apresentam com calcificações, cistos, necrose e invasão vascular. Hareh Naringrekar e colaboradores referem como diagnósticos diferenciais a pancreatite crônica, amiloidose e a sarcoidose. Na microscopia o pâncreas possui aspecto semelhante em TNE benignos e malignos, com células em formato de ninhos sólidos. Evans e colaboradores e Kaltsas e colaboradores relatam que os tumores não funcionantes até 80% podem ser malignos. O tratamento preconizado para cura é cirúrgica, entretanto pacientes diagnosticados tardiamente, com metástases, a cirurgia com intenção curativa não é uma opção. Estes são tratados com terapias sistêmicas, análogos da somatostatina, quimioterapia de última geração, radioisótopos, terapias alvo-específico e imunoterapia. No caso apresentado, a paciente era portadora de um subtipo raro e pouco relatado, o TNE difuso do pâncreas, necessitando de uma cirurgia de excepcionalidade e raramente indicada, a pancreatoesplenectomia total.</p>	<p>FISTULA COLECISTODUODENAL COM CALCULO EM CORPO GASTRICO E ILEO TERMINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUIZ HENRIQUE MORAIS SAMPAIO ARAÚJO, AMANDA VIEIRA RUIZ, NAYARA DA COSTA ANDRADE, LORENA OHRANA BRAZ PRUDENTE, RAUL FRANKLING DURAND, BRUNO OLIVEIRA ARAUJO SOUSA, RODOLFO REZENDE DAS NEVES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal. Trata-se de uma complicação da colelitíase e se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma fistula bilioentérica que, em 60% dos casos, é colecistoduodenal, mas também pode ser colecistocolônica ou colecistogástrica. A fistula surge quando o cálculo causa uma erosão na parede biliar e no tubo digestivo, seguindo de um processo inflamatório associado à diminuição de aporte sanguíneo e aumento de pressão intraluminal, seguida de perfuração com fistulização e saída do cálculo biliar para o trato gastrointestinal. Cerca de 50-70% dos cálculos impactam no íleo, por ser mais estreito. Quadro clínico é compatível com abdome agudo obstrutivo, sendo diagnóstico diferencial realizado por exames de imagem. O tratamento é cirúrgico e incluem enterotomia com exérese do cálculo somente ou em combinação com colecistectomia e reparo de fistula</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 69 anos, sexo feminino, dislipidêmica, dor epigástrica irradiada para fossa ilíaca direita e hipogastro, acompanhada de vômitos e parada na eliminação de flatos e fezes, há cinco dias. Ao exame físico: dor e distensão abdominal, ausência de ruídos hidroaéreos e peritonite. Sem fezes em ampola retal ao toque. Exames laboratoriais com discreta anemia. Tomografia de abdome com área heterogênea entre vesícula biliar e segunda porção duodenal. Associa-se imagem hipoaéuana, com calcificações periféricas, localizada no íleo (4,4 cm de diâmetro) e no estômago. Sendo interrogado como diagnóstico principal íleo biliar. No intra-operatório identificou-se presença apenas de fistula colecistoduodenal, porém com cálculo em corpo gástrico e íleo terminal. Realizado enterotomia e gastrotomia para exérese dos cálculos, e posteriormente suas respectivas raias, abordagem da fistula em segundo plano</p> <p>DISCUSSÃO: É uma condição rara, encontrada na maioria em adultos acima de 50 anos, sendo mais frequente no sexo feminino. Responsável por 1-4% das causas de obstruções intestinais, e cerca de 25% dos quadros de obstrução intestinal sem estrangulamento em maiores de 65 anos tem em sua etiologia o íleo biliar. O íleo biliar exige atenção no diagnóstico pré-operatório. A tomografia de abdome é considerada, hoje, o melhor exame diagnóstico, identificando a tríade de Rigler: obstrução intestinal mecânica, pneumobilia (ar em vesícula biliar) e cálculo ectópico na luz intestinal, em 77% dos casos. No caso em questão não havia pneumobilia, porém os outros critérios indicavam o diagnóstico. Um achado, pouco descrito na literatura, é a presença de cálculo gástrico sem que haja fistula para o estômago. As causas são obscuras, mas sua presença pode estar associada pelo aumento da pressão intraluminal das alças intestinais ocasionado por obstrução à jusante. O método de escolha para abordagem é bastante controverso. Pode-se optar por cirurgia em um ou dois tempos, levando em consideração o quadro clínico dos pacientes</p>
<p>PO 037-1</p> <p>CIRURGIA PANCREÁTICA COM RECONSTRUÇÃO PORTAL DE DOADOR CADAVERICO PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE PÂNCREAS</p> <p>Estevan Taube Borré, Joel Adrian Cascan Valiente, Andre Vicente Bigolin, Eduardo Taube Borré, Alice Bianchi Bittencourt, Mayara Christ Machry, Luis Paulo Androni, Bruna Beck Nunes</p> <p><i>Santa Casa de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aproximadamente 55.440 pessoas desenvolvem câncer pancreático exócrino por ano nos Estados Unidos, e quase todas morrem de sua doença. No Brasil, ele representa 2% de todos os tipos de neoplasias malignas, sendo responsável por 4% do total de óbitos. A duodenopancreatectomia é o único tratamento com possibilidade de cura para tumores da região peri-ampular. As técnicas cirúrgicas de ressecção e reconstrução vascular mesentérico-portal durante uma duodenopancreatectomia vem apresentando taxas de morbimortalidade reduzidas a níveis aceitáveis. O presente resumo objetiva apresentar um relato de caso de uma paciente submetida à ressecção e reconstrução vascular durante a duodenopancreatectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente Z.S.P, 69 anos, feminino, branca, nega etilismo, tabagismo e alergias. Internada em município vizinho por pancreatite de provável etiologia biliar e colelitíase, foi encaminhada ao serviço por dilatação das vias biliares. Na ocasião referia dor abdominal na região epigástrica com irradiação para o hipocôndrio direito, há cerca de 1 mês, acompanhada de diarreia com fezes líquidas e amareladas, náuseas e vômitos. Nega episódios prévios semelhantes. Ausência de febre, icterícia, colúria, acolia. Chegando ao serviço, tomografia computadorizada (TC) de abdômen e pelve apresenta lesão expansiva hipodensa de limites parcialmente definidos, na cabeça do pâncreas, medindo 3,8 x 3,3 cm, de presumível natureza neoplásica primária. A lesão engloba a artéria gastroduodenal e compromete a veia mesentérica superior. Vesícula biliar com paredes finas, contendo cálculos no seu interior. TC de tórax sem sinais de lesões torácicas de etiologia neoplásica primária ou secundária.</p> <p>DISCUSSÃO: A ressecção e reconstrução vascular no momento da duodenopancreatectomia é controversa devido à complexidade adicional do procedimento operatório e à baixa qualidade de dados prognósticos publicados. Embora seja uma área controversa, nossa posição é que a ressecção e reconstrução da veia porta (VP) ou veia mesentérica superior (VME) deve ser considerada uma abordagem padrão para os adenocarcinomas pancreáticos que envolvem focalmente VP ou VME, desde que exista fluxo adequado, o tumor não envolva a artéria mesentérica superior ou artéria hepática, e não exista estenose trombótica do vaso, uma ressecção R0/R1 pode ser realizada. No que respeita a técnica cirúrgica empregada na reconstrução vascular, na impossibilidade de reparo primário, a interposição de enxerto de veia autólogo ou cadavérico; além de prótese é imperativo. Neste relato, a paciente teve boa evolução após ressecção e reconstrução portal com doador cadavérico, apresentou melhora clínica e alta hospitalar, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Por isso, a ressecção vascular mesentérico-portal é um instrumento técnico válido e bem sucedido que deve ser considerado após uma ampla avaliação das condições clínicas do paciente, condições técnicas e anatômicas do tumor e, ainda, expectativa de sobrevida do paciente oncológico.</p>	<p>PO 037-2</p> <p>ADENOCARCINOMA ANORRETAL METASTÁTICO E DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN, MONICA VIEIRA PACHECO, JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pacientes portadores de doença de crohn têm um risco aumentado de desenvolver câncer colorretal. A doença perianal ativa persistente, o longo tempo de duração da doença e a displasia são fatores de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal. Embora os tumores pareçam não ser mais agressivos do que aqueles em pacientes sem doença inflamatória intestinal, eles são mais propensos a serem diagnosticados em um estágio avançado. A sobrevida desfavorável é bem estabelecida na doença de crohn, mesmo o diagnóstico de câncer colorretal sendo estabelecido no pré-operatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35 anos, com diagnóstico de doença de crohn há 20 anos, em uso de azatioprina e adalimumab. Iniciou quadro de distensão e dor abdominal, além de parada de eliminação de gases e fezes. Notou aparecimento de orifício fistuloso em perineo, associado a edema, calor e dor local. Encaminhado ao pronto-socorro do hospital universitário cassiano antonio moraes devido a doença de crohn perineal grave. Realizado tomografia de abdome que evidenciou áreas de espessamento peritoneal (omental cake), relacionado a carcinomatose peritoneal. Múltiplos nódulos hepáticos hipodensos de provável natureza secundária. espessamento das paredes do cólon sigmoide com indefinição da transição do mesmo com a ampola retal. Paciente submetido a cirurgia de urgência – transversoestomia, cistostomia, biópsia de omento, de tumoração pélvica e de tumor perineal, além de drenagem de fistula perineal. No intra-operatório, foi evidenciada a presença de "tumoração em região de sigmoide, bloqueando toda a pelve, com múltiplos implantes peritoneais, implantes hepáticos, lesão perineal com trajetos fistulosos se comunicando, sem abscesso, toque retal com tumoração circuncindante em reto". Iniciado protocolo de sepsis devido gravidade do quadro e instabilidade hemodinâmica no pós operatório imediato. anatomo-patológico evidenciou neoplasia maligna de grandes células, com elevado índice mitótico, amplas áreas de necrose e embolização maciça. Imuno-histoquímica com positividade para cdx4 evidenciando adenocarcinoma pouco diferenciado metastático. Paciente com falência múltiplas de órgãos, evoluiu para óbito dez dias após procedimento cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: A relação entre a doença de crohn e a presença de lesões malignas ainda não foi bem definida; sabe-se que adenocarcinomas do cólon e reto, em pacientes com doença de crohn, tendem a ocorrer em áreas afetadas pela inflamação e são mais comumente associados à colite. a doença de crohn acomete o perineo e o reto em aproximadamente um terço dos pacientes; sendo a sepsis, fistula anorretal e perineal as manifestações mais frequentes na apresentação. Pacientes que possuem doença perianal possuem pior prognóstico do que aqueles que não têm. A doença perianal está associada a uma história natural mais incapacitante. A agressividade dos tumores associados à doença de crohn está relacionada com seu tipo histológico.</p>

PO 038-2	PO 038-3
<p>ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: RELATO DE UM CASO</p> <p>KAMILA DE BESSA PENTEADO, PAMELA CRISTINA BELLAZ DO AMARAL CAMPOS SILVA, MARCELA MARIA SILVINO CRAVEIRO, PAULO ANTONIO RODRIGUES, WALMAR KERCHER DE OLIVEIRA, MARINA MORAES LOPES SOARES</p> <p><i>HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNESP BOTUCATU - BOTUCATU - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias malignas de apêndice são raras, clínica inespecífica e baixa incidência (1/10000 casos), correspondendo a 0,2-0,5% de todos os tumores do trato gastrointestinal. Este relato demonstra a inespecificidade clínica desta patologia rara e a pouca experiência dos cirurgiões. É de difícil suspeita pré-operatória, com importância do anatomopatológico no seu diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher 46 anos, admitida com dor em fossa ilíaca direita (FID) há três dias, sem irradiação ou outros sintomas associados. Ao exame físico sinais vitais estáveis e dor em FID, sem reatividade. Realizado analgesia, solicitado laboratoriais e imagens. TC abdome evidenciou sinais de apendicite aguda, sendo submetida à apendicectomia (apêndice grau II) e peça enviada para anatomopatológico. No pós-operatório checado histopatológico que evidenciou adenocarcinoma mucinoso do apêndice, neoplasia infiltrando submucosa/muscular própria/tecido subseroso, com presença de perfuração apendicular, peritonite reativa e abscesso periapendicular. Colo do apêndice livre de neoplasia. Após estadiamento clínico, sem metástase, indicada intervenção complementar: hemicolectomia direita e linfadenectomia (côlon e linfonodos livres de neoplasia). Estadiada (T3N0M0) e encaminhada para terapia adjuvante (esquema Roswell Park). Atualmente, paciente em esquema quimioterápico e seguimento oncológico, com imagens e marcadores tumorais sem recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice vermiforme tem mesma origem embriológica do intestino grosso, portanto é suscetível a tumores. A neoplasia maligna é rara com incidência em 0,2% de todas as apendicectomias. Mais comum 5-6ª década de vida e prevalência quanto ao sexo discutível. Clínica inespecífica simulando apendicite aguda em 70% dos casos. Mas, pode apresentar-se como massa pélvica com sintomas urinários, intussuscepção, mas. Pode romper disseminando células neoplásicas causando pseudomixoma peritoneal. O diagnóstico pré/intra-operatório é difícil e o cirurgião se surpreende no pós-operatório com o histopatológico. Após diagnóstico definitivo deve-se considerar diâmetro/localização do tumor, idade, metástases, nível de acometimento histológico, além de descartar tumores sincrônicos/metacrônicos para programação terapêutica. A cirurgia é a melhor opção, aumentando 5anos na sobrevida global em 40-50% dos casos. Em geral é feita nova intervenção mais agressiva, hemicolectomia direita e linfadenectomia. Após, determina-se necessidade de terapia adjuvante ou medicina paliativa. Prognóstico sombrio com alta recorrência, no momento do diagnóstico 74% já apresentam metástases. Principal via de disseminação é celômica. O seguimento é conforme protocolo câncer colorretal, com dosagem de marcadores tumorais, imagens e colonoscopia. A publicação de casos raros como este auxilia no melhor conhecimento da doença, permitindo maior contato com a mesma. Ajuda na tomada de condutas, orientação e aconselhamento familiar.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA EM REGIÃO TORACOABDOMINAL ANTERIOR APOS RESSECÇÃO DE NEOPLASIA MALIGNA: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Eiki Takemura, Maria Madalena Silva, Erica Nishida Hasimoto, Carolina Gomes Cachola, Aglaia Moreira Garcia Ximenes</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dentre os tumores malignos de parede torácica, 50% são representados pelos sarcomas de partes moles. Seu tratamento é a exérese da lesão com margens amplas. Se margens positivas, a radioterapia adjuvante é preconizada. Esta ressecção pode levar a ruptura a parede torácica. Apesar de controverso, acredita-se que defeitos >5cm ou >3 arcos costais segmentares se beneficiarão da reconstrução da parede torácica para: estabilização esquelética, manutenção da cavidade hermética, proteção às vísceras e reabilitação psicossocial. O objetivo deste relato é apresentar a reconstrução da parede torácica de um adulto com diagnóstico de rhabdomyosarcoma pleomórfico (RMP) de alto grau (sarcoma de origem musculoesquelético) em região toracoabdominal anterior.</p> <p>RELATO DE CASO: C.S., 61 anos, masculino, com lesão em hemitórax direito há 25 anos e crescimento rápido nos últimos meses. EF: lesão exófitica pediculada ulceronecrotica aderida profundamente à parede torácica direita próxima ao apêndice xifoide com área de infiltração ao redor de aprox. 15x15cm. Biópsia incisional: RMP de alto grau. TC: lesão exófitica de 7,8x7cm que infiltrava o subcutâneo e musculatura intercostal. Foi realizado: Toracotomia para exérese da lesão com esternotomia transversa, secção dos arcos costais 5ª-8ª à direita e 5ª-7ª à esquerda, laqueadura bilateral de artérias torácicas internas (ATI) produzindo defeito octogonal de 18x22cm; Estabilização da parede com inclusão de tela de polipropileno em 2 camadas; Demarcação do pedículo por dopplermetria e transposição de retalho músculo grande dorsal direito com ilha cutânea octogonal de 18x22cm; Área doadora: autoenxertia cutânea em malha e inserção de dreno de aspiração contínua; Dreno torácico em hemitórax esquerdo; Após 25 dias de internação, paciente teve alta com boa expansibilidade pulmonar, sem derrames ou pneumotórax. Mantem seguimento com retalho bem perfundido e sem queixas. Biópsia da peça evidenciou margens livres.</p> <p>DISCUSSÃO: O refinamento dos retalhos musculocutâneos tornou a reconstrução de parede torácica mais plausível possibilitando ressecções extensas, diminuição de recidiva local e aumento da sobrevida. Tais retalhos, cuja vascularização é axial, baseiam-se em vasos dominantes e podem conter vários tipos de tecidos. O fato do paciente ser longilíneo e magro permitiu ótimo arco de rotação, contribuindo decisivamente para escolha do retalho musculocutâneo de grande dorsal, e ilhas cutâneas doadoras >12cm necessitam de autoenxertia cutânea. O implante de material aloplástico distribuiu a tensão de forma homogênea em estruturas rígidas mimetizando a proteção do arcabouço ósseo, e é capaz de induzir infiltração fibrovascular cobrindo o contorno do defeito. Dentre outras opções preferidas: o uso do reto abdominal seria comprometido pela laqueadura das ATI; e o retalho de grande omento produziria comunicação entre as cavidades abdominal e torácica possibilitando herniação de vísceras e necessidade de enxerto cutâneo num 2º tempo.</p>
<p>PO 039-3</p> <p>DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EM CERVICAL ESQUERDA SIMULANDO UM LIPOMA: RELATO DE CASO DE UM TUMOR RARO</p> <p>Bruna Marques Freitas, Rivelino Trindade Azevedo, Marcus Vinícius da Silva Coimbra Filho, Flávio Marques de Carvalho, Alexandre Mello Savoldi, Patrícia Ferreira Ney, Fernando Raphael de Almeida Ferry</p> <p><i>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia maligna rara que acomete a derme profunda e o tecido subcutâneo, preferencialmente as regiões do tronco. Apresenta crescimento lento, com alta taxa de recidiva e agressividade local, porém com baixo risco para metástases. Ocorre com maior frequência em adultos jovens, sem predominância entre sexos ou etnias. Por suas características, é capaz de mimetizar outros tumores de tecidos moles, como dermatofibroma, quelóides e tumores desmóides. O tratamento é preferencialmente cirúrgico, com margem de ressecção entre 3 a 5 cm. Relatamos o caso de um paciente com um nódulo em região cervical esquerda com características típicas de lipoma em que houve diagnóstico anatomopatológico de DFSP.</p> <p>RELATO DE CASO: RFJ, masculino, 29 anos, branco, sem comorbidades prévias. Procurou atendimento em 2018 queixando-se de uma massa palpável única em região cervical esquerda, de início há 1 ano com aparência semelhante a um nódulo. Nega histórico familiar de tumores ou traumas no local. Ao exame, apresentava lesão fibroelástica, móvel, indolor, bem delimitada, medindo 5 x 6 cm, com hiperemia local. Ausência de linfonodomegalias e sintomas sistêmicos associados. Assim, suspeitou-se inicialmente de lipoma, sendo indicado ressecção cirúrgica. Procedeu-se a exérese do tumor, com margem de 2 cm, retirando a pele, tecido celular subcutâneo e a fáscia subjacente. Dado alta hospitalar no mesmo dia com orientação de retorno ambulatorial. A peça cirúrgica foi enviada ao histopatológico, cujo laudo revelou sarcoma de células fusiformes sem atipias nucleares grosseiras, com alto índice mitótico, predominantemente hiperclonal. Os achados foram sugestivos de DFSP com extensão fibrossarcomatosa, sendo solicitado estudo imunohistoquímico para conclusão definitiva e caracterização da histogênese. A imunohistoquímica apresentou células neoplásicas com imunopositividade para o anticorpo anti CD34 difuso, compatível com o DFSP. Conseqüente, solicitou-se acompanhamento conjunto com a oncologia para seguimento do caso.</p> <p>DISCUSSÃO: O DFSP é mais comum em indivíduos adultos jovens, porém incidindo em qualquer outra idade. Apesar de o caso tratar-se de um paciente masculino e de etnia branca, não há predileção entre essas características. Há uma grande dificuldade no diagnóstico precoce mesmo para médicos mais experientes devido às características físicas que se sobrepõem a outros diagnósticos diferenciais, como lipomas, carcinoma basocelular e sarcomas de tecidos moles. Assim, reforça-se a importância da ampliação do conhecimento em relação a esta neoplasia e a necessidade do estudo imunohistoquímico para seu diagnóstico. Ressalta-se que esta afecção deve ser suspeitada como diagnóstico diferencial em nódulos isolados semelhantes a um lipoma, principalmente em região de tronco, pois apesar de rara, trata-se de uma neoplasia maligna que pode apresentar bom prognóstico quando tratada precocemente.</p>	<p>PO 040-2</p> <p>RELATO DE CASO: MEGACOLON CHAGÁSICO</p> <p>Mylena Thayná Silva Alves, Victor Franco de Azevedo Silva, Manuela Thays Silva Fonseca, Pablo Henrique da Costa Silva, Rosa Tamirys de Sousa Lima, Andria Paula Gomes Pereira, Isabella Cristina Borges Pio, Suzana Cintia De Queiroz</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde estima em, aproximadamente, 7 milhões o número de pessoas infectadas pelo Trypanosoma cruzi, agente etiológico da Doença de Chagas, em todo o mundo. A Doença de Chagas em sua fase crônica (duração de 5 a 30 anos) pode ter como complicações: a cardiopatia chagásica crônica e/ou formas digestivas (megas). As formas intestinais caracterizam-se por alterações ao longo do trato digestivo com destruição de neurônios dos plexos mioentéricos (parassimpático), esfíncteres em contração permanente (simpático) e dificuldade de trânsito de alimentos e fezes. Relata-se o caso de uma paciente de 52 anos com quadro de megacolon chagásico acompanhada no Serviço de Coloproctologia.</p> <p>RELATO DE CASO: MGS, feminino, 52 anos, procedente do Gama (DF), foi admitida com quadro de dor abdominal difusa e parada de eliminação de fezes e flatos há 6 dias, sendo diagnosticada com abdome agudo obstrutivo, com boa resposta terapêutica clínica. Antecedente patológico de doença de Chagas, megasôfago grau IV de Resende, sendo realizado esofagocardiomiectomia à Thal em Dezembro de 2017, além de obstrução intestinal crônica. Procurou novamente atendimento no pronto-socorro com sintomas occlusivos, sendo diagnosticada, novamente com abdome agudo obstrutivo. Foi realizado rotina de abdome agudo, que evidenciou volvo de sigmoide, sendo desfeito com retossigmoidoscopia rígida, com melhora clínica. Pouco tempo após a alta hospitalar, reiniciou o quadro de volvo de sigmoide, este foi desfeito novamente com retossigmoidoscopia rígida, tendo boa resposta terapêutica. Foi então, solicitado risco anestésico e cardiológico pré-operatório e programada cirurgia de Duhamel modificada com anastomose colorretal imediata, para correção definitiva do Megacolon chagásico. Paciente após a cirurgia evoluiu bem e sem intercorrências, depois da alta hospitalar segue em acompanhamento ambulatorial com a proctologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O megacolon é uma doença do intestino grosso, caracterizada por estase fecal crônica, com dilatação, alongamento e hipertrofia das camadas musculares, sem que exista obstáculo mecânico responsável por obstrução, atingindo frequentemente o colon sigmoide. Classifica-se em megacolon congênito (doença de Hirschsprung) e adquirido. A forma adquirida é principalmente de origem chagásica, sendo uma manifestação intestinal da afecção sistêmica. O sintoma predominante do megacolon chagásico é a constipação crônica e progressiva. Além disso, pode aparecer distensão abdominal e complicações, como obstrução intestinal, causada por fecaloma e volvo sigmoide. Após seu diagnóstico, o tratamento de primeira escolha é o clínico. Entretanto, se o paciente apresentar complicações em sua evolução, o tratamento será cirúrgico. No caso da paciente a cirurgia de escolha é a de Duhamel modificada com anastomose colorretal imediata que é realizada em um só tempo e possui duas fases: etapa abdominal e a etapa perineal, em que no mesmo tempo cirúrgico rebaixa-se o colo e faz a anastomose com o reto.</p>

PO 040-3	PO 041-1
<p>TERAPIA POR PRESSAO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA SINDROME DE FOURNIER</p> <p>Stephanie da Silva Fernandes, Leandro Martins Gontijo, Matheus Paiva de Souza, Natasha Garcia Caldas, Rafael Francisco Alves Silva, Ely José de Aguiar, Nimer Ratib Medrei, André Araújo de Medeiros Silva</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier, ou também conhecida como Gangrena de Fournier, é um tipo de infecção polimicrobiana ocasionada por microrganismos aeróbicos e anaeróbicos. Estes atuam em conjunto e determinam uma fasciite necrosante rápida e progressiva que acomete principalmente a região do períneo e a região genital. Afeta predominantemente o sexo masculino, com a proporção de aproximadamente 10 casos no sexo masculino por 1 no sexo feminino. A mortalidade persiste com índices variáveis, porém elevados, de mortalidade, oscilando de 40% a 67%. A terapia por pressão negativa, introduzida comercialmente após os estudos de Argenta e Morykwas em 1997, apresenta-se como um importante método adjuvante no tratamento das feridas, com a proposta principal de acelerar o processo de reparação e preparo do leito da ferida até sua cobertura definitiva por meio dos diversos métodos de reconstrução tecidual.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 30 anos, admitido na emergência com história de abscesso perianal, leucocitose não tratado. Realizado drenagem de abscesso em centro cirúrgico, sob raqui anestesia. Abscesso profundo ultrapassando linha média, sendo necessária a realização de exérese do músculo do esfíncter anal e posterior sutura do mesmo com fio SEDA 2-0, realizada retirada de toda parte necrótica com bisturi frio e secreção purulenta da lesão com lavagem exaustiva da mesma com SF 0,9%, no primeiro momento realizado curativo com Carvão ativado. No décimo primeiro dia pós desbridamento, realizado curativo a vácuo em centro cirúrgico sob raqui-anestesia, utilizada pomada de colostomia em região anal, a fim de não haver contato das fezes com o curativo, vácuo instalado com sucesso. Paciente apresentou boa evolução pós desbridamento e curativo a vácuo, pós-operatório imediato na enfermaria de cirurgia geral. Paciente mantém bom estado geral, com boa aceitação da dieta via oral, diurese e dejeções presentes, sem alterações, sem outras queixas, ferida operatória em bom aspecto sem sinais flogísticos e/ou necrose, na enfermaria de cirurgia geral. Segue internado na enfermaria de cirurgia geral para cuidados e troca do curativo a vácuo, sem queixas e mostrando-se bastante satisfeito com sua recuperação e resultado do tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a gravidade e alta taxa de mortalidade, a Síndrome de Fournier necessita de rápida intervenção, drenagem precoce ampla, antibioticoterapia de largo espectro e cuidados gerais conservadores da ferida operatória. A terapia por pressão negativa tem sua eficácia comprovada na literatura como forma de tratamento da Síndrome de Fournier por remover exsudato, promover a cobertura da ferida por tecido de granulação estimulando a angiogênese e reduzindo a contaminação bacteriana.</p>	<p>CPRE TRANSGASTRICA EM PACIENTES SUBMETIDOS AO BY-PASS GASTRICO EM Y DE ROUX</p> <p>Francisco Sergi, Fernanda Danziere, Leandro Trama, Fernanda Santos de Aguiar, Pamela Correa de Oliveira, Brenda Oliveira Coelho, Rafaela Rocha de Carvalho, Ana Beatriz Santos Teodoro</p> <p><i>Hospital Leforte - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O by-pass gástrico em Y de Roux é a cirurgia bariátrica mais realizada para o tratamento da obesidade mórbida nos Estados Unidos e Canadá, com 60% de prevalência. Contudo, tal cirurgia é fator de risco para o desenvolvimento de colelitíase e suas complicações como coledocolitíase e pancreatite, devido à acentuada perda de peso, recomendando-se a realização de colecistectomia durante o procedimento. A realização da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) em pacientes submetidos ao by-pass gástrico em Y de Roux é tida como um desafio para os cirurgiões devido à alteração anatômica decorrente do procedimento cirúrgico. Desta forma, é necessária a utilização de técnicas alternativas, como a realização da CPRE transgástrica, acessando a porção excluída do estômago e a papila duodenal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina de 38 anos, com história de by-pass há 8 anos e colecistectomia aberta complicada com exploração de via biliar por litíase há 2 anos procura atendimento com história de dor em hipocôndrio direito, enjoo e elevação de enzimas hepáticas. Exames de imagem mostram ectasia de vias biliares e dois cálculos no colédoco. Submetida à laparoscopia e gastrostomia com CPRE transgástrica e retirada dos cálculos sem necessidade de outras intervenções. Recebeu alta no segundo pós-operatório com analgésicos e enzimas hepáticas em queda. Boa evolução no seguimento ambulatorial com normalização de enzimas.</p> <p>DISCUSSÃO: A CPRE transgástrica para tratamento de coledocolitíase em pacientes submetidos a by-pass em Y de Roux é segura e eficaz, mas apresenta como limitações a experiência do cirurgião e suporte hospitalar adequado.</p>
<p>PO 041-2</p> <p>RESPOSTA PATOLOGICA COMPLETA A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE DE METASTASES HEPATICAS DE TUMOR DE COLON ASCENDENTE</p> <p>Pedro Maia Nobre Rocha Saffi, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Paulo Henrique Rodrigues Correia, Rodrigo Carvalho Almada Melo, Eduarda Sabá Cordeiro Oliveira, Juacy Bezerra Oliveira</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores colorretais têm alta incidência, sendo a segunda causa de morte relacionada ao câncer nos Estados Unidos. No Brasil, estima-se mais de 36 mil novos casos da doença no ano de 2019. Os sintomas variam com a lesão e incluem sangramentos retais, anemia, alteração no hábito intestinal e dores abdominais. O tipo adenocarcinoma é o mais frequente, sendo sua forma mucinosa incomum, presente em 4% dos casos, predominando em mulheres, com média de 72 anos. O tratamento preferencial é cirúrgico. A quimioterapia neoadjuvante ainda está em investigação, mas se mostra eficaz na redução das lesões e conversão de metástases irressecáveis.</p> <p>RELATO DE CASO: J.D.M.D, feminino, 57 anos, apresentou quadro de anemia e pesquisa de sangue oculto positivo. Colonoscopia evidenciou lesão úlcero-vegetante em cólon ascendente com biópsia mostrando adenocarcinoma pouco diferenciado e mucinoso. A tomografia computadorizada de abdome mostrou nódulo no segmento Ivb/V e V/VIII adjacente a vesícula biliar e espessamento da parede do cólon ascendente. PET CT confirmou tais lesões, caracterizando-as como hipermetabólicas com envolvimento linfonodal locorregional em cólon ascendente. Paciente foi submetida à quimioterapia de conversão por 2 meses. Ressonância magnética de controle mostrou que a lesão hepática no segmento Ivb/V estava inalterada enquanto as lesões do segmento V/VIII e do cólon ascendente não foram visualizadas. PET CT mostrou redução do metabolismo no cólon ascendente e resolução nos nódulos hepáticos, com surgimento de linfonodo hipermetabólico no espaço portocava. A colonoscopia de controle não mais evidenciou a lesão visualizada. Paciente foi submetida à coletoria direita videolaparoscópica e aenucleação de nódulos hepáticos guiada por ultrassom transoperatório, bem como linfadenectomia portocava, evoluindo sem complicações. O exame anatomopatológico mostrou hiperplasia linfóide reacional sem células neoplásicas em linfonodos retroportais e da artéria hepática. No fígado, havia lagos de mucina desprovidos de células neoplásicas e envoltos por tecido fibroso. No segmento intestinal, foi identificado neoplasia residual composta por lagos de mucinas com raras células neoplásicas sobrenadantes e focos de carcinoma in situ e intramucosos com lagos de mucina alcançando os tecidos moles pericólicos (ypT3N0) sem invasão angiolinfática e 20 linfonodos negativos. A paciente completou a quimioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: As metástases hepáticas de tumores colônicos são comuns e se relacionam com menor tempo de sobrevida e maior mortalidade. Apenas 15-25% dos casos apresentam possibilidade de metastatectomia radical primária e ainda se relacionam a risco de 75% de regressão. Embora a quimioterapia neoadjuvante para esses casos ainda não esteja estabelecida, alguns estudos demonstram sua eficácia para regressão do quadro. O caso relatado se sobressai por conta da resposta patológica completa das lesões hepáticas e clínica completa da lesão colônica.</p>	<p>PO 041-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE FACE COM RETALHO FRONTAL TOTAL: RELATO DE CASO</p> <p>LAYANE BARRETO COSTA, FLÁVIO DE PAIVA DUMARESQ, LEONARDO DE PAIVA ALTRAN NUNES, LUIZ FREDERICO BEZERRA HONORATO JUNIOR, LUCAS SOLON DIAS FARIAS, RAYANI DIÓGENES UMBELINO REIS, NOELE GURGEL D'ÁVILA, NATASSIA VIANNA BOCCHESE</p> <p><i>UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As grandes reconstruções após cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço tem como padrão ouro a reconstrução por microcirurgia, técnica inexistente em muitos serviços. Dessa maneira o cirurgião tem como alternativa o uso de retalhos pediculados loco regionais. A técnica mais empregada é a do retalho miocutâneo do M. peitoral maior por ter maior arco de rotação, um pedículo neurovascular e suprimento sanguíneo axial excelentes, com resultados estéticos adequados, com boa quantidade de tecido para as reconstruções. O presente relato mostra que o uso do retalho do M. frontal pode se estender em toda sua totalidade para reconstrução de importante segmento da face. Foi realizada uma reconstrução após complicação cirúrgica inicial de Carcinoma espinocelular (CEC) que representa 15% dos cânceres malignos de pele.</p> <p>RELATO DE CASO: FPS, sexo masculino, 66 anos, agricultor aposentado, procedente de Patu – RN, com extenso CEC na região de terço médio da face. Realizada ressecção do tumor com comprometimento em plano total. Foi realizado o retalho miocutâneo do M. peitoral maior, cirurgia de escolha quando o serviço não disponibiliza a microcirurgia. Posteriormente, evoluiu sem sucesso com necrose em plano total do retalho. A indicação seria a reconstrução com um forro e cobertura, um retalho para parte externa e outro para parte interna da boca. A terapêutica final empregada pelo cirurgião foi um retalho fascio miocutâneo da região frontal em plano total, de modo que a fásia profunda ficou como assoalho. Além de enxerto de pele total na área doadora. No caso em tela foram preservadas as aponeuroses anterior e posterior do M. frontal, o que evidenciou-se a não formação de fistula, que é a maior preocupação dos cirurgiões na evolução a longo prazo do paciente. Também não ocorreu deiscência de sutura. Como complicação ele evoluiu com déficit de abertura bucal e paralisia facial ipsilateral em virtude de lesão do nervo facial durante a ressecção do tumor.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre as alternativas usadas a reconstrução com M. frontal total não aparece como segunda opção na literatura de forma rotineira. Ainda com poucos relatos de casos, essa técnica descrita inicialmente por McGregor em 1963 em associação com retalho de músculo temporal é uma alternativa segura e eficaz para reparo de defeitos em região da face e cavidade oral. As literaturas que descrevem o uso dessa técnica se limitam ao uso para reconstruções homolaterais, com uso de apenas metade da musculatura em associação com a fásia temporal ou até no máximo a pupila contralateral, baseado no pedículo da A. temporal. O relato de caso vem como um aprimoramento da técnica de retalho frontal, de modo a usar apenas a musculatura frontal total como alternativa na reconstrução de defeitos pós ressecções tumorais de face. Finalizamos, frente às escassas descrições dessa técnica, vale enaltecer que o exposto caso pode servir como uma segunda opção na ausência do serviço de microcirurgia ou na impossibilidade de usar o retalho do M. peitoral maior.</p>

PO 042-2	PO 042-3
<p>TUMOR NEUROENDÓCRINO COMO COMPLICAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN</p> <p>Helen Brambila Jorge, André Antonio Abissamra, Paulo Gardenal Teles, Adrielle Andrade Pugas, Marcel Depieri Andrade, Igor Antonio Spilka, Felipe Antônio Góes Scorsioni, Igor Fernando Escantelli Silva</p> <p><i>Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn é crônica e de etiologia desconhecida. O diagnóstico, classificação da gravidade e o tratamento com objetivo de alcançar e manter a remissão completa é crucial para evitar complicações. O Crohn pode aumentar a incidência de algumas neoplasias como o adenocarcinoma intestinal, leucemia, linfoma e carcinoma de vias biliares. O objetivo deste trabalho é relatar um caso atípico de complicação com malignização para tumor neuroendócrino e compará-lo com outros trabalhos de mesmo assunto publicados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SciELO.</p> <p>RELATO DE CASO: A. A. P., masculino, 61 anos, portador de doença de crohn há 3 anos, diagnosticada por capsula endoscópica, Calprotectina fecal de 6000mcg/g e colonoscopia sem alterações, realizava tratamento com Adalimumab, mantendo-se assintomático. Há 5 dias iniciou quadro de dor abdominal associada a vômitos, procura o pronto socorro, onde foi diagnosticado com exacerbação da doença. Possui na entrada hemograma infeccioso, PCR 50,1mg/L, VHS 45mm/h e distúrbios eletrolíticos e nutricionais. Apesar das medidas iniciais (antibiótico, corticoide e suporte clínico), paciente evolui com piora clínica e distensão abdominal, sendo realizada TC do Abdome que mostrou formação nodular de contornos irregulares no mesentério de flanco direito, com efeito retrátil sobre as alças intestinais adjacentes com extensão para os segmentos ileais adjacentes, com importante dilatação intestinal montante. A lesão mede cerca de 43X32mm, apresentando realce hipervascular periférico e calcificação de perimeio. A possibilidade de lesão neoplásica deve ser considerada (tumor carcinóide?). Indicado laparotomia exploradora, no inventário da cavidade foi observado alças de intestino delgado edemaciadas e bloqueadas a 25cm do íleo terminal, com moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal e fístula duodenal bloqueada. Realizado Hemicolecomia direita, Enterotomia até 25cm do íleo terminal, ileostomia terminal e Duodenectomia parcial do segmento fistuloso, o material cirúrgico foi encaminhado para Anatomopatológico. No resultado foi encontrado Tumor neuroendócrino bem diferenciado, Grau 1 histológico em intestino delgado (2,0cm) e Apêndice cecal (0,8cm), margens cirúrgicas livres de neoplasia e linfonodos peritênicos comprometidos pela neoplasia (23/33). A análise do perfil imunohistoquímico mostravam marcadores (anticorpos), Chromogranina A, Ki-67 e Synaptophysin positivos. O paciente foi encaminhado para oncológico.</p> <p>DISCUSSÃO: Os pacientes portadores de Crohn estão predispostos a complicações. No nosso caso observou-se um diagnóstico não descrito na literatura para doença de Crohn. Não há relação entre Tumor neuroendócrino e Crohn, embora as citocinas pro-inflamatórias de mucosa atuando, podem ter um papel predisponente para a sua gênese. Outro fator a ser questionado é a influência do Agente Anti-TNF (Adalimumab) na formação e a sua atuação nas neoplasias. Um espectro mais amplo sobre os câncer e Crohn ainda necessita ser estudado.</p>	<p>CARCINOMA BASOCELULAR COM MUTILAÇÃO FACIAL E MIIASE ASSOCIADO</p> <p>Marcus Vitor Nunes Lindote, Rodrigo Rezende Silva Cabral, Ana Elisa Lopes, Diego Carvalho Duarte Mari, Bruno Durante Alvarez, Cassia Hideko Nagaya, Carolina Kauling Dagnoni, Magno Giovani Zanellato</p> <p><i>Hospital do Rocio - Campo Largo - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia maligna da pele que se estende desde a camada basal da epiderme e seus apêndices até a superfície. Ainda que de baixo potencial metastático, é localmente agressivo, com importante destruição das suas adjacências. Nos Estados Unidos, cerca de 3,3 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer de pele não melanoma, dos quais 80% eram CBC. Acomete mais a raça caucasiana, mulheres, países equatorianos, com aumento da incidência com a idade, e pico entre 55 a 75 anos. Dentre os fatores de risco, destacam-se a exposição solar, drogas fotossensibilizantes, radiação ionizante, imunossupressão. Sua apresentação clínica, principalmente, a face (70%), mas pode ocorrer no tronco, pênis e vulva. Segundo a patologia pode ser dividida em nodular, superficial, esclerosante e outros. Ainda que seja possível o diagnóstico pelo exame clínico, a biópsia é a melhor opção. A lesão apresentada por nós classifica-se em alto risco de recorrência devido à sua localização em face, tamanho > 6mm, invasão perineural, bordas mal definidas e aspecto agressivo. Chama a atenção o aspecto mutilante da lesão que é quase incompatível com a vida, associado a um dano estético que surpreende até profissionais da saúde. O tratamento preconizado é a cirurgia de Mohs, com taxas de cura em 5 anos de 98-99% para CBC primários e 95% para recorrentes. A cirurgia consiste na excisão do tumor por equipe cirúrgica especializada, acompanhado por patologista habituado ao procedimento. Costuma demorar 2 a 4 horas, acrescido de mais 1 hora para a reconstrução, que é feito após a obtenção de margens livres. Sua principal limitação é o acometimento de órgãos vitais pelo tumor, impossibilitando sua ressecção.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 53 anos, com histórico prévio de câncer basocelular em face há 10 anos, porém com relutância ao tratamento devido à problemas emocionais. Nos últimos 3 anos tornou-se pouco comunicativa, mesmo com familiares, por conta do dano estético importante, utilizando sempre de um lenço para dialogar. Há 2 dias compareceu ao nosso serviço, trazido por familiares, com quadro de miiase em toda a lesão de face. Durante a anamnese, conta que não é o primeiro episódio. Foi realizado o debridamento e biópsia sob anestesia geral com programação de retorno ambulatorial, porém o paciente não compareceu mesmo após insistentes ligações.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso descrito está em consonância com a literatura médica atual, no que tange à epidemiologia e local de acometimento. Porém, há raros relatos de uma lesão tão avançada e com comprometimento estético-social tal qual o apresentado. A fobia da paciente com o profissional da saúde fez possível o não tratamento, mesmo após um período tão longo.</p>
<p>PO 043-1</p> <p>DIVERGENCIA DIAGNOSTICA ENTRE ACHADOS DE IMAGEM (CPRM) E HISTOLOGICOS (COLANGIOSCOPIA) PARA MALIGNIDADE EM PACIENTE PORTADOR DE CEP</p> <p>Francisco Sergi, Marcelo Perosa, Tércio Genzini, Fernanda Danziere, Brenda Oliveira Coelho, Rafaela Rocha de Carvalho, Fernanda Santos de Aguiar, Pâmela Correa de Oliveira</p> <p><i>Hospital Leforte - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença inflamatória coléstatia crônica que leva à fibrose concêntrica das vias biliares intra e extra-hepáticas. Comumente associada à doença inflamatória intestinal, particularmente a retocolite ulcerativa (RCU). O curso da CEP é marcado por carcinogênese, sobretudo o colangiocarcinoma (CCA), cujo risco de ocorrência é de 10% a 15% nessa população. A natureza progressiva da doença e o risco de malignidade fazem do transplante hepático a melhor opção terapêutica. O diagnóstico da CEP ocorre por colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) ou por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Havendo atualmente ferramentas de precisão diagnóstica mais sensíveis em suspeita de estenose biliar maligna, como a colangioscopia endoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.D.V., 28 anos, masculino, portador de CEP e RCU. Submetido a Colectomia e derivação biliodigestiva em 2008 por icterícia obstrutiva. Histórico de colangites de repetição e múltiplas internações. EM 2016 realizou CPRM com achado de múltiplas estenoses intra-hepáticas. Foi orientado a procurar médico para programação de transplante. Em 2017 fez nova CPRM sugestiva de CCA Bismuth IV. Realizou CPRE que identificou estenose biliar no hepatocolédoco até hepático médio, tratada com dilatação com balão e passagem de prótese biliar. Solicitada colangioscopia para diferencial sugestiva de estenose biliar crônica inflamatória que foi confirmada por patologia. Assim foi inscrito em fila de transplante hepático e em janeiro de 2019 recebeu fígado de doador falecido. No transplante foi submetido à anastomose biliodigestiva pela doença de base. Anatomopatológico do explante mostrou cirrose hepática de padrão biliar associada à CEP, sem evidência de lesões malignas.</p> <p>DISCUSSÃO: Recomenda-se o uso de CPRM como principal método diagnóstico da CEP pois a CPRE possui maior risco de complicações. Contudo, a CPRE é o método diagnóstico de primeira linha para suspeita de estenose biliar maligna, usando citologia de escova e biópsia de pinça transpapilar para amostragem tecidual. O uso do colangioscópio digital promove precisão diagnóstica de superior com possibilidade de biópsia sob visualização direta. Pela colangioscopia realizada no paciente, descartou-se o diagnóstico de CCA da CPRM. O CCA é uma contraindicação ao Tx hepático, sendo este o único tratamento potencialmente curativo para CEP com taxas de sobrevida de 1 e 5 anos superiores a 90% e 80%, respectivamente. No caso relatado o diagnóstico inicial pela CPRM inviabilizaria o transplante hepático.</p>	<p>PO 043-3</p> <p>O benefício da toxina botulínica do tipo A para correção de ptose palpebral leve – relato de caso clínico</p> <p>Artur dos Santos Soares, Gabriel dos Santos Soares, Daniel Augusto dos Santos Soares</p> <p><i>FAMAZ - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ptose palpebral ou blefaroptose é caracterizada pela incapacidade da pálpebra superior realizar sua cursão normal, por uma disfunção congênita ou adquirida. O posicionamento normal da pálpebra superior recobre o limbo da íris em 1 a 2 mm. Posições abaixo deste ponto classificam a ptose palpebral em leve (2-4 mm), moderada (4-6 mm) e grave (maior do que 6 mm). O tratamento definitivo é realizado por meio cirúrgico e varia conforme o grau de ptose apresentada pelo paciente. Alguns procedimentos minimamente invasivos podem ser realizados com objetivo de amenizar o quadro clínico. Dessa forma, este estudo tem como objetivo demonstrar o benefício da toxina botulínica do tipo A no tratamento de correção de ptose palpebral leve.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, L.N., 26 anos, sexo feminino, com hipotireoidismo, em uso de Levoid 75 mcg/dia, procurou consultório particular de cirurgia plástica com queixas de ptose palpebral e assimetria de sobrancelhas. Referia quadro de ptose desde a infância. Ao exame físico evidenciava-se uma redução de fenda palpebral a esquerda com ptose leve (2mm) além de uma assimetria significativa de sobrancelhas. Paciente desejava tratamento estético minimamente invasivo para correção do quadro clínico. Para tanto, foi realizado tratamento com toxina botulínica na região frontal com um total de 25 UI divididos em pontos devidamente posicionados conforme a presença de rugas de expressão. Não foram inseridos pontos na região temporal. Na região frontal direita foi realizado um total de 14,5 UI e na região frontal esquerda 10,5 UI. Em 15 dias, a paciente evoluiu com melhora satisfatória do quadro, com regressão de assimetria de sobrancelha e abertura da fenda palpebral esquerda. A cada 6 meses, a paciente retorna ao consultório para realizar novas aplicações estando satisfeita com o resultado obtido.</p> <p>DISCUSSÃO: A base patológica da ptose palpebral congênita está relacionada à deficiência das fibras musculares estriadas do levantador. O caso apresentado retrata uma paciente com ptose palpebral congênita leve com assimetria de sobrancelhas que desejava um tratamento minimamente invasivo. Portanto, os autores desse estudo utilizaram a toxina botulínica tipo A como opção terapêutica na região frontal. O objetivo foi utilizar na mesma região dosagens diferentes com a finalidade de proporcionar um equilíbrio entre as sobrancelhas e ao mesmo tempo obter um ganho secundário com hiperatividade da região temporal levando a um arqueamento da porção caudal da sobrancelha, gerando um aumento da fenda palpebral. Pacientes que apresentam quadros moderados ou graves pouco se beneficiarão com o uso da toxina, em decorrência da melhora discreta, sendo o tratamento cirúrgico melhor indicado nessas situações. Portanto, os autores concluem que o uso da toxina botulínica em pacientes com ptose palpebral leve é um aliado que apesar de gerar resultado temporário permite resultado satisfatório quando devidamente bem aplicado.</p>

PO 044-1	PO 044-2
<p>TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÂNCREAS COM INVASÃO TUMORAL DA VEIA PORTA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM</p> <p>Angélica de Oliveira Cardoso, Carolina Schwartz Dal Piva, Matheus Jara Reis, Tayla Dal Moro Moreira, Marcelo Kolling, Evandro Dubal, Rafael Costa e Campos, Marcelo Garcia Toneto</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor neuroendócrino de pâncreas é uma neoplasia rara que correspondem a menos de 3% dos tumores primários pancreáticos. Ele surge da porção endócrina do pâncreas e pode secretar uma variedade de hormônios peptídicos, incluindo insulina, gastrina, glucagon e peptídeo intestinal vasoativo, resultando em síndromes clínicas. No entanto, entre 50 e 75% são considerados não funcionantes. Como resultado, eles frequentemente são diagnosticados em estágios mais avançados, já com sintomas de compressão local ou com doença metastática. Os sintomas de apresentação mais comuns no tipo não funcionante são dor abdominal, perda de peso, anorexia, náusea, icterícia obstrutiva, hemorragia intra-abdominal e massa palpável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 60 anos de idade, história prévia de diabetes mellitus tipo 2. Encaminhado ao nosso Serviço para tratamento de massa pancreática sugestiva de tumor neuroendócrino. Ao diagnóstico, apresentando sinais de hipertensão portal (plaquetopenia, esplenomegalia e varizes esofágicas e gástricas). Na RNM identificou-se lesão expansiva de aspecto infiltrativo envolvendo corpo e cauda de pâncreas, com limites pouco definidos, medindo 6,5 x 2,4 cm, com realce pelo contraste. Notou-se também a presença de trombo, semelhante à lesão pancreática, em veia esplênica, insinuando-se até a confluência com a veia mesentérica superior, sugerindo invasão tumoral. Optado por realização de tratamento cirúrgico com pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. No transoperatório, encontrado trombo em veia porta e realizada trombectomia. O exame histopatológico associado ao perfil imunohistoquímico confirmou o diagnóstico de tumor neuroendócrino. As margens pancreáticas foram livres e os 12 linfonodos analisados estavam livres de metástase. Paciente em seguimento há oito meses, sem intercorrências neste período.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de a hipertensão portal ser uma apresentação incomum, é importante atentar para o achado de trombo neoplásico na veia porta e em suas tributárias e para a possibilidade de tratamento cirúrgico desses trombos. Os tumores neuroendócrinos não funcionantes parecem ser mais comumente associados com hipertensão portal e trombose de veia esplênica, em comparação com outros tumores, o que provavelmente está relacionado à sua natureza indolente. Existem apenas séries de casos sobre o tema e esses estudos sugerem que a trombectomia de tumor venoso concomitante à pancreatectomia pode ser usada com segurança e eficácia em pacientes selecionados, com tumor neuroendócrino avançado.</p>	<p>SARCOMA FUSOCELULAR DO INTESTINO GROSSO: RELATO DE CASO</p> <p>MARIA KAROLINE SOUZA CHAGAS, KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO, JULIO CESAR SANTOS DA SILVA, GILBERTO DE OLIVEIRA MARTINS JR, RENATO GOMES DE SOUZA NASCIMENTO, CAMILO FÁRIA MOREIRA, HERICA PATRICIA MOREIRA BARBOSA, ANA PAULA PEREIRA GUIMARAES</p> <p><i>Hospital Regional Antônio Dias - FHEMIG - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os sarcomas constituem menos de 1% das neoplasias malignas no adulto. Esse tipo de neoplasia faz parte de um grupo raro de tumores malignos de origem mesenquimal que podem se originar em todos os tecidos do corpo e se apresentam com quadros clínicos diversos. Os sarcomas que apresentam alto grau de diferenciação têm evolução natural mais agressiva e maior risco de metástase. Especificamente relacionado ao trato gastrointestinal é possível perceber que os sarcomas se apresentam como apenas 1% das neoplasias primárias desse sistema. Sua prevalência atinge indivíduos de meia idade e idosos, muito raramente acometendo pacientes abaixo dos 40 anos, com uma média de idade entre os 64 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: K. C. G., 40 anos, sexo feminino, admitida com quadro de dor abdominal associada a febre. À tomografia de abdome foi visualizada imagem sugestiva de coleção em flanco direito adjacente a alças de delgado, de volume aproximado 91ml. Paciente foi encaminhada à laparoscopia exploradora, sendo evidenciada massa necrótica perfurada e sangrante, aderida a alça de delgado, com colon direito e omento. Realizada conversão para laparotomia transumbilical e procedida: 1- Enterectomia de aproximadamente 10cm de delgado, a 20cm do ângulo de Treitz (segmento que estava aderido à massa) com anastomose termino-terminal manual em dois planos. 2- Ileocectomia direita oncológica e omentectomia seguida de anastomose latero-lateral com gramepeador e reforço na linha de sutura. Envio da peça ao anatomopatológico. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta após 4 dias. Ao resultado de anatomopatológico da peça cirúrgica foi evidenciado 'sarcoma fusocelular de alto grau do intestino grosso, ulcerado e comprometendo toda a parede intestinal, com invasão vascular veno-linfática presente, comprometimento peritoneal visceral, do tecido adiposo pericólico, linfonodos com comprometimento neoplásico (7/21) e margens de ressecção cirúrgica livres de comprometimento neoplásico'. À imunohistoquímica foi evidenciada neoplasia maligna ulcerada e invasiva de fenótipo mesenquimal, constituída por células fusiforme com imunomarcagem para VIMENTINA, CD34, CD 117 e AML. Tais achados são condizentes com Sarcoma fusocelular de alto grau do intestino grosso, ulcerado e comprometendo toda a parede intestinal, podendo se tratar de tumor do estroma gastro-intestinal (GIST). Com o resultado do anatomopatológico a paciente encaminhada ao centro oncológico de referência do serviço para prosseguir tratamento quimioterápico e recebeu alta do ambulatório de cirurgia 2 meses após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: O sarcoma gastrointestinal faz parte de um grupo raro de neoplasias e seu tratamento se constitui um desafio para a medicina atual. É imprescindível o domínio do assunto entre cirurgiões gerais e especialistas do aparelho digestivo a fim de que frente a um caso suspeito de sarcoma gastrointestinal, sejam realizadas, o mais precocemente possível, todas as medidas que otimizem o diagnóstico e tratamento dessa condição.</p>
<p>PO 044-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM MATRIZ DERMICA ACELULAR E RETALHO MIOCUTANEO DE GRANDE DORSAL: RELATO DE CASO</p> <p>Vanessa Mahamed Rassi, Bruno Garcia Gonçalves, Fábio Mahamed Rassi, Luísa Freire Barcelos, Camille de Souza Carvalho, Pedro Henrique Nunes de Araujo, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Eduardo Augusto Borges Primo</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de mama é o que tem maior incidência e maior mortalidade entre as mulheres do Brasil. No ano de 2018, foram notificados 59700 novos casos e 5372 óbitos no país. O tratamento, na maioria das vezes, envolve a retirada da mama, e o ideal é que se realize a reconstrução imediata. A técnica mais utilizada hoje no mundo é a reconstrução com implantes, sejam eles expansores ou definitivos. A depender das características do tumor, do tipo de cirurgia e de outros tratamentos associados, os danos ao tecido cutâneo podem ser irreparáveis, exigindo habilidade e experiência do cirurgião para escolha de uma técnica alternativa de reconstrução. Este trabalho tem por finalidade apresentar e discutir o manejo cirúrgico adequado de uma reconstrução mamária após danos causados pelo tratamento radioterápico em uma paciente com câncer de mama.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 44 anos, há dois anos foi diagnosticada com câncer de mama do tipo carcinoma ductal invasivo em mama direita e acometimento de linfonodos axilares homolaterais. Realizou quimioterapia neoadjuvante durante seis meses e, nesse período, foi identificada mutação no gene BRCA1, o que motivou à retirada das duas mamas. Ao término da quimioterapia, paciente foi submetida à mastectomia subcutânea bilateral com biópsia de linfonodo sentinela (negativo para neoplasia), seguida de reconstrução mamária com colocação de expansores. Teve suas próteses expandidas durante 40 dias e em seguida realizou radioterapia na mama direita por dois meses. Evoluiu com uma importante retração do tecido, intensa radiodermite e contratura capsular grau 4. Um mês depois, foi submetida à lipoenxertia na mama direita como tentativa de minimizar os danos causados pela radioterapia, mas não houve sucesso. Após um ano, paciente realizou nova cirurgia de reconstrução na mama direita, desta vez com uso de matriz dérmica acelular, retalho miocutâneo de grande dorsal, prótese definitiva e preservação do mamilo, juntamente com a troca do implante expansor por implante definitivo na mama esquerda. Teve boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso de matrizes dérmicas acelulares é crescente em diversas áreas cirúrgicas que necessitam de suporte para regeneração tecidual, e a reconstrução de mama é uma delas. A tela biológica permite rápida revascularização e repovoamento celular, o que facilita a pega e o bom resultado cirúrgico. No caso descrito, a matriz dérmica foi utilizada em conjunto com o retalho miocutâneo para cobertura do implante, como técnica para reverter a contratura capsular e os danos teciduais causados pela radioterapia. Dois músculos são muito utilizados como retalho em reconstrução de mama: reto abdominal e grande dorsal. Devido às características da radiodermite apresentada pela paciente, a escolha foi pelo grande dorsal, um retalho irrigado pela artéria e veia toracodorsais. Quando comparado ao uso do reto abdominal, possui menores complicações relacionadas ao fechamento do sítio doador.</p>	<p>PO 045-1</p> <p>TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Korbage do Fanno, Luiz Paulo Junqueira Rigolon, Marcelo Scardua Cocicov, Gustavo Moreira Clivatti, Mariana Moreira Moraes, Sarah Nogueira Ribeiro, Julio Cesar Wiedekehr</p> <p><i>Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas, conhecido como tumor de Frantz, é um tumor raro, que apesar de ser considerado um tumor maligno, apresenta comportamento benigno. Importante enfatizar a necessidade de considerá-lo como diagnóstico diferencial de massa pancreática em pacientes jovens.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 17 anos, branca, foi admitida no Hospital de Clínicas da UFPR com quadro compatível com gastroenterite. Durante investigação foi achado em ecografia uma massa em pâncreas. Prosseguiu-se com tomografia computadorizada de abdome que evidenciou uma massa sólido-cística na cauda do pâncreas, bem delimitada, com áreas periféricas que apresentam realce heterogêneo pelo contraste, medindo 10,5x9,3x9,2cm, tendo como principal hipótese tumor de Frantz. A paciente foi submetida à pancreatectomia caudal com esplenectomia. O exame anatomopatológico revelou, à macroscopia, lesão sólido-cística medindo 22x10x9,5cm, única, encapsulada, bem demarcada, com alguns grumos necróticos e com área sólida, e à microscopia neoplasia pseudopapilar livre de atipias nucleares e mitoses, e nove linfonodos livres de metástases. A paciente evoluiu bem no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas, ou tumor de Frantz, foi descrito em 1959. É um tumor raro, constituindo 1 a 2% de todos os tumores de pâncreas. Sua ocorrência vem se elevando nos últimos anos, provavelmente devido ao maior conhecimento sobre a doença e à uniformização de nomenclatura, realizada em 1996 pela Organização Mundial de Saúde. Em 90 a 95% dos casos, acomete mulheres em torno da terceira década de vida, com preferência por asiáticas, divergindo do nosso caso. Sua localização mais comum é em corpo e cauda de pâncreas. Apesar de ser considerado um tumor maligno, apresenta um comportamento benigno com crescimento lento. Apenas de 10 a 15% dos casos é relatado uma maior agressividade. Por isso, a maioria dos pacientes, assim como neste relato, apresentam-se assintomáticos ao diagnóstico ou com sintomas inespecíficos. Em casos mais avançados, pode ser possível palpar uma massa abdominal e estar presente clínica de indigestão, dor e desconforto abdominal, náusea, perda de peso e pancreatite. Em 15% dos casos, o diagnóstico ocorre ocasionalmente em um exame de imagem. Entre os diagnósticos diferenciais estão adenoma pancreático, cistoadenocarcinoma, adenoma microcístico, entre outros. O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas caracteriza-se, macroscopicamente, por ser bem delimitado, possuir espessa cápsula e, aos cortes, apresentar área sólida na periferia, circundando um centro que pode ser necrótico. À microscopia, descreve-se, tipicamente, uma lesão de baixo índice mitótico, com células pequenas, agrupadas em áreas pseudopapilares e sólidas, com degeneração cística. O tratamento principal é a cirurgia de ressecção, mesmo com metástases locais ou disseminadas. A sobrevida em 2 anos e em 5 anos alcançam taxas maiores que 97% e 95% respectivamente.</p>

PO 045-2	PO 045-3
<p>ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO DE APENDICE CECAL PADRAO INTESTINAL, COM ACOMETIMENTO LINFONODAL E METASTASE: RELATO DE CASO</p> <p>AMANDA GEÓRGEA BELLEZE, JOÃO PAULO RODRIGUES TONIOLO, MARIANA HACKEL DAVID, PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO, DESIREE PICCOLI DE OLIVEIRA, ANNA CAROLINA GELINI PARREIRA, ALEXANDRE D S NISHIMURA</p> <p>ASSOCIAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURINHOS-SP - Ourinhos - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Como o apêndice vermiforme apresenta a mesma embriologia do intestino grosso e os mesmos fatores de risco para um tumor de cólon (tais como, sedentarismo, dieta, tabagismo, alcoolismo e idade), predispõe-se também a um tumor de apêndice. Os tumores de apêndice são achados anatomopatológicos, visto que se manifestam como apendicite aguda, e não como neoplasia.</p> <p>RELATO DE CASO: J.A.V.A., 67 anos, sexo masculino, sem comorbidades, tabagista, dor lombar à direita irradiando para abdome anterior direito há 4 meses. Procurou atendimento devido à piora considerável da dor. Ausência de náuseas e vômitos e de alteração do hábito intestinal. Exame físico: paciente emagrecido e dor à palpação superficial e profunda de todo o abdome, sem demais achados. Radiografia de abdome agudo: distensão gasosa e de alças cólicas com formações de níveis hidroaéreos. Radiografia ortostática: sem nitidez do contorno do psaos. Tendo em vista o quadro clínico descrito, optou-se por laparotomia exploradora. Durante o procedimento cirúrgico, houve saída de grande quantidade de secreção purulenta, com ceco e base apendicular bloqueados. O apêndice foi encontrado solto, aderido à parede abdominal. Apresentava características de carcinomatose peritoneal, com lesões em omento e massa palpável retrovesical. Realizado hemicolectomia direita e apendicectomia. Coletado material para biópsia de omento, bexiga e peritônio. Devido à cavidade abdominal contaminada e com características de carcinomatose peritoneal, optou-se por anastomose ileotransverso latero-lateral anisoperistáltica com ileostomia protetora. Manteve acompanhamento em ambulatório de coloproctologia até resultado de anatomopatológico (adenocarcinoma moderadamente diferenciado com padrão intestinal), com ileo funcionante, mas pouca aceitação de dieta. Por fim, paciente encaminhado à oncologia para seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma de apêndice é um tipo raro de neoplasia, encontrado em cerca de 0,5% das apendicectomias e cujo diagnóstico depende da análise do anatomopatológico, posto que muitas vezes se manifesta como apendicite aguda. Quando diagnosticado como adenocarcinoma de apêndice, uma hemicolectomia direita é recomendada em segundo tempo, uma vez que aumenta a sobrevida do paciente. Neste caso, optou-se por uma hemicolectomia direita em primeiro tempo devido a achados intraoperatórios. Dos tipos histológicos do tumor de apêndice, o adenocarcinoma é o mais raro e pode ser dividido em cistoadenocarcinoma, produtor de mucina e geralmente bem diferenciado, e tipo intestinal, não produtor de mucina e pouco diferenciado. No quadro descrito, o adenocarcinoma era tipo intestinal e, além da metástase, também apresentava invasão linfonodal, mais comum no tipo produtor de mucina.</p>	<p>SINDROME DE FOURNIER EM PACIENTE DO GENERO FEMININO</p> <p>João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Carolina Martins Vissoci, Savio Arlindo Coelho Barbosa, Alexandre Rodrigues Alves, Rodrigo Soares Pereira, Renata de Lima e Silva Bonfim, Ivam Pereira Mendes Neto, Gustavo Travaglia Santos</p> <p>HRAN - Brasilia - Distrito Federal - Brasilia</p> <p>INTRODUÇÃO: A fascite necrótica perineal (Síndrome de Fournier) é uma infecção polimicrobiana causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que atuam de maneira sinérgica, levando a uma fasciite necrotizante. Trata-se de uma infecção grave dos tecidos moles, acometendo principalmente as regiões genital, perianal e perineal. Sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, porém sabe-se da sua associação com procedimentos uroproctológicos e ginecológicos, além de estados de imunodepressão, como diabetes melito e alcoolismo. A base do tratamento é o diagnóstico precoce e o desbridamento agressivo. Antibioticoterapia de amplo espectro, oxigenoterapia hiperbárica e cuidados locais são medidas complementares.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 49 anos, nega comorbidades ou cirurgias prévias. Há 1 semana da admissão, apresentou dor perianal após evacuação e procurou proctologista. Recebeu diagnóstico de abscesso perianal, sem flutuação, e foi tratada com Ciprofloxacino e Metronidazol por 5 dias, evoluindo com sinais flogísticos em todo hemiperíneo direito. Foi admitida no Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) com o quadro descrito associado a sinais de sepse. Ao exame laboratorial, apresentou 25.000 leucócitos, 58% de bastões e 10% de metamielócitos. Foi submetida a drenagem de abscesso isquiorretal à direita, com identificação de corpo estranho (compatível com ossos de restos alimentares), e iniciou antibioticoterapia de amplo espectro. Evoluiu no 2º dia de pós-operatório com retorno dos sinais sépticos e área de crepitação em toda região, sendo realizado desbridamento cirúrgico do tecido necrótico. Posteriormente, foram feitos curativos diários com fibra de alginato, carvão ativado, colagenase e Protosan® por 17 dias, sem necessidade de novos desbridamentos devido a granulação da ferida. Foi mantida antibioticoterapia (Meropenem, Clindamicina e Linezolida por 21 dias), sem sinais de infecção após reabordagem. No 17º dia, fechou-se a ferida, sem intercorrências ou necessidade de retalhos/enxertos. Foi acompanhada pela Unidade de Cirurgia Plástica do HRAN e recebeu alta no 37º dia de internação. Como resultado, apresentou recuperação estética e funcional, sem recidivas.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Fournier afeta mais homens, na proporção de 10:1, e ocorre em todas as faixas etárias, sendo mais comum em indivíduos próximos aos 50 anos. Para pacientes jovens, sem comorbidades, com bom estado de nutrição e imunológico, a taxa de morbimortalidade é menor. No relato em questão, ainda que a paciente não apresentasse comorbidades nem fora submetida à procedimentos cirúrgicos, o caso evoluiu de maneira rápida e agressiva. Contudo, nota-se que o reconhecimento precoce e o tratamento agressivo com desbridamento extenso de toda área afetada associado à antibioticoterapia de amplo espectro, medidas de suporte clínico intensivo e curativo diário foram essências para determinação do bom prognóstico dessa paciente.</p>
<p>PO 046-1</p> <p>BILIOMA ESPONTANEO SUPRA-HEPÁTICO: RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>NATHALIA BORGES MELO DE DE BRITO, PEDRO DE ANDRADE GUERRA, LEONARDO DAUMAS PORTO, RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ - MACAÉ - Rio de Janeiro - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Bilioma é qualquer coleção de bile fora da árvore biliar, que pode estar encapsulada por processo de epiteliação ou não. Possui localização intra ou extra-hepática, sendo que a maioria dos casos identificados na literatura estão associados a laceração de algum ducto da via biliar durante um procedimento, que pode ser cirúrgico, intervenções trans-hepáticas percutâneas e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou ainda decorrente de trauma abdominal. A ocorrência de bilioma espontâneo é rara, com poucos casos na literatura brasileira, mas quando ocorre, geralmente está associado ao quadro de coledocolitíase, como ocorre no paciente relatado.</p> <p>RELATO DE CASO: Relata-se um caso de bilioma espontâneo, no qual, paciente do sexo masculino, 71 anos apresentou um quadro de dor abdominal em região epigástrica e hipocôndrio direito, associado a febre e icterícia com evolução de 2 dias. Teve seu diagnóstico confirmado por uso de ultrassonografia abdominal (USG), que detectou colelitíase com vesícula biliar distendida e tomografia computadorizada com contraste que apresentou tumoração hepática de consistência cística, conteúdo homogêneo e aspecto simples. Como primeira escolha foi realizado drenagem percutânea guiada por TC, com drenagem imediata de 120 ml de conteúdo biliar por dreno Pig Tail em loja supra-hepática e melhora imediata da dor. Realizado posteriormente a CPRE, como tentativa de resolução da coledocolitíase, porém sem sucesso devido a alterações anatômicas do paciente. O dreno de Pig Tail deixou de ser eficaz na drenagem da loja e foi optado pela abordagem cirúrgica. Foi então, adotado uma laparotomia exploratória, na qual realizou-se uma colecistectomia a Tork, cateterização do ducto cístico, duodenotomia associada a esfincterectomia da papila de Vater, com colocação de dreno de Kehr e drenos sentinelas na via biliar. Após a remoção dos cálculos e drenagem do bilioma o paciente evoluiu com melhora progressiva e alta hospitalar em 13 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A fisiopatologia do bilioma espontâneo ainda não está bem definida, mas um fator sugerido é o aumento da pressão intraductal, que facilitaria o extravasamento da bile, associado a formação de uma pseudocápsula, delimitando assim a coleção. A incidência entre homens e mulheres é semelhante e a faixa etária relacionada é a sexta e sétima décadas de vida. A apresentação clínica do bilioma vai desde dor abdominal inespecífica até sepse biliar, sendo acompanhada ou não de febre, icterícia ou dor abdominal. A Ultrassonografia abdominal é a primeira escolha para avaliar a natureza do bilioma, mas é a TC abdominal que define a doença, causa e as relações com as estruturas adjacentes. A drenagem percutânea sob orientação radiológica é a primeira escolha para o tratamento, associada a CPRE como resolução da coledocolitíase, contudo no paciente referido essas medidas se mostraram ineficazes devido a alterações anatômicas do paciente, necessitando portanto da abordagem cirúrgica pouco relatada na literatura.</p>	<p>PO 046-2</p> <p>CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE LOWENSTEIN): RELATO DE CASO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Erica Rossi Mocchetti, Karim Silva Ferreira, Renata Salvino Zanon, Mariana Pinto Ribeiro, Beatriz Queiroz Cruz, Breno Falco, Jaques Waisberg</p> <p>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lowenstein) é uma lesão de aspecto verrucoso, extensa, exofítica e que envolve a região ano-genital. Apesar de ser uma doença benigna, pode apresentar potencial de malignização e tem comportamento agressivo localmente. É uma forma rara de apresentação do condiloma acuminado anogenital e tem transmissão por via sexual, estando relacionado ao Papilomavirus humano. Relatamos um caso de condiloma acuminado gigante tratado por ressecção local.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 17 anos, natural de São Paulo, deu entrada no ambulatório de cirurgia geral, relatando lesão em região perianal há 4 meses, com crescimento progressivo, acompanhado de dor ao evacuar, sangramento e odor fétido local. Negava comorbidades. Relatava ter relações sexuais anais. Ao exame físico apresentava grande lesão em região perianal, com aspecto de couve-flor, friável e doloroso à palpação. Toque retal doloroso, com esfíncter hipertônico, sem lesões palpáveis. Realizado sorologias para HIV, Hepatites B e C e sífilis, todas negativas. Optado por exame proctológico sob anestesia. Realizado anoscopia que não identificou lesões no canal anal, apenas lesão com aspecto de couve-flor com grandes dimensões na região ano-genital. Realizado ressecção com margem das lesões e preservado esfíncter externo e mucosa do canal anal. Deixado ferida cruenta, com curativo local. Paciente recebeu alta no 2 pós operatório após evolução favorável. Resultado do anatomo-patológico: condiloma acuminado gigante. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva local.</p> <p>DISCUSSÃO: O condiloma acuminado gigante é uma doença sexualmente transmissível causada pelo Papilomavirus humano, principalmente pelos sorotipos 6,11,16 e 18 e recebe essa denominação quando apresenta lesões muito volumosas, com características locais de agressividade podendo invadir ou deformar a região ano-genital. Apresenta período de incubação de 1 a 6 meses e é a doença sexualmente transmissível mais comum na região ano-genital. É um tumor caracterizado pelo alto índice de recorrência, podendo recidivar em até a 60% dos casos. O sintomas mais comuns são massa em região perianal, dor, abscesso, fistula e sangramento. Sua incidência vem aumentando principalmente em pacientes em estado de imunossupressão, como a AIDS. Existem varias modalidades terapêuticas, entretanto, a melhor estratégia ainda não foi definida. Devido ao seu alto risco de recorrência, a excisão cirúrgica radical associado ou não a outras modalidades terapêuticas, parece ser o tratamento mais utilizado e eficaz.</p>

PO 047-1	PO 047-2
<p>EXPLORAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE VIAS BILIARES EM HOSPITAL SEM CPRE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Luíza Costa Silveira Martins, Gabrielle Serrano Raupp De Assis, Vinícius Castro Pilger, Yasmin Cardenas Giordani Soares, Carlos Eduardo Bastian Da Cunha, Henrique Borges Ribeiro De Oliveira, Mariana Kumaira Fonseca, Celso Paganella Junior</p> <p><i>Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Coledocolitíase é a presença de cálculo na via biliar principal. É classificada quanto a origem, sendo primária quando o cálculo se forma dentro do ducto biliar, e secundária quando se forma na vesícula biliar e posteriormente migra para o ducto. Em pacientes já submetidos a uma colecistectomia, é classificada conforme o tempo decorrente entre a cirurgia e o diagnóstico, sendo residual quando diagnosticada em menos de 2 anos, e recorrente quando em mais de 2 anos. Essa patologia pode ocasionar colangite, cólica, obstrução ou pancreatite biliar. O diagnóstico é realizado através do quadro clínico-laboratorial e exame de imagem, como colangiopancreatografia por ressonância magnética ou por endoscopia (CPRE). A descompressão precoce é sempre necessária mesmo se quadro assintomático.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 44 anos. Interna em um hospital referência em trauma de Porto Alegre no dia 10/01 com dor abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame físico, abdome globoso, depressível, doloroso à palpação em hipocôndrio direito e sem sinais de irritação peritoneal. Após analgesia, paciente teve alívio parcial da dor, com persistência das náuseas e vômitos. Foi realizada uma ecografia abdominal que evidenciou uma vesícula biliar pouco distendida, contendo cálculo de 2cm. A hipótese diagnóstica formulada foi de uma pancreatite de provável origem biliar, e a conduta sugerida foi a de internação para tratamento de pancreatite e planejamento de colecistectomia videolaparoscópica. Paciente evoluiu com resolução da pancreatite e então foi iniciada antibioticoterapia. No 11º dia de internação, paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica e colangiografia transoperatória. Evidenciou-se vesícula biliar com paredes espessadas, contendo barro biliar e múltiplos cálculos em seu interior. Realizada cateterização da via biliar e injeção de contraste com identificação de colédoco dilatado com múltiplos cálculos. Feita então exploração laparoscópica das vias biliares com remoção manual dos cálculos e controle por radioscopia. Posicionado dreno de Kehr em colédoco e dreno de Penrose sub-hepático. Colangiografia pós-operatória sem evidência de cálculos. Paciente evoluiu bem, com resolução do quadro algíco, recebendo alta no dia 25/01.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso descrito, a paciente foi submetida à colecistectomia com colangiografia transoperatória por se tratar de pancreatite biliar com aumento das transaminases e ecografia com cálculos. Outras indicações para esse exame são história prévia sugestiva de litíase biliar, colangite, icterícia, colúria, acolia. É importante, ainda, ressaltar que a paciente foi diagnosticada e tratada em momentos distintos, ficando internada durante esse período, mas atualmente há técnicas disponíveis, como a CPRE, que permitem, numa mesma sessão, diagnosticar e solucionar anormalias da via biliar, extraindo cálculos, dilatando ductos e colocando próteses. Isso implica em menor tempo de internação quando comparada à clássica colecistectomia videolaparoscópica.</p>	<p>MUCOCELE DE APÊNDICE CONCOMITANTE A NEOPLASIA DE COLON: RELATO DE CASO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Erica Rossi Mocchetti, Karin Ferreira Silva, Renata Salvino Zanon, Mariana Marins Filisbino, Fabio Orsi Cerbelli, Beatriz Queiroz Cruz, Jaques Waisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucoccele de apêndice foi descrita primeiramente em 1842 por Rokitsky e definitivamente nomeada em 1876 por Feren. representa uma dilatação progressiva do apêndice cecal causada por acúmulo intraluminal de mucina. Esse termo engloba várias causas que podem ser divididas em lesões neoplásicas ou não-neoplásicas. Na maioria dos casos a mucoccele de apêndice é um processo benigno. Relatamos o caso de um paciente com diagnóstico incidental de mucoccele de apêndice associado a neoplasia de cólon, associação pouco frequente mais que deve ser lembrada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 71 anos, masculino, veio encaminhado ao ambulatório de cirurgia geral após realização de ultrassonografia(USG) de abdome para investigação de anemia crônica em exame de rotina. Negava queixas abdominais. Relatava apenas aumentadas, com conteúdo heterogêneo, medindo 8,8x3,8x3,5. Foi optado pela realização de tomografia de abdome que evidenciou espessamento parietal concêntrico do ceco e do cólon ascendente por um segmento de 9 cm e aumento do tamanho dos linfonodos regionais. aumento do apêndice cecal com paredes finas e calcificações parietais, de conteúdo espesso em seu interior medindo 9x4x3 cm, podendo corresponder a mucoccele. Optado pela realização de colonoscopia que evidenciou lesão substenosante em região de ceco/cólon ascendente, sendo realizado biópsias. O anatomopatológico concluiu: adenocarcinoma bem diferenciado invasivo de intestino grosso. Com base nos achados dos exames foi optado pelo procedimento cirúrgico. Paciente foi submetido a colectomia direita com ileo-transverso anastomose grapseada. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 8 pós operatório. O anatomopatológico da peça evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ceco, margens livres e cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal. (T3N1M0).</p> <p>DISCUSSÃO: A mucoccele de apêndice é uma entidade incomum e que se apresenta, principalmente, de forma incidental em exames de imagem ou no intraoperatório. É responsável por apenas 0,2 a 0,3% das apendicectomias e pode ser classificada em quatro subtipos histológicos: hiperplasia mucosa (52%), cisto de retenção (20%), cistoadenoma mucinoso (18%) e cistoadenocarcinoma mucinoso (10%). A associação com neoplasia de cólon pode ocorrer em até 20% dos casos, sendo essencial a investigação dessa patologia nos pacientes portadores de mucoccele de apêndice. A Tomografia Computadorizada é aceita como método ideal para investigação, pois na maioria das vezes consegue visualizar a relação anatômica da mucoccele com os órgãos adjacentes. O diagnóstico radiológico acurado é essencial para prevenir a transformação maligna, ruptura e consequente pseudomixoma peritoneal. O tratamento da Mucoccele de Apêndice é essencialmente cirúrgico e deve ser baseado nos resultados histológicos e no acometimento de órgãos adjacentes, nesse caso, devido a concomitância da neoplasia de cólon, optamos pela ressecção ampliada (colectomia)</p>
<p>PO 048-2</p> <p>CORDOMA PRE-SACRAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Andréa PAVEDANO, José Fernando GUEDES CORRÊA, Thiago Scharth MONTENEGRO, Aline de Quadros TEIXEIRA, Lucas LOIOLA, Stephanie BULHÕES</p> <p><i>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cordoma é um tumor de origem notocordal raro, e representa uma pequena parcela dos tumores ósseos malignos primários. A localização mais frequente é na região sacrococcígea (50% dos casos). Possui como característica o crescimento lento, comportamento localmente agressivo e elevada taxa de recidiva. A maioria dos pacientes tem um mau prognóstico cirúrgico devido à extensão da doença no momento do diagnóstico. A cirurgia com ressecção ampla constitui a única forma curativa de tratamento. Relata-se um caso de cordoma pré-sacral encaminhado com diagnóstico inicial de cisto pilonidal</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente V.A. S., Masculino, 70 anos, foi referido a proctologia pela atenção primária para o tratamento de cisto pilonidal. Apresentava tumoração na região sacrococcígea há 1 ano com evolução mais evidente nos últimos 4 meses queixando-se apenas de desconforto ao sentar. Ao exame foi constatado lesão fibroelástica pouco móvel, indolor e não aderida a planos profundos na palpação. O laudo de USG realizada anterior ao encaminhamento evidenciava lesão expansiva sólida e heterogênea em plano profundo subcutâneo na região sacrococcígea com 5,1 cm no maior diâmetro. A RNM solicitada constatou volumosa formação expansiva originada nas peças coccígeas com sinal alto em T2 e STIR e intermediário/baixo em T1, restrição a difusão e impregnação tênue e heterogênea do contraste, sugerindo o diagnóstico de cordoma. Foi realizada a exérese total do tumor com retirada do cóccix, sem intercorrências. O paciente apresentou evolução satisfatória tendo alta hospitalar após 24 horas. O histopatológico confirmou o diagnóstico de cordoma.</p> <p>DISCUSSÃO: Os Cordomas são tumores malignos primários ósseos, originando-se principalmente na região sacrococcígea. Entretanto neoplasias primárias da região sacral são raras uma vez que sua incidência é de somente 0,5 para cada 1 milhão de indivíduos. Os cordomas são neoplasias que surgem da notocorda embrionária, possuem crescimento lento, comprometem os tecidos moles adjacentes e causam destruição óssea do sacro. A principal queixa associada aos cordomas é a de tumoração e dor lombossaca, alguns apresentam ainda sinais de radiculopatia e disfunção intestinal. O paciente do relato por sua vez apresenta-se muito pouco sintomático no momento do diagnóstico, apesar de tumoração volumosa. A exérese cirúrgica com margens amplas e a ressecção em bloco do sacro é o tratamento de escolha, apesar disso evidencia-se elevada taxa de recorrência local. A contaminação intraoperatória é outra questão importante na cirurgia do cordoma, visto que pode aumentar a probabilidade de recidiva local, podendo-se evidenciar alguns fatores como preditores de recorrência local como : extensão acima de S3 e ruptura da cápsula tumoral. Levando em consideração esses fatores conclui-se que o diagnóstico precoce, estadiamento, o planejamento operatório e a exérese da tumoração com margens comprovadas bem como acompanhamento frequente do paciente são determinantes para o manejo efetivo do cordoma.</p>	<p>PO 048-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS EXTENSOS EM REGIÃO DORSAL</p> <p>João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Renata Bonfim de Lima e Silva, Rodrigo Soares Pereira, Thaiane da Guia Rosa Fioravante, Carolina Martins Vissoci, Ivam Pereira Mendes Neto</p> <p><i>HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fechamento de defeitos extensos em região dorsal é um problema desafiador. O método de escolha usual para reconstruções pós-ressecções traumáticas é o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (RMGD), uma vez que apresenta grande viabilidade de tecido muscular e confiabilidade anatômica de vasos subescapular e toracodorsais. Contudo, existe desvantagem em seu uso no reparo de defeitos extensos, pois oferece pequena quantidade de pele para ser incluída na correção, a fim de se obter fechamento primário da área doadora. Uma solução para tal dificuldade é combinar essa técnica com enxertos de pele, entretanto, esse método pode acarretar déficits de cicatrização e causar deformidades. Nesse contexto, para adequada reconstrução de defeitos em região dorsal, deve-se realizar planejamento de retalho musculocutâneo do latíssimo dorsal, a fim de que não sejam necessários enxertos de pele.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 44 anos, apresentou histiocitoma fibroso maligno da região escapular direita. A ressecção ampla do tumor resultou na exposição de borda medial da escápula e em defeito cutâneo de 40 cm². Para reconstrução da pele, foi utilizado um RMGD coletado do lado direito, com área de 60 cm². A ilha de pele foi projetada de modo que seu eixo longitudinal fosse perpendicular à linha de menor tensão de pele no local receptor, determinada pelo pinch teste. O desenho dos retalhos baseou-se no defeito de pele original acrescido de modificações oriundas da tentativa de fechamento primário da área doadora. A partir dessa técnica, executada com paciente em decúbito lateral, o defeito foi parcialmente fechado em ambas as extremidades e o retalho foi transferido para o defeito remanescente através de túnel subcutâneo. Como resultado, a área doadora foi fechada principalmente e o pós-operatório não apresentou intercorrências. 4 meses após a operação, o efeito estético foi satisfatório, com deformidades mínimas em contorno e nenhum distúrbio funcional.</p> <p>DISCUSSÃO: O histiocitoma fibroso maligno trata-se de um sarcoma de tecidos moles agressivo, acomete mais adultos jovens do sexo masculino e ocorre frequentemente no músculo esquelético de extremidades, cavidade abdominal ou retroperitônio. O RMGD tem sido uma opção para diversos procedimentos de reconstruções. Sabe-se que o sucesso dessa técnica depende de planejamento do retalho além da preservação do suprimento sanguíneo, da tensão sobre o pedículo e das suturas na margens distais. De forma geral, na literatura, esse método é mais utilizado para cobertura de defeitos anteriores ou anterolaterais do hemitórax, como em correções mamárias, apresentando poucas demonstrações em correções dorsais, como a realizada nessa paciente. A partir do relato em questão, percebe-se que o planejamento de RMGD, baseando-se no defeito de pele original e nas modificações advindas do fechamento primário de área doadora resultaram em boas repercussões estéticas e funcionais, de modo a demonstrar o sucesso da técnica.</p>

PO 049-1	PO 049-3
<p>DIAGNOSTICO DE NEOPLASIA DO APÊNDICE VERMIFORME POR ACHADO INTRAOPERATORIO DE MUCOCELE DURANTE CESARIANA</p> <p>Laisla Cristina Souza, Thiago Silva Ribeiro, Vitória Vieira, Guilherme Henrique Domingues Sousa, Franklin Pereira Santos, Eurípedes Barsanulfo Borges Reis, Elio Aguiar, Sandra Oliveira Araújo</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias do apêndice cecal são raras e ocorrem em 1% das apendicectomias. Elas podem ser tumores neuroendócrinos ou epiteliais produtores de mucina, esse último dividido em neoplasias mucinosas de baixo grau e adenocarcinomas mucinosos. Já a mucocèle do apêndice, que ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias, se refere ao aumento do apêndice cecal por produção e acúmulo de muco intraluminal. Esse processo pode decorrer tanto de neoplasia epitelial quanto de outras alterações que levam à obstrução do lúmen apendicular, como fecalito, retração cicatricial e hiperplasia da mucosa sem atipia celular.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 35 anos, sexo feminino, G3P2A0, relata acompanhamento pré-natal completo e um histórico de dor recorrente em fossa ilíaca direita, sem outros sintomas associados. Às 34 semanas de idade gestacional, deu entrada com um quadro de dor em cólica no abdome inferior e enjameamento abdominal progressivo, sendo submetida à cesariana. Durante o transoperatório, identificou-se apêndice cecal bastante aumentado, sugestivo de mucocèle. Procedeu-se com apendicectomia no mesmo tempo com grampo linear, sem contaminação da cavidade. A paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. Ao exame macroscópico, o apêndice apresentava-se com dimensões 9x3x3 cm, revestido por serosa pardacenta, fosca e espessa, sem área de perfuração, com luz dilatada e preenchida por material mucoso. O laudo da análise histopatológica da peça confirmou o diagnóstico de neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice cecal, sem infiltração neoplásica da serosa. A paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia clínica para seguimento. A investigação foi complementada com TC de tórax e abdome e videocolonosopia, sem alterações. Quanto aos marcadores tumorais, foram solicitados CA125, CA19-9 e CEA, todos dentro da faixa de normalidade.</p> <p>DISCUSSÃO: A classificação das neoplasias mucinosas do apêndice é alvo de discussão. Atualmente a nomenclatura mais recente é Neoplasia mucinosa de baixo grau, também chamada de cistadenoma mucinoso, e difere do adenocarcinoma mucinoso por não apresentar evidência de invasão. As neoplasias do apêndice em geral têm sua primeira apresentação como um quadro de apendicite aguda, sendo mais incomum o diagnóstico acidental durante procedimento cirúrgico por outro motivo, como no caso descrito. O tratamento é cirúrgico, podendo ser realizada apenas a apendicectomia ou hemicolectomia direita. No entanto, devido à indicação cirúrgica ser realizada por suspeita de apendicite, geralmente o tratamento é realizado em caráter de urgência, sem o planejamento adequado e estudo histológico prévio. Nesses casos, a hemicolectomia direita não está indicada, devido ao risco de malignidade variar de 10 a 20%. Durante o procedimento, deve-se evitar a perfuração do apêndice, devido ao risco de pseudomyxoma peritonei. Após o estadiamento, serão determinadas medidas adicionais de tratamento ou investigação, como TC de tórax, abdome e pelve.</p>	<p>ENXERTIA E RETALHO EM CIRURGIA REPARADORA DE FACE: RELATO DE DOIS CASOS</p> <p>Nubia Ayala Vieira Castro, Vanessa Siqueira Reis, Cristian Machado Haesbaert, Raquel Soares Carneiro</p> <p><i>Instituição Privada - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer de 2017, estima-se a ocorrência 170 mil novos casos de câncer de pele não melanoma (CPNM) no biênio 2018-2019, sendo a neoplasia mais prevalente entre homens e mulheres, comum em regiões da face. Exérese cirúrgica é um método de diagnóstico e tratamento de lesões de pele. O presente trabalho, tem como objetivo expor dois relatos de caso com técnicas reconstrutivas comuns para exérese de lesões cutâneas.</p> <p>RELATO DE CASO: Primeiro caso, paciente feminino, 94 anos, branca, apresenta lesão úlcero infiltrativa, com crosta hematomelídica, em região malar direita, elevada, de bordas mal definidas, de coloração enegrecida, com 10 cm no maior diâmetro. Foi realizado exérese da lesão com reconstrução por meio de enxerto cutâneo. Segundo caso, paciente masculino, 82 anos, branco, com lesão úlcero infiltrativa, sangrante, em face direita, elevada, arredondada, de coloração avermelhada, de 5cm de diâmetro, bordas mal definidas com halo hiperocrômico e de rápido crescimento. Foi realizada exérese da lesão através da reconstrução com técnica de retalho de Limberg.</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer de pele apresenta-se em duas formas: melanoma e não melanoma. O CPNM abrange diversos tipos de tumor, porém, cerca de 95% deles compreendem os carcinomas basocelular (CBC) e espinocelular (CEC). A exérese cirúrgica é o principal tratamento para o CEC e o CBC, pois evita o prejuízo funcional e diminui o risco de metástases nos casos de CEC. Para a reconstrução de feridas cirúrgicas, o cirurgião pode utilizar-se de diferentes métodos, dentre eles, as técnicas utilizando enxerto cutâneo e retalho de Limberg. Enxerto cutâneo é a transferência da espessura total ou parcial de pele de uma área doadora para outra receptora, sem a preservação de um pedículo vascular. No primeiro caso, apesar de enxerto não ser a indicação cirúrgica mais adequada para as características da lesão da paciente, foi optado por essa técnica, pois a exérese da lesão não tinha indicação curativa. Assim, optou-se pelo método com tempo cirúrgico menor e com um resultado estético satisfatório. O retalho cutâneo, se refere a unidade constituída por pele e tecido subcutâneo transferido de uma área doadora para uma receptora, mantendo-se o pedículo vascular responsável por sua nutrição. A técnica utilizada no paciente do segundo caso foi o retalho de Limberg. Esse tipo de retalho propicia uma reconstrução com mesma textura e coloração da pele sem comprometer resultado estético funcional. Ademais é possível retirar uma área com margem de segurança maior, a fim de se obter margens livres, uma vez que esse tipo de reconstrução reconfigura a anatomia local e torna difícil a realocação da lesão caso venha com margens comprometidas no anatomopatológico. A escolha da melhor técnica dependerá do local e da extensão da lesão, buscando a preservação da funcionalidade e a reparação estética. Além das características envolvendo cada paciente, como idade, comorbidades associadas e tipo de lesão.</p>
<p>PO 050-2</p> <p>ACHADO CIRURGICO DE PLASTICO BEZOAR EM PACIENTE COM DIVERTICULITE COMPLICADA</p> <p>Eduardo Felipe Kim Goto, Isabella Gonçalves Carpanetti, Lucas Sena Leme, Paula Cristina Steffen Novelli, Bruno Augusto José Costa, Ronaldo Nonose, Danilo Toshio Kanno, Carlos Augusto Real Martinez</p> <p><i>Universidade São Francisco - Bragança Paulista - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Divertículos são hérnias que se desenvolvem na parede do cólon, mais comumente no descendente e no sigmoide. A diverticulite decorre da presença de inflamação e/ou de infecção associadas aos divertículos, podendo ser causada pela obstrução da base de um divertículo, desgaste, micro perfuração e aumento da pressão intraluminal. Já bezoares, são massas de material animal, vegetal ou mineral retidas no trato gastrointestinal, sendo mais comuns fitobezoares e tricobezoares. As repercussões clínicas são variadas, incluindo obstruções, intussuscepções, sangramentos, perfurações, além de enteropatias, pancreatites, apendicites, icterícia obstrutiva e outras. Em nosso presente estudo, discutiremos mais sobre como a associação destas duas patologias, culminou para o desfecho clínico-cirúrgico do paciente, por nos abordado. A associação da patologia bezoar com distúrbios psiquiátricos é relevante e, sempre que possível, devem ser tratados de modo conservador, sendo a endoscopia o método de escolha, apesar de estar limitada à natureza e a quantidade dos bezoares. A remoção cirúrgica depende do local e sintomatologia.</p> <p>RELATO DE CASO: D.M, sexo masculino, 57 anos, mau informante, paciente psiquiátrico, trazida pelo SAMU com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) e hipogástrico há semanas, com piora há 2 dias. Referia parada de eliminação de fezes e febre aguda aferida em outro serviço de 38,2°C. Ao exame físico se apresentava em regular estado geral, desidratado, consciente. Abdome com ruídos hidroaéreos presentes, percussão timpânica, dor à palpação superficial e profunda em FIE e hipogástrico; apresentou defesa ao toque; descompressão brusca negativo; ausência de massas palpáveis. Ao estudo radiológico (TC de abdome total) mostrou presença de divertículos de adição ao longo da alça colônica, com evidências de densificação de gordura peritoneal relacionada, sugerindo processo inflamatório/ infeccioso. Havia também, dilatação e espessamento parietal da transição sigmoideá-rectal, apresentando conteúdo com atenuação líquida em seu interior. Diante do quadro clínico, foi levantada a hipótese diagnóstica de diverticulite complicada e indicada cirurgia para remoção da peça comprometida. No ato cirúrgico, evidenciou-se corpo estranho, localizado em região distal de intestino delgado, em iminência de perfuração. Optou-se por realizar uma retossigmoidectomia, enterectomia, drenagem de múltiplos abscessos intracavitários e colostomia a Hartmann.</p> <p>DISCUSSÃO: A localização menos frequente dos bezoares é o intestino em suas porções mais distais. Casos de plástico bezoar são considerados raros, encontrados apenas 5 descritos na literatura. O presente estudo relata achado incidental de plástico bezoar em intestino delgado distal, cuja sintomatologia foi mascarada por complicação de diverticulite.</p>	<p>PO 050-3</p> <p>ATUAÇÃO DE ACADEMICOS DE MEDICINA EM CONJUNTO COM O SERVIÇO DE CIRURGIA PLASTICA DE UM HOSPITAL TERCIARIO DURANTE O DIA NACIONAL DE COMBATE AO CANCER DE PELE (2018): UM RELATO DE EXPERIENCIA</p> <p>Maria Jiulia Mariano Sanquite Hoffmann, Leonardo Oliveira Dias, Julia Lubaczwski, Rudinara Gonçalves, Lucas Steffen, Vanessa Gaissler</p> <p><i>Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Anualmente a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) promove a Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Pele durante o mês de dezembro, movimento que atualmente é chamado de "Dezembro Laranja". O intuito é promover o acesso da população em geral a consulta com médico dermatologista, que faz o rastreio de lesões com sinais clínicos de malignidade e encaminha para a equipe responsável para procedimentos cirúrgicos, caso necessário. O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência dos membros da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica da Universidade Luterana do Brasil, que atuaram em conjunto com o serviço de cirurgia plástica do Hospital Universitário (HU) de Canoas na realização dos procedimentos encaminhados durante a edição de 2018 da campanha.</p> <p>RELATO DE CASO: Um total de 7 acadêmicos do curso de graduação em medicina, cursando do 4º ao 11º semestre (todos aprovados previamente na cadeira de "procedimentos médicos"), acompanharam a preceptora do serviço de cirurgia plástica do HU nas atividades realizadas no bloco de procedimentos ambulatoriais, no período compreendido entre às 9:00 e 17:00 horas do dia 01 de dezembro de 2018. Os acadêmicos participaram de todas as etapas do pré, trans e pós operatório imediato, desde a avaliação direcionada com a cirurgiã responsável, a coleta de informações pertinentes (como medicamentos em uso e alergias), o exame físico, a remoção cirúrgica (exérese) de lesões e o encaminhamento para análise pelo laboratório de patologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O processo de ensino-aprendizagem quando referente ao curso de medicina requer o entendimento de que aprender não é apenas reproduzir a realidade, mas elaborar uma resposta/ação pessoal adequada a ela. A experiência proporcionou aos acadêmicos contato direto com a rotina de um bloco de procedimentos ambulatoriais e a oportunidade de conhecer e praticar, de forma orientada e supervisionada, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividade que usualmente é reservada aos semestres finais do curso. Tudo isso somado à figura do professor, aqui representado pela preceptora, atuando ora como avaliador, ora como consultor e ora como facilitador compõe uma forte ferramenta de ensino que mostra a importância da prática médica (clínica e cirúrgica) ao longo de todos os anos de formação acadêmica.</p>

PO 051-1	PO 051-2
<p>Neoplasia Neuroendócrina do Pâncreas</p> <p>LUIS PAULO ANDRIONI, ALESSANDRA DOS SANTOS, ESTEVAN TAUBE BORRÉ, ALICE BIANCHI BITTENCOURT, FERNANDO THEODORO SEHNEM, RODRIGO MARIANO, MAYARA CHRIST MACHRY, ROBERTA DREYER FERNANDES</p> <p><i>UFCSPA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias neuroendócrinas pancreáticas (PNEs) são raras, representando menos de 3% de todos os tumores pancreáticos. Embora a maioria dos PNEs esteja associada a uma sobrevida relativamente boa, pode haver uma variabilidade significativa nos resultados com base em sua heterogeneidade biológica. É extremamente difícil prever o curso da doença no paciente com PNE. Por exemplo, um pequeno tamanho do tumor não significa necessariamente que seja benigno. A cirurgia é indicada em pacientes com PNEs para aliviar sintomas sistêmicos devido à superprodução de hormônios, sintomas compressivos devido ao efeito de massa local e para prevenir transformação ou disseminação maligna.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 36 anos, adrenalectomia bilateral há sete anos por feocromocitoma. Descobriu-se, acidentalmente, massa em cabeça, processo uncinado e colo pancreático durante investigação com tomografia computadorizada por quadro de pielonefrite. Realiza ressonância nuclear magnética, identificando pelo menos três lesões nodulares com alto sinal em T2, a maior medindo 2,5 x 2,1 cm. Cintilografia com metaiodobenzilguanidina e Tomografia Computadorizada por emissão de fóton único revelaram atividade radiofarmacológica na cabeça pancreática que pode estar relacionada a presença de tecido neuroendócrino, criando a hipótese de tumor primário ou metástase de feocromocitoma. Realizada duodenopancreatectomia, com anatomopatológico de porção do estômago, duodeno e 15 centímetros de jejuno, com margens cirúrgicas livres, cabeça e corpo do pâncreas revelando neoplasia bem diferenciada de células epitelioides/poligonais acometendo tecido pancreático, encapsulada, baixo índice mitótico, além de quatro linfonodos peripancreáticos e cinco perigástricos. Solicitada imunistoquímica de lesão pancreática com CK8/18 (5D3), Cromogranina A (LK2H10), Sinaptofisina (Sp11), Insulina (P), Glucagon, Somatostatina (P), todos positivos. Ki67 (30-9) positivo em 30% das células neoclássicas, favorecendo o diagnóstico de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada de pâncreas, com estadiamento pT2pN0M0. Realizou seguimento com oncologia clínica, sem necessidade de tratamento adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: Para PNEs na cabeça do pâncreas que não são passíveis de enucleação, a duodenopancreatectomia é a operação de escolha, consistindo na a remoção da cabeça do pâncreas, do duodeno, dos primeiros 15 cm do jejuno, do ducto biliar comum e da vesícula biliar. Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNEs) são primariamente uma doença cirúrgica, e a re-reseção deve ser considerada em pacientes com evidência de recorrência tumoral na vigilância pós-operatória. A vigilância pós-operatória inclui tipicamente imagens transversais, níveis hormonais funcionais e níveis seriados de cromogranina A.</p>	<p>SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS E INTUSSUSCEP&Ccedil;AO INTESTINAL: RELATO DE UM CASO.</p> <p>Antonio Angelo Rocha, Talita Cristine Souza Lima, Vanessa Freitas Andrade, Alcides José Rizzo Braga, Eduardo Pereira Bueno, Jose Osvaldo Darcie, Matheus Carvalho Bassani, Natalia Guimarães Moraes Schenka</p> <p><i>Puc Minas Poços de Caldas - Poços de Caldas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma síndrome polipóide hereditária autossômica dominante. O diagnóstico para a SPJ incluem dois ou mais dos critérios seguintes: pigmentação mucocutânea característica, presença de pólipos hamartomatosos do intestino delgado e a história familiar. Os pólipos hamartomatosos podem se desenvolver já na primeira década de vida e podem causar várias complicações, incluindo sangramento retal (13,5%), dor abdominal (23%) e obstrução intestinal aguda (42,8%). Além disso, os pacientes têm um risco aumentado de desenvolver câncer, tanto no trato gastrointestinal quanto em outros órgãos. Sendo o risco assumido no trato gastrointestinal, em exclusividade, o intestino delgado, de 13%. Variantes em STK11/LKB1, genes supressores de tumor, predisõem à SPJ e estão associados a um fenótipo mais grave. A gravidade do fenótipo é baseada no início mais precoce da patologia gastrointestinal decorrente dos pólipos, como a intussuscepção ou o início precoce de malignidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Relatamos um caso de SPJ de uma paciente jovem, 22 anos, admitida no Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, em Minas Gerais, com abdome agudo obstrutivo por intussuscepção intestinal. Foi operada e submetida a enterectomia segmentar jejunal com entero-entero-anastomose e enterotomia ileal com ressecção de lesão polipóide de 2cm. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (grau II), polipóide, extensamente necrohemorrágico em segmento jejunal; e adenocarcinoma bem diferenciado intramucoso, em adenoma serrilhado, com displasia glandular de alto grau em pólipos ileais. A paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no sexto dia de pós-operatório. Encontra-se em acompanhamento no Centro de Alta Complexidade em Oncologia da cidade de Poços de Caldas, Minas Gerais.</p> <p>DISCUSSÃO: Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma síndrome polipóide hereditária autossômica dominante rara que pode cursar com obstrução intestinal por malignização destes pólipos. Neste relato, a paciente evoluiu com quadro de invaginação intestinal de intestino delgado secundária a um pólipos malignizado, além disso apresentava outro volumoso pólipos maligno. A literatura relata risco de 13% de malignização no intestino delgado.</p>
<p>PO 052-2</p> <p>CISTO DE TAILGUT - ABORDAGEM E TRATAMENTO</p> <p>MARCELO AUGUSTO VITURINO ARAGAO, HELIO MACHADO VIEIRA JUNIOR, VITOR LUIZ FARO FONSECA, BERNARDO MENDES GUIMARAES GEOFFROY</p> <p><i>HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Durante a gestação, entre 28 e 35 dias, o embrião humano possui uma cauda verdadeira, que regride até os 56 dias. A sua persistência, é rara e forma os cistos de Tailgut. Foram primeiro descritos por Middleldorpf em 1885. Apesar da maioria serem benignos, a literatura atual mostra, transformação maligna (adenocarcinoma ou carcinoma). Curiosamente, malignidade mais comum em homens devido ao atraso no diagnóstico. Diagnóstico requer suspeição e imagens modernas (ressonância magnética/tomografia computadorizada). O diagnóstico final é histopatológico. A biópsia do tumor não é indicada pelo risco de complicações. O tratamento é feito pela excisão cirúrgica com margens livres, mesmo se assintomático.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 55 anos, dar entrada na emergência, quadro de dor e distensão abdominal, parada da eliminação de fezes há mais de 5 dias. Após medidas clínicas, foi submetido a tomografia de abdome que evidenciou: "formação expansiva sólido-cística na pelve lesão expansiva em pelve, com compressão extrínseca do reto. A equipe de cirurgia geral, indicou cirurgia de desvio de trânsito intestinal, transversostomia em alça. O paciente evoluiu com melhora do quadro de dor e distensão abdominal e retorno da dieta via oral. Após melhora do quadro clínico, o paciente foi submetido a Ressonância Magnética de abdome inferior, evidenciando: volumosa massa lobulada, ocupando toda a pequena pelve, com desvio de estruturas adjacentes, com áreas captantes de contraste. O paciente ficou com o diagnóstico de cisto de tailgut, foi submetido a abordagem cirúrgica posterior, incisão de Kraske sem a necessidade de cocigectomia. O paciente evoluiu sem intercorrências, o estudo histopatológico evidenciou: estrutura acometida por adenocarcinoma. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial da cirurgia geral e serviço de oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos retro retais são gerados a partir de defeitos no fechamento embrionário do intestino primitivo, no final da oitava semana. Apesar de sua grande maioria ser assintomática, os pacientes sintomáticos apresentam: constipação intestinal, distúrbio evacuatório, retenção urinária. Devido ao não conhecimento da patologia por parte de grande parte dos médicos e seus sintomas serem muito sugestivos de lesões semelhantes que acometem o canal anal e retal, seu diagnóstico é atrasado. A anamnese, toque retal, deve levantar a suspeita, os melhores exames e imagem são: tomografia de abdome e ressonância magnética, para identificar de extensão, grau de invasão e malignidade. A biópsia da lesão não é indicada em lesões benignas, devido as complicações do procedimento. O tratamento cirúrgico é preconizado tanto para pacientes assintomáticos como sintomáticos, com a excisão da lesão com margens livres. Existem três abordagens cirúrgicas: anterior (abdominal), posterior e combinada. O tratamento cirúrgico não é livre de complicações.</p>	<p>PO 052-3</p> <p>DUPLO RETALHO DE LIMBERG PARA FECHAMENTO DE GRANDE AREA DE MENINGOMIELOCELE EM RECEM-NASCIDO</p> <p>Júlia Lubaczski dos Santos, Lucas Pastori Steffen, Leonardo Oliveira da Silva, Maria Júlia Mariano Sanquite Hoffmann, Charlane Vasconcelos</p> <p><i>UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A meningomielocoele é um defeito da medula espinhal, da coluna vertebral e da pele sobre essa área, resultando em um defeito no fechamento da porção posterior do tubo neural durante a quarta semana de gestação. Dentre os defeitos espinhais congênitos, a meningomielocoele é o mais comum. Sua etiologia é multifatorial com participação de fatores genéticos e ambientais que afetam o metabolismo do ácido fólico, mas ainda não está totalmente esclarecida. Em três quartos dos casos, a região lombossacral é afetada e está associada a déficit motor e sensitivo dos membros inferiores, do reto e da bexiga. O fechamento precoce, idealmente nas primeiras 24 horas após o nascimento, do defeito é mandatório, com o objetivo de reduzir as infecções agudas da pele relacionadas ao sistema nervoso central, preservar todo o tecido nervoso viável e reconstituir anatomicamente a área. Nos pacientes não tratados, o índice de mortalidade encontrado é de 65% a 75%, nas primeiras seis semanas de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, com 6 horas de vida, portador de meningomielocoele rota congênita diagnosticada durante exame pré-natal de ultrassonografia. Apresentava comprometimento motor e sensitivo de membros inferiores. Em seguida ao nascimento, foi submetido a procedimento neurocirúrgico para fechamento do canal medular. Logo após a conclusão da cirurgia, iniciou-se nova intervenção pela equipe de cirurgia plástica, agora, para fechamento da área cruenta sacrococcígea. Foi realizada confecção de duplo retalho de Limberg, randomizado, dermogorduroso em região lombossacral por combinação de rotação e avançamento bilateral. O retalho no pós-operatório imediato apresentou boa perfusão, com reperfusion imediata após a compressão, sem alteração da coloração (cianose ou palidez).</p> <p>DISCUSSÃO: O retalho de Limberg não dissec os músculos do dorso, como fazem os retalhos músculo-cutâneos; portanto, a manutenção da postura no pós-operatório é mais facilmente atingida. Além disso, a musculatura preservada facilita o esvaziamento da bexiga com manobra de Valsalva. O retalho apresenta, ainda, aporte sanguíneo randômico e seguro e não requer uma camada de suporte entre a dura e a pele. O uso do duplo retalho de Limberg para fechamento de defeitos grandes de meningomielocoele apresentou-se como alternativa viável, com baixo índice de complicações, técnica segura de realização, resultado estético harmônico e bom resultado funcional, não requerendo enxertos cutâneos para cobertura da área doadora dos retalhos.</p>

PO 053-2	PO 053-3
<p>COLECTOMIA TOTAL EM PACIENTE JOVEM COM NEOPLASIA DE SIGMOIDE</p> <p>Francisco Sergi, Fernanda Danziere, Leandro Trama, Pâmela Correa de Oliveira, Fernanda Santos de Aguiar, Brenda Oliveira Coelho, Rafaela Rocha de Carvalho, Ana Beatriz Santos Teodoro</p> <p><i>Hospital Leforte - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é uma patologia multifatorial que ocorre principalmente no cólon sigmóide, sendo a terceira causa de câncer em homens e a segunda em mulheres. Seu tratamento varia de acordo com a localização do tumor, estágio ao diagnóstico e uso seletivo de quimioterapia (adjuvante ou neoadjuvante). A colectomia total é o tratamento cirúrgico que consiste na remoção do intestino grosso com ou sem restauração da continuidade do trato gastrointestinal, estando indicado em alguns casos selecionados como presença de tumores sincrônicos, doença inflamatória intestinal e cirurgia de emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 37 anos, procurou o consultório com história de diarreia, dor abdominal e perda ponderal (16kgs) nos últimos 4 meses. Sem patologias de base, tinha história familiar positiva para neoplasia do trato gastrointestinal. Realizada colonoscopia com biópsia que evidenciou lesão infiltrativa e ulcerada a 15 cm da borda anal, acometendo toda a circunferência do órgão, impedindo a passagem do aparelho (biópsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado). Após o estadiamento pré-operatório, o paciente foi submetido a proctocolectomia com anastomose íleo-cólica, tendo recebido alta hospitalar no sétimo pós-operatório. O anatomopatológico da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de retossigmóide (pT3N0) associado a linfeite e colite crônicas. Em 30 meses de seguimento o paciente encontra-se assintomático e livre de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: A Colectomia total tem seu papel bem estabelecido no tratamento do câncer colorretal quando há presença de alguma síndrome familiar ou apresentação de emergência. Considerando-se a agressividade da doença em adultos jovens e os bons resultados dessa técnica cirúrgica, ela deve ser indicada em casos selecionados como presença de doença inflamatória e impossibilidade de estudo de toda a extensão colônica.</p>	<p>ENXERTOS PARCIAIS DE PELE ASSOCIADOS A FECHAMENTO COM CURATIVO A VÁCUO EM CASO DE LINFANGITE CRÔNICA</p> <p>Júlia Lubaczwski dos Santos, Leonardo Oliveira da Silva, Lucas Pastori Steffen, Charlane Vasconcelos</p> <p><i>Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfedema é uma doença crônica que se manifesta pelo acúmulo de líquido intersticial e alterações teciduais ocasionadas por uma insuficiência da circulação linfática. Além do edema localizado, alterações gradativas no padrão histológico, como fibrose, aumento das células de gordura e diminuição da imunidade do local afetado podem determinar importantes repercussões funcionais e estéticas que alteram a qualidade de vida dos portadores da doença. O membro com linfedema pode desenvolver infecções bacterianas frequentes conhecidas com erisipelas. O processo inflamatório, ocasionado pelas infecções, piora o linfedema e agrava a fibrose tecidual o que aumenta o volume e o peso do membro e limita mais suas funções. A lesão típica da linfangite pode evoluir rapidamente para um estado mais grave com desenvolvimento de bolhas, úlceras e até necrose sobre a área lesionada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 44 anos, caminhoneiro, obeso; nega outras comorbidades. Refere ter notado o aparecimento de edema em membros inferiores desde muito jovem. Há cerca de 20 anos, conta ter se ferido em face lateral do membro inferior direito. Após esse episódio, relata ter notado o edema dos membros cada vez maior até o aparecimento de erisipelas bolhosas em ambas as pernas. Relata vários episódios parecidos ao longo dos anos. Internou, agora, com gangrena de membro inferior direito. Foi realizado debridamento do membro inferior direito e drenagem de abundante quantidade de líquido linfático compatível com quadro clínico de linfangite crônica. Posteriormente, foi realizado novo debridamento de áreas desvitalizadas de ferida da perna direita, excisão tangencial de tecido de granulação exuberante para planificação do leito da ferida, retirada de pele de espessura parcial da face anterior da coxa direita, implantação de enxertos parciais de pele ao leito receptor associado a fechamento com curativo a vácuo funcionante.</p> <p>DISCUSSÃO: O método de curativo a vácuo, escolhido nesse caso, é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se institui uma pressão negativa localizada e controlada, com o objetivo de estimular a granulação e a cicatrização mais rápida. Promove a vasodilatação arterial e, consequentemente, o aumento do fluxo sanguíneo nos tecidos. A remoção dos fluidos diminui o edema, a pressão intersticial e a colonização bacteriana, criando um ambiente úmido benéfico para a migração epitelial e a cicatrização. Além disso, a pressão negativa atrai os bordos da ferida ao centro, diminuindo dimensões.</p>
<p>PO 054-1</p> <p>O MANEJO DO ÍLEO BILIAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Uanda Beatriz Pereira Salgado, Victor Hugo Nunes de Oliveira, Mariany de Oliveira Gomes, Mariana Santos Pinto, Michaela Longoni Manfroi, Matheus Pedrosa Tavares, Natália Francis Gonçalves Farinha, Valéria Cardoso Pinto</p> <p><i>UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar (IB) é uma obstrução intestinal mecânica, causada pela passagem de um cálculo biliar dos ductos biliares para o lúmen intestinal, através de uma fistula bilioentérica (FB). A FB ocorre quando há episódios recorrentes de colecistite aguda, criando inflamação e aderências entre a vesícula biliar e o trato digestivo. O IB ocorre em 25% dos pacientes acima de 65 anos de idade. Os principais sintomas são: dor, distensão abdominal, náuseas, vômitos e icterícia. O padrão-ouro de diagnóstico é a tomografia computadorizada (TC), usando os critérios da Tríade de Rigler que consiste na presença de um cálculo radiopaco, pneumobilia e distensão de alças intestinais. O tratamento é cirúrgico e a abordagem pode ser em um estágio ou em dois estágios, que dependerão de vários fatores, entre eles da experiência do cirurgião, do tipo de suporte oferecido no local de atendimento e, principalmente, do estado geral do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: MLRM, feminina, 75 anos. Foi admitida no HRG com dor abdominal há 3 dias, acompanhada de vômito amarelado, inapetência e parada da eliminação de fezes e flatos. Ao exame físico, apresentava dor constante em hipocôndrio direito com irradiação para todo abdômen e icterícia (1/4+), negava febre. Como antecedentes, havia histórico de colelitíase, há 7 meses, hipertensão e diabetes. Submetida à TC de abdome, foi evidenciada FB com cálculo impactado na segunda para terceira porção do duodeno e dilatação gástrica e da primeira porção duodenal. Sem melhora clínica do quadro, foi submetida à laparotomia, que evidenciou quadro de IB com cálculo de 3 cm de diâmetro impactado no intestino delgado a 90 cm da válvula íleocecal causando dilatação à montante de delgado. Optou-se pela abordagem em um estágio, que consistiu na enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia, seguida de gastro-entero anastomose, cerclagem gástrica para correção da fistula, e colecistectomia. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e após internação na UTI devido alto risco de descompensação hemodinâmica, a paciente apresentou boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: O IB é uma comorbidade rara, com sintomas inespecíficos e intermitentes e para a diminuição da alta taxa de mortalidade e manejo adequado, deve ser feita a suspeita diagnóstica. Entretanto, não há técnica cirúrgica definitiva padronizada. A abordagem em um tempo é indicada quando o risco cirúrgico é baixo e a inspeção da via biliar é possível. Quando o paciente está grave e/ou apresenta importantes comorbidades é indicada a realização da enterolitotomia isolada com programação ambulatorial da cirurgia definitiva. Devido à idade avançada da paciente, optou-se pela cirurgia em um estágio para evitar uma segunda intervenção cirúrgica. Com esse, o risco de recorrência e a chance de desenvolvimento de carcinoma da vesícula biliar são reduzidos de 15 para 1%. Além disso, estudos comparativos demonstraram semelhante mortalidade, porém melhor estado geral dos paciente na cirurgia de um estágio.</p>	<p>PO 054-3</p> <p>INTERCORRÊNCIA EM ABDOMINOPLASTIA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ</p> <p>Débora Maria Neres de Almeida Souza, Letícia Figueiredo Bezerra, Laryssa Fernandes Rocha, Natália Francis Gonçalves Farinha, Rayssa Silva de Oliveira, Larissa Figueiredo Bezerra, Renato Sérgio de Medeiros Souza</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília (UCB) - TAGUATINGA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A abdominoplastia é um procedimento cirúrgico plástico que visa melhorar a estética abdominal. Todavia, podem ocorrer complicações, como em qualquer outra cirurgia. A anemia aguda é um exemplo. Entretanto, seu manejo pode ser que seja diferenciado em pacientes Testemunhas de Jeová.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 28 anos, Testemunha de Jeová, com cicatriz inestética, fruto de uma cesariana complicada com infecção da ferida cirúrgica há 9 meses. Foi submetida a uma abdominoplastia, apresentando abaulamento abdominal e drenagem de 300mL de sangue no 1º dia de pós-operatório. Foi feita uma reintervenção com retirada de 1300mL de sangue. A dosagem intra-operatória demonstrou 19% de hematócrito e 6,8g/dL de hemoglobina. O tratamento diário realizado foi eritropoietina subcutânea 4000UI, complexo B intramuscular 1 ampola, noripurum 1 ampola diluída em 500mL de soro fisiológico 0,9% e repouso absoluto. A paciente ficou internada por 10 dias, com débito dos drenos de 250mL de secreção sero-sanguinolenta nos 3 primeiros dias, que foi decaído e, no 7º dia, foi retirado com drenagem de menos de 50mL/24h. A paciente apresentou hematócrito de 29% no 30º dia e seguiu com boa cicatrização e sem intercorrências em todos os retornos.</p> <p>DISCUSSÃO: A perda de mais de 1300mL de sangue provocou um quadro de anemia aguda pós-hemorragica com dosagem de 19% de hematócrito e 6,8g/dL de hemoglobina. Todavia, o recomendado é de 36 a 46% de hematócrito e de 12 a 16g/dL de hemoglobina. Essa análise, associada à saturação e ao débito cardíaco, viabiliza a gravidade da anemia, uma vez que demonstra o quanto a oferta de oxigênio está prejudicada. Isso é explicado, pois a hipovolemia e a redução de hemoglobina geram uma diminuição da hematose, do armazenamento de oxigênio pelas hemácias, do transporte e da liberação do oxigênio para os tecidos, gerando, um quadro de hipóxia. Assim, com a perda de mais de 20% de sangue e presença de menos de 7g/dL de hemoglobina, a indicação médica seria de transfusão sanguínea por apresentar uma melhor resposta terapêutica. Entretanto, essa medida não é permitida por Testemunhas de Jeová. Pacientes dessa religião não admitem qualquer procedimento que haja administração de sangue, de concentrados de hemácias, de leucócitos, de plasma e de plaquetas. Contudo, a ministração de albumina, imunoglobulinas, preparados para hemofílicos, preparados de fibrina, eritropoietina, transplante de órgãos, autotransfusão intra-operatória em circuito fechado, circulação extracorpórea, hemodilúse e hemodiluição, todos sem armazenamento de sangue, são decididas por cada fiel. Portanto, nos casos em que há necessidade de transfusão, o médico fica entre a Constituição Federal que dá o direito à religião ao paciente e o Código de Ética Médica que afirma o seu dever de salvar vidas. Diante da recusa da paciente em receber sangue e da sua assinatura da declaração se responsabilizando pelos possíveis riscos, o médico seguiu com o tratamento alternativo citado.</p>

PO 055-1	PO 055-2
<p>DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA PARA CORREÇÃO DE ESTENOSE DAS VIAS BILIARES POS-TRANSPLANTE HEPÁTICO</p> <p>DOUGLAS SILVA OLIVEIRA, LUÍZA SOARES GALVÃO, JHONATAN MATHEUS MENDONÇA DOS SANTOS</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Ducto Colédoco é um canal em que transporta a biliar, que é sintetizada pelo fígado, e a sua estenose prejudica o transporte e, consequentemente, a função efetiva desse fluido em seu órgão alvo. Esse trabalho tem como objetivo descrever um caso cirúrgico de Derivação Biliodigestiva para correção de Estenose da Anastomose do Colédoco após transplante hepático.</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.S. 62 anos, sexo feminino, procedente de Fortaleza/CE, natural de Coratá/MA, aposentada, solteira, católica chega sem queixas ao hospital para fazer exames de acompanhamento. Paciente possui Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e nega outras comorbidades, tabagismo e etilismo. Na história progressiva, realizou transplante hepático há oito meses por conta de Hepatite C, sem intercorrências. Ao realizar o exame de acompanhamento pós-transplante hepático Colangiorrressonância Magnética, evidenciou estenose da anastomose do colédoco, na via biliar, após apresentar falha do enchimento do colédoco, medindo cinco milímetros, ao nível da anastomose entre doador e receptor, determinando moderada ectasia do colédoco a montante e leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas, sendo encaminhada então para tratamento cirúrgico nesse serviço com classificação de risco baixo. Paciente reagiu bem ao tratamento cirúrgico, tendo que ficar de repouso na Sala de Repouso 4 dias pós-cirurgia. Ao receber alta, a paciente terá que realizar dieta alimentar consumindo alimentos com baixo teor de gordura (lipídios) até recuperação total, que deve ocorrer em 3 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso se torna interessante de ser apresentado, pois as complicações biliares pós-transplante hepático acometem entre 6-40% dos pacientes, sendo mais frequentes após o transplante intervivos, de acordo com artigo publicado na revista Endoscopia Terapêutica com base em 6 artigos internacionais se referindo ao problema apresentado.</p>	<p>TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN: UM RELATO DE CASO</p> <p>André Adler Batista Paulino, João Marcos Santos Da Silva, Andressa Milena dos Santos Rocha, Natali Pires Mendes, Dam Rodrigues Mariano, Lucas Reis Angst, Fernanda Fancinani Medeiros Bezerra, Cintia de Solza Improta</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Condiloma Acuminatum Gigante, conhecido como Tumor de Buschke-Lowenstein apresenta-se clinicamente como uma lesão tumoral extensa na região genital, anal e/ou perianal, devido ao excessivo crescimento epitelial com aspecto de couve-flor. É um tumor de crescimento lento, mas, ao contrário do condiloma simples, é localmente agressivo e destrutivo, ocorrendo em 40-60% dos casos, a transformação maligna. O presente relato busca pormenorizar o caso de uma paciente do sexo feminino, HIV negativo, que apresentava sangramento, saída de secreção purulenta e lesão com aspecto vegetante em região perianal com transformação maligna para carcinoma espinocelular.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 60 anos, proveniente de Cruzeiro do Sul-AC. Entrada no serviço de coloproctologia em 27 de novembro de 2017, tabagista (50 maços/ano), queixa-se de "verruga" em região perianal há cerca de três anos, com aumento de tamanho para a região genital e inter-glútea, com prurido, sangramento e dor e dificuldade na evacuação. Encaminhada para Rio Branco-AC. Negou febre, perda ponderal. Exame físico: lesão em região genital vegetante nos grandes lábios, região perianal e inter-glútea. Biópsia da lesão com resultado anatomopatológico de Lesão Intraepitelial de Baixo Grau, associado à colicitose, com margens cirúrgicas livres de lesão. Ressonância magnética de pelve mostrou extensa lesão expansiva/infiltrava ocupando o canal anal, com extensão para a fossa isquial anal à esquerda. Invasão da musculatura esfinteriana até a pele/tela subcutânea na região perianal. Após o resultado anatomopatológico e condições próprias da paciente em realizar curativo extra-hospitalar, optou-se por alta hospitalar e acompanhamento com a oncologia e a radioterapia no Hospital do Câncer de Rio Branco-AC.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) está associado ao HPV, é raro e é sempre precedido de condiloma acuminado. É caracterizado por reincidência e potencial de transformação maligna. De 40 a 60% dos casos inicialmente diagnosticado com condiloma gigante evoluem para carcinoma espinocelular CEC. A paciente do caso se enquadra nessa porcentagem. A abordagem do TBL perianal é a excisão cirúrgica radical. Pacientes com lesões extensas e secreção purulenta exigem uma colostomia temporária. Comprometimento do procedimento cirúrgico predispõe a recorrência local. Estudos defendem a ressecção abdominoperineal (RAP) em casos de infiltração de músculos do esfíncter ou do reto. No câncer de canal anal clássico, o papel da quimioterapia e da radioterapia é bem estabelecido e a abordagem combinada é superior à RAP em termos de sobrevivência sem colostomia permanente, com muitos pacientes mantendo boa função anal. A paciente relatada, após o diagnóstico foi para tratamento com quimioradioterapia e acompanhamento da resposta terapêutica, para levar em consideração a necessidade de ressecção cirúrgica como complementação.</p>
<p style="text-align: center;">PO 056-2</p> <p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE RETO DISTAL: RELATO DE CASO</p> <p>Luciana Ayres de Oliveira Lima, Isa Maryana Araújo Bezerra de Macedo, Romualdo da Silva Corres</p> <p><i>LNRCC - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores estromais do trato gastrointestinal (GISTs) são neoplasias raras, representando apenas 1% de todas as neoplasias do sistema digestivo. Os sítios mais comuns são o estômago, intestino delgado e cólon. Apenas 3% dos casos acomete o reto. É mais comum em maiores de 60 anos e sua apresentação clínica depende da região acometida, podendo ser assintomática, com sangramento oculto, dor abdominal ou obstrução intestinal. Diante disso, objetiva-se relatar um caso avançado de GIST de reto distal.</p> <p>RELATO DE CASO: RSA, feminino, 43 anos, buscou atendimento médico com queixa de alteração de hábito intestinal há 5 meses, associado à hematoquezia e perda ponderal. Ao exame físico, apresentou massa palpável em hipogástrio, móvel e indolor, e, ao toque retal, lesão vegetante em reto distal. Apresentou anatomopatológico (AP) benigno de colonoscopia realizada 2 meses antes da consulta. Foram solicitados exames para investigação, sendo submetida a biópsia da lesão, cujo AP evidenciou neoplasia de células fusiformes. Foi solicitado IHQ, que evidenciou GIST, com índice de proliferação celular (ki-67) de 10% e positividade para c-KIT, CD34, Caldesmon e DOG. A RNM de pelve revelou formação expansiva sólida e encapsulada, com origem na parede anterior do reto inferior e extensão para espaço retovaginal, medindo 8,0x7,0x6,5cm. Estadiada como T4NxMx, foi submetida à neoadjuvância com Imatinib, e, após resposta terapêutica, submetida a retossigmoidectomia abdominal, excisão total de mesorreto e ileostomia. Após 4 meses foi realizado fechamento da ileostomia e, atualmente, está em tratamento adjuvante com Imatinib.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um caso raro de tumor de reto em paciente de faixa etária atípica. Devido a baixa incidência, os perfis clinicopatológicos de GIST retal ainda não foram caracterizados com precisão. No entanto, o diagnóstico depende da análise molecular e da IHQ, nos quais haverá positividade para protooncogene KIT e CD34 na maioria dos casos. O prognóstico pode ser definido de acordo com o tamanho do tumor (> 5cm), ki-67 (> 5) e presença de metástase, imprescindíveis para definição terapêutica. No caso relatado, observa-se que a descoberta do protooncogene KIT foi fundamental para a definição da terapia, permitindo o uso de inibidores de tirosina quinase, o Imatinib. Esse fármaco está reservado para pacientes com GIST avançado, no tratamento pós-operatório de tumor adjuvante de alto risco ou em casos de ressecção cirúrgica incompleta. Autores sugerem que ainda é necessária maior evidência da eficácia no cenário neoadjuvante. Apesar disso, acredita-se que o Imatinib pode aumentar a ressecabilidade do GIST maligno inoperável e pode permitir momento cirúrgico ideal, especialmente quando objetiva-se preservar o esfíncter anal, observado no caso relatado. Desse modo, conclui-se que o diagnóstico preciso, seguido de definição terapêutica adequada, é fundamental para um bom prognóstico e maior chance de cura, com melhor qualidade de vida.</p>	<p style="text-align: center;">PO 057-1</p> <p>ISQUEMIA DO COTO GÁSTRICO APOS GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA-RELATO DE CASO</p> <p>ANA PAULA CORRÊA DE BARROS, VITOR HOLZHAUSEN RAMOS, DIEGO PINHEIRO MATHIAS, ANDRE LUIZ MOREIRA SOARES, EMILY ALVES BARROS, ALEXANDRA MESSA CIRLINAS, RONALDO ELIAS CARNUT REGO, MARCO ANTONIO BASSI</p> <p><i>HOSPITAL IPIRANGA/ UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - sao paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade principalmente por ter diagnóstico tardio e comportamento agressivo. No Brasil é responsável por 4% das mortes por câncer/ ano. Na década de 80 o tratamento cirúrgico de tumores da cabeça do pâncreas e periampulares era associado à elevada morbimortalidade. O aumento da experiência dos cirurgiões, avanços das técnicas cirúrgicas, melhorias nos cuidados pré, intra e pós-operatórios, mudaram esse cenário e tornaram a cirurgia parte fundamental do tratamento. Dentre as complicações mais frequentes encontramos a fístula pancreática, infecções de ferida operatória, sepse, hemorragias, estase gástrica e pneumonia. Os autores relatam uma complicação raramente descrita e reforçam a importância da determinação da conduta frente à deterioração clínica do paciente</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente GM, 65 anos, masculino, com quadro de icterícia progressiva, sensação de plenitude pós prandial e perda ponderal de 8 kg em 3 meses. Exames: CEA: 2808, CA 19.9: 1250. Ressonância revela cisto na cabeça do pâncreas medindo 30x22x18 mm. Ecoendoscopia e CPRE: imagem anecoica 27 mm apresentando no seu interior componente sólido. Anatomopatológico: neoplasia cística mucinosa. O paciente foi submetido a gastroduodenopancreatocetomia. Realizado secção dos vasos gastroduodenais, gastroepiploicos direitos e pancreatoduodenais e antrectomia ao nível de terceiro vaso da pequena curvatura. Confeccionadas anastomoses pcreatojejunal do tipo invaginação, hepaticojejunal, gastrojejunal em alça única. Diagnosticada fístula pancreática no 3º dia de pós – operatório pela dosagem de amilase do dreno. No 5º dia pós operatório apresentava-se estável hemodinamicamente, sem dor , porém evoluiu com distensão abdominal, taquipneia, queda do estado geral e drenagem volumosa de secreção pela ferida operatória com aspecto semelhante a do dreno. Optada por reabordagem cirúrgica que evidenciou anastomoses íntegras e presença de necrose do segmento distal do coto gástrico. Realizada degastrectomia com ressecção do segmento isquêmico. O Paciente evoluiu bem e recebeu alta no dia 20 dia de pós- operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre as morbidades, a fístula pancreática ocorre em cerca de 20 % dos casos. O paciente em questão teve diagnóstico de fistula classificada como grau A, tratada conservadoramente com sucesso o que corrobora com a literatura. A isquemia pós-operatória é rara porém está associada a taxas elevadas de mortalidade. Pode ocorrer devido a estenose preexistentes, lesão intraoperatória e trombose. Esta foi a principal suspeita diagnóstica no caso relatado, uma vez que o paciente apresentou focos de infarto esplênico em tomografia de controle. O estudo mais detalhado pré-operatório da vascularização, a manutenção da estabilidade hemodinâmica e cuidado no uso de aminas vasoativas podem minimizar as complicações. A determinação da reabordagem cirúrgica precoce baseada no quadro clínico do paciente teve implicações satisfatórias no desfecho do caso.</p>

PO 057-2	PO 058-2
<p>TUMOR NEUROENDOCRINO DE RETO ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA COM CARCINOMATOSE PERITONEAL</p> <p>José Antonio Nunes Razia, Franciele Pereira Madeira, Guilherme Fantoni Tasquetto, Fellipe Debona, Leonardo Lanes Silveira, Leonardo Kratzig Zuchetto, Leonardo Costa Beber Copetti, Maurício Suarez Pinto</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - SANTA MARIA - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) constituem uma parcela pequena dentre as neoplasias, sendo responsáveis por somente 0,49% de todos os tumores malignos. No trato gastrointestinal, a maior parte ocorre no intestino delgado (41,8%), seguido por reto (27,4%) e estômago (8,7%). São derivados das células de Kulchitsky, as quais revestem os tratos respiratório e gastrointestinal. O diagnóstico se dá pelo de estudo de imunohistoquímica, através dos marcadores colorretina de baixo peso, sinaptofisina e cromogranina A.</p> <p>RELATO DE CASO: J.C.D. masculino, 55 anos, hipertenso, cardiopata isquêmico, AVCi sem sequelas em 2017, ex-tabagista, chega ao serviço com queixas de dor ao evacuar, constipação, inapetência e perda ponderal de 4kg em 1 mês. Foi submetido a colonoscopia, evidenciando-se lesão infiltrativa no reto e pólo sub pediculado em sigmoide distal. À biópsia, evidenciou-se infiltração por neoplasia epitelial com células em anel de sinete. O material foi enviado ao estudo imunohistoquímico, o qual permitiu afirmar que, além dos marcadores usualmente positivos em neoplasias primárias colorretais, a neoplasia mostrou positividade difusa para os marcadores neuroendócrinos testados, com índice proliferativo relativamente alto. Foram solicitadas TC e RM para complementação da investigação, descrevendo espessamento assimétrico da parede do reto, com imagem grosseiramente nodular, medindo cerca de 2,9cm e sinais de invasão mesorretal até o nível da fásica e nova colonoscopia, confirmando lesão retal a 10cm da margem anal. Durante laparotomia, foram identificadas tumorações em ceco, sigmoide e reto, além de múltiplos implantes tumorais em intestino delgado e carcinomatose peritoneal, sendo ressecada a lesão de sigmoide e realizada colostomia e biópsia de lesão carcinomatosa. As peças foram enviadas ao estudo microscópico, sendo descritas as lesões de intestino delgado e implantes peritoneais como adenocarcinoma. Encaminhado à oncologia para seguimento de tratamento, estando no momento realizando quimioterapia com FOLFOX.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores neuroendócrinos constituem tipo histológico raro dentre as neoplasias de trato gastrointestinal. Ademais, associados a adenocarcinoma concomitante como no caso reportado, não há relato na literatura médica atual. O manejo dos TNEs é desafiador e complexo devido à sua grande heterogeneidade. Neste caso, devido ao estadiamento avançado do tumor, a ressecção cirúrgica curativa não foi possível, sendo o paciente encaminhado ao acompanhamento clínico com a oncologia para tratamento paliativo.</p>	<p>COLONOSCOPIA DESCOMPRESSIVA NA SINDROME DE OGILVIE</p> <p>Marcus Vitor Nunes Lindote, Rodrigo Rezende Silva Cabral, Magno Giovanni Zanellato, Bruno Durante Alvarez, Carolina Kauling Dagnoni, Cassia Hideko Nagaya, Rafael Spinola Barbosa, Felipe Guilherme Mann</p> <p><i>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pseudo-obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie) é uma desordem caracterizada pela dilatação aguda do cólon na ausência de lesões obstrutivas. Ocorre usualmente em pacientes hospitalizados, associado à trauma, infecções e doenças cardíacas. Acomete principalmente homens com idade acima de 60 anos. O mecanismo preciso é desconhecido, porém sua associação com trauma, raquianestesia, e fármacos sugerem uma disautonomia do sistema nervoso central. A interrupção das fibras parassimpáticas de S2 a S4 leva à atonia distal do cólon e uma obstrução funcional proximal. Nesses pacientes, o aumento do diâmetro cecal eleva a tensão na parede colônica e leva à risco de isquemia e perfuração. Em algumas séries de casos, todos os paciente com diâmetro acima de 12cm perfuraram, em comparação com 3-17% daqueles <9 cm. Entretanto, a duração da dilatação é, provavelmente, mais importante que o diâmetro do cólon e estima-se o ponto crítico de 6 dias. Seu manejo inicial é conservador naqueles sem dor abdominal significativa, dilatação extrema (>12 cm) ou sinais de peritonite. Aqueles que falham a terapia conservadora são candidatos à neostigmina, com taxa de sucesso em até 89%. O uso da colonoscopia descompressiva é reservada ao insucesso da neostigmina ou nos pacientes com contra-indicação ao fármaco.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 83 anos, diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca classe IV, FA, dislipidemia, aneurisma aorta abdominal, laparotomia prévia por úlcera gástrica perfurada, deu entrada no pronto-atendimento com quadro de IC descompensada. No 9 dia de internação em UTI começou a apresentar distensão abdominal progressiva e parada de eliminação de gases e fezes. Tentou-se tratamento clínico com jejum e sonda nasogástrica, correção de distúrbios hidroeletrólíticos, procinéticos, sem sucesso. Discuti-se, então, a utilização de neostigmina, porém descartado pelo alto risco cardiológico e uso de beta-bloqueadores. Optou-se, então, pela colonoscopia descompressiva. O procedimento foi realizado sem preparo pelo risco do agravamento da distensão e ruptura do ceco, utilizando-se etomidato como indução anestésica. Durante a colonoscopia, houve saída de grande quantidade de ar após cada transição anômica, atingindo-se o ceco. O aparelho foi retirado com aspiração contínua do ar colônico. Não foi deixado sonda retal pela dificuldade técnica e ausência de material adequado. Imediatamente ao ato, já era possível observar diminuição da tensão na parede abdominal. Na radiografia realizada após 12h, verificou-se redução importante no diâmetro cecal, e resolução completa do quadro após 48h.</p> <p>DISCUSSÃO: Há uma sequência terapêutica antes da colonoscopia descompressiva, inclusive com altas taxas de sucesso, o que torna a sua utilização mais restrita. A descompressão endoscópica, nesse caso, evitou a abordagem mais invasiva em um paciente com alto risco cirúrgico, com uma resposta clínica excepcional. Apesar do risco aumentado de perfuração, há benefício inegável em sua prática.</p>
<p>PO 058-3</p> <p>SINDROME DE FOURNIER - UM RELATO DE CASO COM DESFECHO FAVORAVEL EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DE RONDONIA</p> <p>Carolline Araujo Bertan, Joridalma Graziela Rocha Rossi e Silva, Carolina De Paula Melo, Victor Dall Aglio De Ornellas, Robson Denis De Almeida Miranda, Celso Jandir Smaniotto</p> <p><i>FACIMED - CACOAL - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma fasciíte necrotizante com predomínio em homens e tendem a atingir de 2a e 6a décadas de vida, com comorbidades predisponentes como: diabetes mellitus, obesidade e desnutrição. É uma infecção polimicrobiana ocasionada por bactérias aeróbicas e anaeróbicas que agem em sinergismo levando a ação patogênica, propiciado por uma endarterite obliterante causando trombose vascular subcutânea e necrose de tecidos que determina o quadro, de evolução rápida e progressiva,agredindo região perineal, perianal e genital. Após confirmado o caso, a antibioticoterapia de largo espectro e drenagem ampla são bases para a intervenção precoce. Tal relato objetiva descrever a utilização do retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa para a reconstrução escrotal secundária ao tratamento cirúrgico de síndrome de Fournier.</p> <p>RELATO DE CASO: G.G., 46 anos, sexo masculino, obeso, sem comorbidades. Com história de tumoração perineal de início há dez dias, que evoluiu com dor perianal irradiando para hipogastro, apresentando hiperemia que se espalhou pela bolsa escrotal e edema com queda do estado geral e febre. Devido à piora sintomatológica foi encaminhado para hospital de urgência e emergência da região com presença de necrose em região escrotal e perineal, medindo cerca de 15cm, com drenagem de grande quantidade de secreção purulenta de odor fétido. Realizado amplo desbridamento cirúrgico do tecido necrótico de toda a bolsa escrotal com exposição testicular. Instaurou-se tratamento por 17 dias com Ceftriaxona 2g/dia e Clindamicina 2,4g/dia. A região perineal evoluiu com melhora do aspecto das lesões, áreas com boa vitalidade, sem secreção ou necrose. Após avaliação da cirurgia plástica, foi submetido à enxertia com retalho de coxa fasciocutâneo súpero-medial bilateral com rotação e acomodação do mesmo. O tempo entre a admissão e o final dos procedimentos reconstitutivos foi de 18 dias. A técnica cirúrgica, associado a antibioticoterapia de amplo espectro, foi eficiente, obtendo bom resultado e abreviando o tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: Por ser uma infecção grave e de evolução rápida, medidas precoces e bem pensadas devem ser tomadas. Neste relato o desbridamento de todo o material necrótico foi realizado e conduzido o controle da infecção, respeitando o tempo de granulação do tecido sadio para empreender a reconstrução. Para seu tratamento três aspectos devem ser considerados: a cicatrização da ferida, a manutenção da função e a recuperação estética. Em razão de ser a uma lesão extensa, o retalho súpero-medial da coxa mostra-se como ótima opção por ser semelhante ao tecido primário, amplamente vascularizado o que é seguro até mesmo em diabéticos, simples execução técnica e com bons resultados estéticos e funcionais, garantindo melhora da autoestima e da qualidade de vida do paciente.</p>	<p>PO 059-1</p> <p>CIRURGIA DE LONGMIRE EM COLANGIOCARCINOMA PERI-HILAR: RELATO DE CASO</p> <p>José Miguel da Silva Maciel Júnior, Matheus Castrillon Rassi</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Colangiocarcinomas (CCA) são tumores malignos do epitélio biliar. Quando localizados na confluência dos ductos hepáticos são de Tumor de Klatskin (TK)¹, que constituem 50-70% de todos os CCAs². O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de TK, abordando o efeito paliativo do tratamento realizado, a Cirurgia de Longmire (Colangiojejunostomia), relacionando os aspectos relatados com o dados obtidos a partir da literatura. O caso foi conduzido no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), e os dados foram coletados do prontuário da paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 46 anos de idade, em janeiro de 2015 iniciou quadro de icterícia indolor, prurido e emagrecimento, quando foi admitida pelo serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC-UFG. Nessa ocasião foi solicitada Ressonância Nuclear Magnética de Abdome (RM-ABD), que revelou formação expansiva sólida infiltrativa na confluência dos ductos biliares direito e esquerdo, compatível com TK, e lesão sólida infiltrativa no segmento V do fígado, sugestiva de implante secundário. Os exames complementares da paciente mostravam CA 19/9 de 3144 UI/ml, Bilirrubina Total de 28,2 mg/dl e Bilirrubina Direta de 15 mg/dl. Foi submetida a Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada para drenagem de vias biliares, porém sem sucesso. Em maio de 2015 foi submetida à laparotomia exploradora, quando foi feito o diagnóstico de Neoplasia de Klatskin tipo Bismuth II, e no intra-operatório o tumor foi considerado irressecável devido a infiltração vascular na veia porta e na artéria hepática comum. Optou-se então pela Cirurgia de Longmire (CL) pelo segmento hepático II, e o material foi enviado para análise anatomo-patológica. Após o procedimento cirúrgico, paciente apresentou melhora do quadro de icterícia obstrutiva e queda nas taxas das bilirrubinas. O resultado anatomopatológico evidenciou colangiocarcinoma altamente diferenciado.</p> <p>DISCUSSÃO: Perante um quadro de icterícia indolor, prurido e perda ponderal, a hipótese de TK deve ser valorizada³. Diante dessa situação clínica, associada aos resultados da RM-ABD e do CA 19-9, o diagnóstico de TK pode ser confirmado⁴. O tratamento paliativo objetivando alívio do quadro de colestase com a CL é efetivo, conforme dados obtidos a partir da literatura⁵ e em conformidade com o caso relatado.</p>

PO 059-3	PO 060-1
<p>O USO DO RETALHO V-Y PARA A RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL: RELATO DE CASO</p> <p>Alyne Suellen Silva Pedrosa, Isis Holanda Pinheiro Vilela, Danielle Karla Alves Feitosa, Rodrigo Carvalho de Oliveira Macedo, Renata Valadão Bittar, Felipe Camilo Santiago Veloso, Antônio Carlos Barros Lima Júnior, Anna Cristina de Freitas Coelho Barros Lima</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - UNIT; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL - Maceió - Amapa - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A anatomia singular do nariz, associada à sua relevância funcional e estética, torna sua reconstrução um desafio para a cirurgia plástica. Perdas de substância nasal são recorrentes após ressecções tumorais, a exemplo do carcinoma basocelular (CBC). As subunidades nasais mais frequentemente acometidas são a asa e o dorso. Os lóbulos de asa nasal são comuns na prática cirúrgica e existem inúmeras técnicas disponíveis para a sua reconstrução, destaca-se entre elas o retalho de avanço em V-Y.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 72 anos, leucoderma, apresentou uma lesão pigmentada, com bordas irregulares, infiltrativas e pouco ulcerada em asa nasal esquerda. Realizou-se delimitação da área tumoral a ser ressecada com verde brilhante, um corante biocompatível, respeitando-se as margens de segurança preconizadas na literatura, seguida de infiltração de xylocaina a 2% com vasoconstritor. Posteriormente, demarcou-se um retalho em V-Y, onde o vértice do V foi posicionado sobre o sulco nasogeniano, objetivando minimizar a cicatriz, e sua base, de largura semelhante à do defeito, voltada para a área cruenta da ressecção tumoral. O avanço do retalho se faz por deslizamento e o fechamento da área doadora ocorre em forma de "V-Y". Após o posicionamento do retalho foram feitos dois pontos percutâneos, a fim de preservar o sulco da asa nasal para um melhor resultado estético. A paciente evoluiu com um resultado cosmético e funcional satisfatório na área abordada.</p> <p>DISCUSSÃO: O CBC é o tipo de tumor não melanoma mais prevalente na face de indivíduos de pele clara frequentemente expostos à radiação solar. O tratamento de escolha constitui na ressecção operatória, com margens livres, seguida de reconstrução imediata. Existem diversas possibilidades para a reconstrução nasal após ressecções tumorais, dentre elas, destacam-se os retalhos locais que constituem uma alternativa extremamente útil por apresentarem cor, textura e espessura semelhantes às dos tecidos da área receptora e por sua execução relativamente simples. O retalho de avanço do tipo V-Y, de pedículo subcutâneo, oferece uma opção satisfatória para correção de defeitos da asa nasal ao apresentar um melhor resultado estético-funcional através do deslizamento tecidual anterior do retalho em forma de V, proporcionando uma diminuição da tensão na área do defeito ocasionado pela ressecção tumoral. Optou-se, no caso em questão, pela confecção de pontos percutâneos no retalho, objetivando um refinamento estético através da preservação do sulco que delimita a asa nasal, resguardando a naturalidade facial, minimizando, desta forma, o estigma pós-operatório.</p>	<p>FISTULA COLECISTOCUTANEA ESPONTANEA: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA COLECISTITE CRONICA</p> <p>Rayza Noronha de Almeida Fernandes, Carolina Sant' Anna Tavares, Thales Penna Carvalho, Jaime Enrique Duran Bustamante, Gláucia Campos Resende, Carlos Henrique Cardoso Teixeira, Sara Wolosker, Fernando Antonio Parahyba de Andrade</p> <p><i>Hospital Municipal Miguel Couto - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula colecistocutânea é uma complicação rara da colecistopatia calculosa crônica. Consiste em uma comunicação entre a vesícula biliar e a pele devido a um processo inflamatório crônico, normalmente secundário a litíase biliar. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada são os métodos diagnósticos de escolha. O tratamento dependerá das condições clínicas do paciente. São observadas principalmente em mulheres entre a quinta e sétima década de vida, refletindo o aumento na incidência de litíase biliar e neoplasias de vesícula nesta faixa etária.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo feminino, 85 anos, negra, obesa, hipertensa, procurou emergência com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito há 3 meses, queda do estado geral, náuseas e vômitos, e apresentava orifício em região subcostal direita com drenagem espontânea de secreção biliar, associado a extenso abscesso local. Estava icterícia, desidratada e afebril. Sem sinais de irritação peritoneal. O laboratório de admissão apontava 18.400 leucócitos/μL (21% de bastonetes) e aumento de bilirrubinas (total=1,84; direta=1,04 mg/dL). A tomografia de abdome evidenciou espessamento da parede da vesícula biliar e comunicação desta com a parede abdominal adjacente, além de dois cálculos de aproximadamente 2,0 cm cada em tecido celular subcutâneo permeados por líquido. Observou-se também dilatação de vias biliares e presença de coledocolitíase distal. A paciente foi internada com antibioticoterapia venosa e submetida à exploração cirúrgica, com extração dos dois cálculos e drenagem de pus do subcutâneo e do espaço sub-hepático, bem como biópsia de fragmento da vesícula. Apresentou boa evolução pós-operatória, sendo submetida a seguir a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, com identificação de cálculo coledociano, não passível de extração devido ao seu tamanho. Optou-se por esfincterotomia e colocação de prótese biliar plástica. Recebeu alta em bom estado geral e assintomática 47 dias após a admissão. No momento, em acompanhamento ambulatorial. Encontra-se com cinco meses de operada, sem queixas, anictérica e com orifício de drenagem cicatrizado. Histopatológico de fragmento de vesícula biliar: processo ulcerativo agudo com tampão fibrino-leucocitário e pigmento de aspecto litíaseo.</p> <p>DISCUSSÃO: A fistula colecistocutânea foi descrita pela primeira vez em 1670 e nas últimas décadas, menos de cem casos foram relatados na literatura. Com métodos diagnósticos mais eficazes, antibioticoterapia de amplo espectro e abordagem cirúrgica precoce, o número de casos entrou em declínio. O tratamento depende da avaliação clínica de cada paciente. No presente caso, com o fato de a paciente ser idosa e apresentar condições clínicas não favoráveis, associado à coledocolitíase, optou-se por não realizar a colecistectomia. Em pacientes com menor risco cirúrgico, a colecistectomia deve ser tentada.</p>
<p>PO 060-2</p> <p>TRATAMENTO DE CISTO PILONIDAL EXTENSO POR TECNICA EPSIT</p> <p>VANESSA KARLINSKI VIZENTIN, BARBARA WIESE, ISABELLA DE OLIVEIRA, GABRIELA APARECIDA SCHIEFLER GAZZONI, BRUNO LORENZO ESCOLARO, FANGIO FERRARI, GUSTAVO BECKER PEREIRA</p> <p><i>UNIVALI - ITAJAÍ - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto pilonidal é um processo inflamatório crônico que ocorre mais frequentemente na região sacrococcígea, devido à associação com pelos nessa topografia. (MENDES et al, 2015). A doença é mais comum em homens, com uma incidência de 3:1, devido ao hirsutismo natural do gênero masculino, e ocorre geralmente na terceira década de vida. (MENDES et al, 2015). O tratamento para cisto pilonidal é essencialmente cirúrgico. Excisão clássica ampla com fechamento por segunda intenção, sutura primária com fechamento lateral ou medial da ferida continuam sendo os procedimentos cirúrgicos mais comuns, porém estes estão associados a taxas de recorrência altas além de desconforto pós-operatório significativo. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e ambulatoriais, capazes de garantir custo reduzido para internação hospitalar e consequente diminuição da morbidade devem ser mais frequentemente consideradas, tais como a técnica EPSIT. (MEINERO et al, 2019)</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, hígido, 18 anos, com histórico de cisto pilonidal extenso em sulco interglúteo associado a trajetos fistulosos, secreção purulenta contínua e abscessos de repetição. Foi submetido a tratamento cirúrgico pela técnica EPSIT devido a extensão e complexidade da lesão. A cirurgia ocorreu em regime ambulatorial sob raqui anestesia e os acompanhamentos foram semanais até a oitava semana pós-operatória. O paciente evoluiu satisfatoriamente, com cicatrização das lesões, sem necessidade de grandes incisões ou retalhos.</p> <p>DISCUSSÃO: Com os avanços tecnológicos e surgimento de procedimentos minimamente invasivos, em 2012 Meinerer e colaboradores iniciaram um estudo que em 2014 rendeu a publicação da abordagem de Tratamento Endoscópico de Cisto Pilonidal (Endoscopic Treatment of Pilonidal Cysts - EPSIT). (MEINERO, MORI, GASLOLI, 2014) O procedimento ocorre sob anestesia local ou raquidiana, usando o fistuloscópio Meinerer. Em seguida, é realizada pequena incisão para introdução do fistuloscópio Meinerer, permitindo visualização direta da anatomia, uma das principais características inovadoras da técnica pois permite definição da área a ser tratada, remoção de pelos e tecidos desvitalizados, bem como a cauterização do tecido inflamado. (MEINERO, MORI, GASLOLI, 2014) (MENDES et al, 2015). A técnica de EPSIT é um procedimento minimamente invasivo comparada a outras técnicas que demonstra bons resultados até o momento, resultando em pouca agressão aos tecidos envolvidos. As vantagens do método envolvem o retorno precoce às atividades, resultados estéticos satisfatórios e menos dor no pós-operatório, quando comparada aos outros procedimentos. (MENDES et al, 2015)</p>	<p>PO 061-1</p> <p>COLANGIOPATIA POR HIV MIMETIZANDO COLANGIOCARCINOMA</p> <p>CELINA PEREIRA HALLAL, FRANCINE MATTIELLO DE BRITO, CELSO PAGANELLA JR, ANA MARIA STAPASSOLA VARGAS GARCIA</p> <p><i>Grupo Hospitalar Conceicao - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colangiopatia relacionada ao HIV é uma entidade de amplo espectro clínico. Apresenta-se predominantemente em pacientes com CD4 inferior a 100 cells/microl, e desde o advento da terapia antirretroviral, sua incidência vem diminuindo, e atualmente é desconhecida. A etiopatologia é variável; predominam as causas infecciosas, notadamente <i>Cryptosporidium parvum</i>, mas em 20-40% dos casos, nenhum patógeno é isolado. As lesões também podem se dever ao próprio efeito citotóxico do HIV e aos parafiteos das drogas antirretrovirais. Raramente ocorre como manifestação inicial da síndrome de imunodeficiência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente branco do sexo masculino, 44 anos, interna via emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição devido a Ictericia, aumento de volume abdominal, colúria e acolia. Paciente ex-tabagista, ex-etilista, ex-usuário de crack. História prévia de hepatite B há cerca de 15 anos, sem acompanhamento regular. Realizados exames laboratoriais, compatíveis com quadro colestatístico e sorologias, estas confirmando a cura da hepatite B e com positividade para o vírus da imunodeficiência humana (Paciente sem diagnóstico prévio). Investigação posterior demonstrou contagem de células CD4+ de 87 células/microl. Ultrassonografia externa evidenciava dilatação de via biliar associada a cálculo obstrutivo em infundíbulo. Foi procedida investigação com tomografia de abdome e colangiografia que demonstrava dilatação de vias biliares intra-hepáticas com redução abrupta do calibre das mesmas no nível do hilo hepático, onde se identificava lesão hipodensa com cerca de 1,4cm, sugerindo colangiocarcinoma. Associado, havia espessamento leve de ducto hepático comum, distal a lesão. A lesão comprometia ducto hepático direito. Pela localização da lesão, não foi possível realizar biópsia. Sorologias para criptococose negativas e para citomegalovírus positivas (IgG e IgM). Iniciou terapia antirretroviral com lamivudina, tenofovir e dolutegravir, recebendo alta para manter acompanhamento ambulatorial com cirurgia oncológica, medicina interna e infectologia. Apresentou boa aceitação da terapia antirretroviral e evoluiu com melhora do quadro de colestase. Em colangiografia realizada um mês após a alta, houve importante redução da área de espessamento parietal, permanecendo tênue redução do calibre e leve ectasia das vias biliares à montante. Paciente não voltou a apresentar novos sintomas de colestase.</p> <p>DISCUSSÃO: O acometimento da via biliar pelo HIV não é incomum, mas em raras ocasiões é a manifestação inicial da AIDS, impondo-se como diagnóstico diferencial em pacientes soropositivos. Inicialmente foi considerada a possibilidade de tratar-se de Colangiocarcinoma, que implicaria em uma conduta mais invasiva e em prognóstico reservado. Ainda que tal situação não seja de toda anômala, há uma escassez de casos semelhantes relatados na literatura, demonstrando assim, a importância do presente trabalho.</p>

PO 061-2	PO 061-3
<p>SINDROME DE FOURNIER RESULTANTE DE UM DIAGNOSTICO TARDIO DE APENDICITE AGUDA</p> <p>Pamella Renata Marinho Miranda, Pablo Borges Leal, Jandui Gomes de Abreu Filho, Auro Vieira de Paiva Junior, Aline Oliveira Lima, Bruna Morena Messias de Lima Dias, Isabela Santos Paiva Laender Moura, Francisca Joelma Rodrigues de Lima</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma fasciíte necrotizante da região perineal com gangrena de rápida evolução. Atinge preferencialmente pacientes do sexo masculino, imunossuprimidos, portadores de diabetes mellitus, idosos, etilistas e obesos. Em até 30% dos casos a causa não pode ser determinada. O objetivo desse estudo é descrever a evolução do caso Sd. de Fournier em uma paciente portadora de diabetes mellitus (DM2), resultante de um diagnóstico tardio de apendicite aguda, atendida no Hospital Regional da Ceilândia-DF (HRC).</p> <p>RELATO DE CASO: N.C.S., 58 anos, feminino, obesa e etilista, portadora de DM2, procurou o HRC com dor abdominal em hipogástrio e região glútea, disúria, polaciúria e diarreia com evolução de 12 dias. Esteve internada previamente na UPA-Ceilândia e recebeu alta para tratamento de infecção do trato urinário com Ertapenem 1g/dia em regime ambulatorial. Ao exame físico: regular estado geral (REG), hemodinamicamente estável, hipocorada (+/4+), afebril, com abdome globoso, flácido, indolor à palpação e presença de 2 lesões ulceradas em região perianal com áreas de necrose. Foi indicado desbridamento das lesões e mantido Ertapenem. No 3º DPO, a paciente evoluiu com dor intensa em região da ferida operatória (FO) e oligúria. Encontrava-se em REG, afebril, com FO extensa e presença de fezes, leucócitos: 13.200 cel/mm³. Adicionado Clindamicina EV 600mg de 8/8h e indicada lavagem da FO. No 6º DPO, apresentava-se dispneica, saturando 95% sob catéter nasal (5L/ min), com PAM:65 mmHg, FC:143bpm, Cr:1.75 mg/dL e leucócitos:14.300 cel/mm³, sem desvios. Foi indicado suporte intensivo, com drogas vasoativas (DVAs), novo desbridamento e colostomia protetora. Na laparotomia, foram encontradas lesão de intestino delgado e extensa lesão proximal de reto com perfuração. O apêndice cecal não foi visualizado, apresentando apenas sua base com perfuração do ceco e extravasamento do conteúdo intestinal. Foi realizada enterectomia com ileostomia. Após reabordagem, a paciente evoluiu com peritonite difusa e choque séptico, PAM:60mmHg, a despeito do uso intensivo de DVAs. Apesar das medidas para reverter o quadro, apresentou parada cardiopulmonar sem resposta às manobras de reanimação, sendo então constatado seu óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Na Síndrome de Fournier, quando a etiologia subjacente não está clara, após a exclusão de trauma e infecção do trato urinário ou perirretal, uma causa intra-abdominal deve ser considerada. O tratamento cirúrgico precoce e agressivo é o aspecto mais importante da terapêutica e o desbridamento do tecido necrótico deve ser realizado o mais precocemente possível. Além disso, a dificuldade em controlar a infecção, pelo contato contínuo com as fezes, faz necessário a realização da colostomia protetora. No caso descrito, foi realizada laparotomia com o objetivo de construí-la, momento em que pelos achados e pela história pré-internação, foi avertedo o diagnóstico tardio de apendicite mascarada pela antibioticoterapia prévia como causa da Sd. de Fournier.</p>	<p>PIODERMA GANGRENOSO PÓS- MAMOLOPLASTIA REDUTORA SEM IMPLANTES</p> <p>Vitória Cruz Araujo, Leonardo Palermo Barbosa, Ricardo Cintra</p> <p><i>UnICEUB e ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relata-se o caso de uma paciente de 27 anos, submetida a mamoplastia redutora (MR) sem inclusão de implantes, que evoluiu para pioderma gangrenoso (PG), uma doença rara e inflamatória. O diagnóstico é clínico, evidenciando-se a importância da investigação, mas que é dificultado pela semelhança com feridas infectadas e fascite necrosante.</p> <p>RELATO DE CASO: G.V.S., feminino, 27 anos, foi submetida a MR. Para a MR utilizou-se a marcação dos pontos A,B,D,C e E descrita por Pitanguy, um esvaziamento de tecido glandular mamário (em quilha de navio) conforme descrição original. Foi confeccionado retalho dermoglandular de Liacyr Ribeiro para preenchimento mamário e realizado migração do complexo areolomamilar CAM por pedículo superomedial descrito por Silveira Neto. A paciente obteve alta após 24 horas. Retornou no 3º dia de pós-operatório (DPO) para retirada do dreno. Apresentou a cicatriz seca, sem sinais flogísticos. No 5º DPO, iniciou o surgimento de eritema em ferida vertical mamária bilateralmente. No 10º DPO, paciente mantinha-se bem clinicamente sem sintomas de febre, porém evoluiu para lesão bolhosa local com posterior ulceração. A lesão possuía bordos elevados com ausência de secreção purulenta. Com suspeita de PG, foi realizada a internação hospitalar. Realizou-se cultura de secreção e biópsia de tecido vivo, com resultado inespecífico e início de metilprednisolona, 1g/dia por dois dias, substituindo em seguida por prednisona 20 mg/dia conforme o parecer do Serviço de Reumatologia. As feridas foram tratadas com oxigenoterapia hiperbárica associado com o curativo a vácuo (Pico®). Pela não confirmação de PG optou-se pelo uso de antibioticoterapia endovenosa (ciprofloxacina e clindamicina). Com estabilização das feridas e do processo imunológico, a paciente teve alta hospitalar em 4 dias, em uso de prednisona 20 mg e ciclosporina 50 mg. Mantendo as sessões de hiperbárica (totalizou 30 sessões). A paciente evoluiu bem ao tratamento com fechamento completo das lesões e pequena área de granulação residual bilateral.</p> <p>DISCUSSÃO: O PG é uma doença de etiopatogenia incerta. Clinicamente, observa-se a presença de pústulas hemorrágicas, nódulos dolorosos ou múltiplas vesicopústulas que evoluem para úlceras destrutivas que crescem centrifugamente com bordas bem delimitadas, levemente elevadas e violáceas apresentando centro necrótico, com sangue, pus e tecido de granulação. Esse tipo de evolução foi descrito e observado no caso desta paciente ao longo da sua internação. Na maior parte dos casos, seu diagnóstico é feito por exclusão. É importante, também, salientar o desenvolvimento do PG após MR no caso relatado. O tratamento é bastante variável, tendo como base, na maioria dos casos, um imunossupressor. No caso relatado, o tratamento conteve uso de corticoides, imunossupressor, antibióticos e sessões de câmara hiperbárica. Atualmente, a paciente está em acompanhamento sem recidiva e apresentou fechamento completo das lesões em aproximadamente 3 meses após o início do quadro.</p>
<p>PO 062-1</p> <p>DOENÇA DE CAROLI: CLINICA E DIAGNOSTICO EM CASO COMPLICADO</p> <p>Carlos Brandão Feitosa Nina, José Guilherme Belchior Costa, João Marcelo Garcez Alves, Lorayne Lino Sousa, Willian Vale de Holanda, Marcelle Sakamoto Travassos, Manoel Lages Castello Branco Neto, Hiago Sousa Bastos</p> <p><i>UNICEUMA - São Luis - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Caroli é uma rara patologia congênita que resulta em um desranço dos ductos biliares ainda no período embrionário. Apresenta-se de forma clínica variável, mas anatomicamente expressa-se como dilatações segmentares e multifocais dos ductos biliares intra-hepáticos, ora dos maiores ora dos menores. Pode, ainda, ser distinguida como de padrão lobar ou segmentar, este ocorre quando há uma continuação das dilatações. O mérito do relato a seguir dar-se pela raridade do caso e suas particularidades, não obstante do acréscimo acadêmico bem como para resoluções de casos posteriores.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 56, sem comorbidades conhecidas, relatou dor no hipocôndrio D associada a náuseas e icterícia que teve início há 15 dias, com piora progressiva. Deu entrada em Unidade de Pronto Atendimento, onde foi optado por tratamento clínico, porém, sem melhoras. Foi encaminhada para hospital de referência, devido a gravidade do caso, em que a suspeita, de acordo com exames laboratoriais e de imagem sugeria colelitíase. Ao exame de admissão no hospital: REG, acianótica, icterícia 4+/4+, hipocorada 1+/4+; afebril, sem edemas. Exame físico ABD: dor a palpação profunda em HD, sem sinais de irritação peritoneal. Pct ficou sob observação por 36 dias, por conta da gravidade do caso, com rotina laboratorial e de imagem, além da prescrição básica assistida. Submetida a CPRE durante internação na clínica para exploração das vias biliares. Foi feita TC de Abd: fígado apresentando múltiplas imagens hipodensas arredondadas subcentimétricas por todo parênquima; pequeno líquido livre peri-hepático. Além da TC, com intervalo de dez dias, foi realizada RNM de abdome superior: inúmeras formações císticas de tamanho e formas variadas no lobo hepático direito, medindo até 1,8cm no segmento V, reforçando suspeita diagnóstica de Doença de Caroli; moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, colédoco de calibre aumentado, medindo 1,4cm, apresentando cálculo em seu terço distal, medindo 0,8cm. Vale ainda ressaltar que o laboratório hepático expressava significativa alterações. No 36º DIH, paciente evoluiu clinicamente estável, sem picos febris há mais de 72h, jejum, sem dor, náuseas ou cefaleia. Conduta: manter ATB e realizar cirurgia. Submetida a CVL + biópsia hepática do segmento V e foi alçado dreno tubular na região sub-hepática. Recebeu alta no 3º DPO sem queixas, ferida operatória limpa e seca, sem dreno. Orientada para retorno ambulatorial e retirada dos pontos após dez dias.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato tem como finalidade reiterar que, apesar das variações, a doença de Caroli pode seguir uma apresentação molde e suas consequências, quando estabelecido o perfil do acometimento hepático. O perfil clínico da doença de Caroli teve seu primeiro esboço em 1958 e, desde então, novas publicações de relatos de casos tem contribuído para facilitar a identificação da moléstia, assim como catalogar suas variações e determinar a conduta a ser tomada.</p>	<p>PO 062-2</p> <p>HEMICOLECTOMIA DIREITA POR TUMOR CARCINOIDE DE APENDICE CECAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Luís Otávio Amarante Franco, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Pedro Victor Matos Moreno da Silva, Arthur Bispo de Almeida Pinto, Marcela Canavaro d'Arce, Vitor Paiva Pires, Vitor Breves de Paiva</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neoplasia maligna de apêndice, usualmente classificada em adenocarcinoma e tumor carcinoide é uma entidade rara que condiz a 0,5% dos tumores intestinais. Apresenta sinais clínicos sugestivos de apendicite aguda e confirmação diagnóstica feita após análise histológica. Já o tratamento feito em regime de urgência prevê apendicectomia simples ou realização imediata de hemicolectomia direita, sendo essa segunda conduta reservada aos casos em que há evidências macroscópicas intra operatórias de neoplasia de apêndice com tamanho superior há 2 cm. Trata-se de um relato de caso a respeito do tema supracitado. Devido à pequena amostra de casos publicados e pelo desfecho favorável de cura do paciente, optou-se por submetê-lo a essa banca a fim enriquecimento científico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 36 anos, deu entrada no pronto socorro de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte com história de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 10 dias, associada a náusea, vômitos, hiporexia e febre não aferida em episódios isolados. Ao exame apresentava abaulamento em fossa ilíaca direita, doloroso a palpação sem sinais de peritonite. Submetido apendicectomia de urgência com o seguintes achados intra operatórios: espessamento da base do ceco, apêndice cecal hidrópico com espessamento de parede e ausência de perfurações. Procedido: hemicolectomia direita com secção de cólon ascendente, secção de íleo distal há 10 cm da válvula ileocecal, anastomose latero lateral entre íleo distal e cólon ascendente. Houve boa evolução pós operatória com aceitação precoce de dieta, deambulação e eliminação de flatos. Recebeu alta no 5º pós operatório assintomático. Retornou ao ambulatório com 30 dias e portava seguinte laudo histopatológico: tumoração fibroelástica na base do apêndice com obstrução da luz, medindo 2,0 cm de diâmetro, infiltrado até a subserosa distando 5,0 cm da margem de ressecção proximal e 6,0 cm da margem de ressecção distal. Conclusão: Tumor neuroendócrino de apêndice cecal bem diferenciado grau 1 (carcinoide), margens livres, total de 6 linfonodos sem comprometimento. pT1 pN0. Enviado paciente para seguimento com oncologista que após análise de laudo histopatológico orientou retorno com 3 meses e orientações gerais.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor carcinoide de apêndice possui manifestações em todas as idades com média aos 32 anos segundo a literatura, ou seja, próxima à idade do paciente. A literatura ainda afirma que em 80% dos casos os tumores não passam de 1 cm, 14% ficam entre 1 e 2 cm, e para essas dimensões a simples apendicectomia é adequada. Já em tumores maiores como o do paciente do caso (2cm) correspondendo a 6% do total, a hemicolectomia direita é o procedimento de escolha. Conclui-se ser relevante o caso em questão por confirmar que as condutas cirúrgicas propostas para o paciente, além de estarem em consonância com as preconizadas pela literatura médica atual, resultaram em a cura cirúrgica e retorno rápido as atividades cotidianas.</p>

PO 062-3	PO 063-1
<p>RECONSTRUÇÃO DE LABIO INFERIOR APOS RESSECÇÃO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR UTILIZANDO-SE DO RETALHO DE KARAPANDZIC: RELATO DE CASO</p> <p>Alyne Suellen Silva Pedrosa, Victor Machado Guimarães Santos, Lorena Barros dos Santos Mariz Costa, Kamilla Peixoto Bandeira, Eduarda Cavalcante Santana, Felipe Camilo Santiago Veloso, Antônio Carlos Barros Lima Júnior, Anna Cristina de Freitas Coelho Barros Lima</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - UNIT; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os carcinomas espinocelulares (CEC) representam cerca de 20-30% das lesões que comprometem a cavidade oral, sendo mais prevalentes no sexo masculino e em indivíduos de pele clara. Esses tumores, quando diagnosticados precocemente, apresentam um bom prognóstico, porém 5-20% dos casos podem evoluir com metástases. Existem diferentes possibilidades de reconstrução para o lábio inferior destaca-se, dentre elas, o retalho de Karapandzic.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 45 anos, leucodermo, apresentou lesão tumoral ulcerada, com bordas irregulares e infiltrativas comprometendo grande parte da região central do lábio inferior. Não possuía sinais de adenopatias à palpação da região cervical. Ao início do procedimento, sob anestesia geral nasotraqueal, teve a área de ressecção demarcada com margens de segurança preconizadas pela literatura por um corante biocompatível, denominado verde brilhante. Realizou-se infiltração com xylocaina a 2% com vasoconstrictor seguida da ressecção tumoral. A biópsia de congelação evidenciou tratar-se de carcinoma de células escamosas bem diferenciado, sem invasão angiolinfática e/ou perineural. Procedeu-se, então, à reconstrução do lábio inferior através do retalho miocutâneo de Karapandzic. Os retalhos, da mesma largura do lábio, criados em oposição bilateral, foram demarcados nos sulcos nasogenianos e inferiormente no sulco mentoniano; os ramos neurovasculares foram identificados, procurando preservá-los, objetivando a manutenção da funcionalidade e da sensibilidade na região labial. Realizou-se ainda um avanço anterior da mucosa para reconstruir o vermelho que foi completamente excisado. Não houve comprometimento dos retalhos e/ou hematomas no período pós-operatório. Foi instituída antibioticoterapia por um período de sete dias e dieta líquida pastosa durante quinze dias. O paciente evoluiu com um bom resultado estético e funcional e não foram detectadas metástases para os linfonodos cervicais.</p> <p>DISCUSSÃO: O CEC constitui, dentre os tipos de câncer não-melanoma, o que oferece o maior grau de invasão local, oferecendo uma maior capacidade de disseminação metastática. Os indivíduos com idade superior a 40 anos, do sexo masculino e de pele clara, são os mais acometidos. O retalho de Karapandzic constitui uma boa opção para a reconstrução de ressecções tumorais na região central, maiores do que um terço do comprimento do lábio inferior, pois preserva a maior parte das estruturas vasculares e neurais, mantendo a mimica e a sensibilidade da região labial. Este retalho oferece como vantagem a utilização de um tecido semelhante ao da área de ressecção e a execução em tempo único e, como desvantagem, a microstomia nos casos de ressecções tumorais amplas. A reconstrução pós-ressecção tumoral do lábio inferior oferece um grande desafio para o cirurgião plástico, pois o lábio constitui estrutura fundamental na dinâmica facial, bem como em sua plástica.</p>	<p>ILEO BILIAR COMO CONSEQUENCIA DA DOENÇA CALCULOSA BILIAR - RELATO DE CASO</p> <p>GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, MARCUS LEON DE JESUS GOMES, RENATA BAPTISTA OSTROWSKI, MARIA GABRIELA TEIXEIRA VALENTINI, MILENA RIBEIRO SIQUEIRA CAMPOS FURTADO, ANGÉLICA SOUZA DUARTE, TEODORO OSTROWSKI</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma complicação rara da doença calculosa vesicular em que ocorre comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo. É marcada pelo quadro de abdome agudo obstrutivo. Essa condição ocorre em 0,3% a 0,5% dos portadores de cálculos na vesícula e é a causa de 1% a 4% das obstruções intestinais, sendo o tratamento essencialmente cirúrgico. Devido à prevalência das doenças biliares e à gravidade que a enfermidade pode gerar, o adequado e rápido reconhecimento é importante, pois caso contrário, aumentam-se os índices de morbimortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: MLRM, feminino, 75 anos, diabética, hipertensa. Portadora de colelitíase há 7 meses, deu entrada em hospital referindo dor em hipocôndrio direito, irradiada por todo abdome, associada a múltiplos episódios de vômitos, empachamento, calafrios e hiporexia. Negou outras queixas. Ao exame físico: BEG, LOTE, corada, hidratada, eupneica, acianótica, anictérica. Abdome globoso, RHA+, flácido, doloroso em hipocôndrio direito, Sinal de Murphy ausente, sem sinais de irritação peritoneal. Fosfatase alcalina: 344 e Gama GT: 57. Realizada tomografia de abdome com contraste, que evidenciou fístula entre vesícula biliar e duodeno com cálculo impactado. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora, na qual foi identificado cálculo de aproximadamente 3cm de diâmetro impactado a 90cm da válvula ileocecal. Feitas enterotomia, colecistectomia à Torek, gastroenteroanastomose e cerclagem gástrica. Paciente sucedeu instável hemodinamicamente no pós-operatório, com leucocitose (20.000) e acidose metabólica leve. Foi transferida para UTI, sendo medicada com antibiótico e noradrenalina, além de hidratação venosa vigorosa. Após 2 dias alcançou estabilidade hemodinâmica e foi transferida para enfermaria da cirurgia geral.</p> <p>DISCUSSÃO: A inflamação na vesícula biliar provocada por cálculo pode levar a uma fístula para a luz do duodeno. A formação da fístula pode ser pela inflamação da vesícula ou pela necrose de pressão, sendo mais comum em pacientes idosos. É uma doença rara, que possui alta taxa de morbimortalidade. O quadro pode evoluir para pancreatite, colangite e lesão das vias biliares, sendo complicações associadas a outras doenças comuns nos idosos, ocasionando uma taxa de mortalidade entre 4,5 e 25%. O paciente se apresenta com sinais de distensão abdominal, ruídos hidroaéreos aumentados e desidratação. Outros sinais menos comuns podem aparecer como: icterícia e sintomas comuns da colelitíase. O diagnóstico é realizado a partir de evidências de obstrução mecânica do intestino delgado na história clínica, radiografia demonstrando níveis hidroaéreos e visualização direta do cálculo, tomografia ou ultrassonografia abdominal apresentando fístulas, cálculos, colelitíase ou coledocolitíase. O tratamento é cirúrgico e tem como prioridade tratar a complicação aguda. A abordagem envolve a enterolitotomia, colecistectomia e exploração da fístula. Se houver inflamação aguda, deve ser realizada colecistectomia e correção da fístula.</p>
<p>PO 063-3</p> <p>USO DO RETALHO MIOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO-ABDOMINAL EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: RELATO DE CASO.</p> <p>Alyne Suellen Silva Pedrosa, Isis Holanda Pinheiro Vilela, Danielle Karla Alves Feitosa, Rodrigo Carvalho de Oliveira Macedo, Victor Machado Guimarães Santos, Artur de Holanda Paes Pinto</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - UNIT - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de mama é a neoplasia mais comumente diagnosticada nas mulheres, sendo a segunda principal causa de morte por câncer no sexo feminino. O tratamento cirúrgico através da mastectomia continua sendo a principal opção terapêutica, e uma das formas de tratamento mais eficazes para a doença. Em termos de impacto psicossocial, a reconstrução mamária dá uma maior sensação de auto-estima, restaurando o volume perdido e assegurando simetria com a mama contralateral. Entre as opções disponíveis para a reconstrução mamária, o retalho miocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) foi a alternativa mais adequada para o caso em questão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 33 anos, sem comorbidades clínicas, foi submetida à mastectomia radical modificada em mama direita há 4 anos e desejava agora a reconstrução mamária. Em virtude das queixas e características da paciente (alta e com tórax largo, mamas média/grande, liposubstituídas e sem querer usar prótese) optamos pela reconstrução com o retalho miocutâneo transverso do abdome monopediculado (reto abdominal unilateral), associado com a suspensão mamária contralateral. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências e tendo alta no 2º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: No Brasil, as técnicas de reconstrução mamária mais comumente empregadas são: o retalho TRAM e o retalho do músculo grande dorsal (RGD). Entre as opções, o melhor escore estético foi alcançado com a reconstrução TRAM. O retalho TRAM, descrito por Holstrom em 1978 foi mais tarde popularizado por Hartrampf que defendia que a pele e o tecido adiposo da região abdominal inferior poderiam ser utilizadas na reconstrução mamária após mastectomia. Anatomicamente, a parede abdominal é vascularizada pela artéria epigástrica superior, epigástrica inferior, epigástrica superficial, ramos segmentares intercostais e ainda por ramos das artérias ilíacas superficiais e profundas. A versão pediculada está dependente da artéria epigástrica superior. Devido à sua rica perfusão e à constância de padrão vascular, é um procedimento reconstutivo pediculado excelente e seguro para grandes defeitos do tórax. O retalho TRAM fornece um volume de tecido que é similar em consistência ao parênquima mamário, além de deixar o contorno da mama mais semelhante ao fisiológico. O retalho TRAM consiste no desenho de uma ilha cutânea de eixo maior transversal na parte inferior da parede abdominal, incluindo a região periumbilical. Os retalhos unipediculados são utilizados com maior frequência, estando associados a um número inferior de complicações e sequelas abdominais quando comparados com os retalhos bipediculados. Reconstruir a mama possibilita à mulher mastectomizada ou com indicação de mastectomia incorporar ao tratamento do câncer de mama conceitos de qualidade de vida, com preservação da autoimagem e, conseqüentemente, um processo de reabilitação menos traumático, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais.</p>	<p>PO 064-1</p> <p>DERIVAÇÃO BILIDIGESTIVA EM Y DE ROUX COMO TRATAMENTO DE SÍNDROME DE MIRIZZI</p> <p>RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, JOÃO MARCELO MATOS PEREIRA DE OLIVEIRA, ROBERTO BRUNO LIMA DE MEDEIROS, EDUARDO BARROSO RIBEIRO, LUIZA HELENA LOHMANN PEREZ SILVEIRA, WILLER EVERTON FEITOSA DE MENEZES, ANA BEATRIZ FERNANDES SOBREIRA, JESSICA GURGEL SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL GERAL WALDEMAR DE ALCÂNTARA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma causa rara de icterícia colestática, resultante da obstrução extrínseca do ducto hepático comum por um cálculo impactado no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar (VB), com ou sem fístula. Na maioria das vezes, não apresenta quadro clínico característico, diagnosticando-se muitas vezes no intraoperatório de colecistectomia. O tratamento de eleição é cirúrgico, sendo o diagnóstico pré-operatório particularmente importante devido ao elevado risco de lesão inadvertida da via biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 54 anos, feminina, com história de colelitíase assintomática diagnosticada por ultrassonografia abdominal, evoluiu com quadro súbito de icterícia, sem outros sintomas associados. Realizou colangiorrressonância (Colangiogram), que evidenciou dilatação importante da via biliar, coledocolitíase e SM. Foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e extração de cálculos. Após o procedimento, a paciente apresentou persistência de icterícia e episódio febril isolado, sendo internada sob a hipótese de colelitíase/colangite. Indicou-se terapia cirúrgica com achados de VB com paredes espessadas, intensamente aderida ao duodeno, presença de fístula colecistobiliar grau IV e colédoco com cerca de 2 cm de diâmetro. Realizou-se o fechamento do coto da fístula com polipropileno 3-0 com continuamente, a seção do hepatocolédoco e hepático-jejuno anastomose em Y de roux término - lateral, parede posterior com pontos separados e parede anterior continuamente, usando poliglecaprone 4-0. Análise histopatológica da peça demonstrou colelitíase crônica, sem sinais de malignidade. Paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), com melhora clínico-laboratorial. Iniciada dieta via oral progressiva no 3º PO com boa aceitação. Recebeu alta hospitalar no 6º PO, sem queixas, sendo posteriormente avaliada no ambulatório, mantendo-se assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A SM constitui uma complicação rara de colelitíase, ocorrendo em até cerca de 4% dos pacientes com colelitíase, prevalecendo em mulheres adultas. Resulta da compressão contínua do cálculo na parede do infundíbulo ou do ducto cístico, com obstrução da luz do ducto hepático comum e inflamação das estruturas envolvidas, resultando em fístulas (tipo II, III e IV) ou não (tipo I). Tal processo inflamatório dificulta a identificação das estruturas anatômicas, levando a um elevado risco de lesão inadvertida da via biliar durante a colecistectomia. Por não haver uma apresentação clínica e laboratorial específica, explica-se a dificuldade de diagnóstico pré-operatório. A Colangiogram e a CPRE são os métodos de escolha para estabelecer o diagnóstico e programar a correção cirúrgica, pois permitem boa definição anatômica. A presença de fístula grau IV justificou a realização de anastomose bilidigestiva, sendo mais comumente realizada a hepaticojunostomia em Y-de-Roux.</p>

PO 064-2	PO 064-3
<p>RELATO DE CASO: TUMOR DESMOIDE DA PAREDE ABDOMINAL EM PUERPERA COM HISTORIA DE PAF</p> <p>PATRIZIA CALEGARO PALMA, MARTHINA BASTOS DE MORAES, LUCAS BERWANGER SIMON, CIBELE CORBELINI DA SILVA ROSA, MARCOS PAULO BARRETO SATURNINO, DANIELA CERQUEIRA KOPPE, LUCIANO PINTO CARVALHO, BETINA VESCOVI</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE - Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>TÍTULO: INTRODUÇÃO: Tumores desmóides (TD) são neoplasias originárias do tecido conjuntivo, que possuem pequenas chances de metástases, entretanto apresentam-se com alta taxa de crescimento local e de recidiva. Estima-se uma incidência de 2,4 a 4,3 novos casos para cada 100.000 habitantes por ano, estando fortemente relacionado com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e sendo frequentemente descrito em pacientes femininas em idade reprodutiva, período gestacional e puerpério. RELATO DE CASO: ARR, feminina, 26 anos, história familiar de câncer intestinal, história pessoal de retossigmoidectomia com cirurgia de Hartmann por obstrução intestinal em 2012 com anatomopatológico (AP) descrevendo adenocarcinoma bem diferenciado; PAF diagnosticada em 2014 com poucos adenomas no reto, sendo realizada colectomia total com ileoretoanastomose; duas cesáreas (2012/2017). Em consulta, referiu massa em abdome, que cresceu durante a segunda gestação. Ao exame, massa em hipogástrio e mesogástrio à esquerda, medindo aproximadamente 15 cm, móvel e indolor. Realizada retossigmoidoscopia com ressecção evidenciando pólipos no reto e AP descrevendo adenomas com displasias de baixo grau e, tomografia computadorizada de abdome demonstrando massa expansiva com contornos definidos na parede abdominal anterior na região hipogástrica, medindo 10,6 x 7,4 x 9 cm, sem sinais de extensão da lesão para a cavidade peritoneal, sugerindo TD. Foi realizada biópsia da lesão no bloco cirúrgico, confirmando TD. Realizada cirurgia para ressecção da lesão através de incisão em ferida operatória mediana prévia; ressecção do tumor (11,5 cm) após liberação das margens das partes moles adjacentes, preservando-se o peritônio; colocação da tela biológica sobre o peritônio e fechamento da parede abdominal por planos. DISCUSSÃO: O TD caracteriza-se por não possuir potencial metastático, ter exuberante capacidade de crescimento local, tendência à invasão de estruturas contíguas e altos índices de recidiva. Acomete com maior frequência portadores de PAF e o sexo feminino durante a fase fértil. Nas mulheres em idade reprodutiva, a velocidade de crescimento do tumor dobra e, quando relacionado à gravidez, surge majoritariamente durante ou após a segunda gestação (30-59% dos casos), à semelhança desse relato. Dessa forma, com o caso acima, destaca-se a importância de reconhecer as características comuns do TD, a fim de diferenciá-lo das demais etiologias de massa abdominal e diagnosticar essa patologia pouco comum. O diagnóstico precoce e o manejo adequado favorecem o bom prognóstico da paciente e resolução do quadro.</p>	<p>MANEJO DE HEMATOMA TARDIO EM PRÓTESE MAMÁRIA POR CONSEGUINTE A SALTO DE BUNGEE JUMPING: UM RELATO DE CASO</p> <p>Gabriella Bento de Moraes, Glauco José Paiva Trajano, Vaness Araújo Aves, Ana Beatriz Henriques Feliciano de Medeiros, Alin Moraes Lopes, Flávia Raquel Oliveira Freitas, Mizael Armando Abrantes Pordeus Junior, Luiz Henrique Ribeiro de Moraes Ferreira</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIPÊ - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O presente trabalho foi motivado pela busca do aprofundamento sobre hematoma tardio, uma das complicações que pode ocorrer após o procedimento de Mamoplastia de aumento; e concomitantemente explorar maneiras de tratá-lo. Essa intercorrência tem incidência global de 2 a 10%, não sendo muito comum nos casos tardios e mais nos agudos, o que torna o relato interessante. RELATO DE CASO: Paciente feminina de 28 anos realizou uma Mamoplastia de aumento com implante de silicone de volume bilateral de 280 ml perfil alto; cirurgia realizada em março de 2013. Pós-operatório evoluiu sem nenhuma intercorrência, tendo uma ótima recuperação, inclusive nega dor no período e afirma regresso às atividades no quarto dia de pós-operatório. Após 5 anos, foi realizar um salto de Bungee jumping; no momento do salto, não apresentou nenhuma queixa maior, e após 7 dias, relata ter percebido o aumento volumétrico da mama esquerda, associado à sensação de peso, endurecimento da mama e desconforto local, mas sem dor, febre ou qualquer outro sinal flogístico. Na avaliação clínica, se evidenciou aumento global e enrijecimento da mama esquerda. A análise da Ressonância Magnética das mamas afastou a possibilidade de ruptura e contratura, porém evidenciou a presença de conteúdo líquido com debris, com volume estimado de 107,2cc, sugestivo de Hematoma Intracapsular. Dentre as opções terapêuticas, radiologia intervencionista ou abordagem cirúrgica, optou-se por uma intervenção menos invasiva. Foi realizada uma ultrassonografia da região e anestesia local, onde se punccionou inicialmente 20ml, e a seguir uma Tomografia Computadorizada para guiar melhor a punção conseguindo fazer o esvaziamento de mais 68ml. No exame de controle notou-se uma quantidade mínima de líquido periprótese. A paciente referiu alívio imediato. DISCUSSÃO: Existem algumas modalidades de tratamento para Hematoma, umas das possíveis complicações da Mamoplastia de aumento. Os problemas tardios de implante geralmente são seromas, contraturas capsulares e hematomas; a grande maioria peraz por: quando são pequenas, realiza apenas punções guiadas por ultrassom; por outro lado, quando há a presença de hematomas agudos ou lesões maiores, acaba-se fazendo a abordagem cirúrgica. No caso da paciente, a abordagem por Tomografia teve uma vantagem em relação ao uso do Ultrassom, visto que obteve um maior posicionamento da agulha, conseguindo fazer uma drenagem melhor do volume. É relevante citar que o procedimento deve ser realizado com uma equipe habilitada, a Radiologia Intervencionista, para diminuir os riscos de perfuração inclusive do implante. Ao final disso, não impede que problemas possam acontecer futuramente com a evolução, que são contraturas capsulares, pelo processo inflamatório que o Hematoma acaba desencadeando.</p>
<p>PO 065-1</p> <p>CISTOGASTROSTOMIA CIRÚRGICA DE URGENCIA EM PSEUDOCISTO PANCREATICO DE GRANDES DIMENSOES: RELATO DE CASO</p> <p>VITOR PAIVA PIRES, Talita Trindade França, Paula Campos de Mendonça, Leonardo dos Santos Ferreira, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Livia Zaiden Carvalho Martins de Sá, Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Kyra Tayanna Lamster</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudocistos pancreáticos são coleções fluidas com cápsula bem definida sem delimitação epitelial, comumente originados de episódios de pancreatite aguda. Embora a regressão espontânea seja observada em até 70% dos casos, o potencial de complicações graves como infecção e síndrome compartimental não deve ser subestimado, como demonstrado no presente relato de caso, onde o tratamento cirúrgico de urgência se mostrou necessário. RELATO DE CASO: Trata-se de paciente de 22 anos, internada devido a dor em hipocôndrio direito irradiada para andar superior do abdome, náuseas, vômitos pós prandiais, hiporexia e saciedade precoce havia três dias. Já apresentara sete episódios semelhantes nos últimos 11 meses, todos motivando internação hospitalar onde recebera diagnóstico ultrassonográfico de colecistopatia calcúlosa crônica, além de pancreatite aguda de etiologia biliar em cinco ocasiões. Ao exame físico havia dor à palpação e tumoração palpável em andar superior do abdome. À análise laboratorial havia hiperamilasemia (1237 U/L), leucocitose de 19.100/mm³ e elevação de DHL e TGO, configurando escore 3 de Ranson à admissão. Obtida TC de abdome com contraste que revelou pâncreas de contornos lobulados, com borramento da gordura adjacente e duas volumosas coleções peripancreáticas, com realce parietal pelo meio de contraste, sem focos de gás de permeio, medindo 11,6 x 6,2 cm e 8,9 x 4,1 cm. As duas coleções apresentavam comunicação e envolviam extrinsecamente o corpo gástrico (gerando colapso do mesmo) com espessura parietal de 6 a 8 mm. Ao longo de duas semanas, em programação para drenagem gástrica endoscópica do pseudocisto, paciente evoluiu com crescimento progressivo da tumoração, insuficiência respiratória hipoxêmica e distensão abdominal, além de dependência de nutrição parenteral devido a disfagia e recrudescimento da dor mesmo com dieta enteral. Desenvolveu choque séptico, sendo indicada laparotomia de urgência com inventário de cavidade revelando extenso pseudocisto de conteúdo com odor fétido e maior diâmetro localizado posteriormente a corpo gástrico. Realizada cistogastrostomia em parede posterior do estômago, além de gastrostomia em parede gástrica anterior por meio da qual se interpôs sonda de foley, efetuando desta forma a drenagem interna e externa do pseudocisto. Na mesma abordagem procedeu-se a colecistectomia. Paciente evoluiu com diminuição progressiva da drenagem externa do pseudocisto e das dimensões do mesmo, observando-se resolução da síndrome séptica e compartimental. Após aceitação completa de dieta oral, recebeu alta hospitalar. DISCUSSÃO: Embora a maioria dos pseudocistos pancreáticos possam ser manejados com observação, o tratamento invasivo torna-se necessário nos casos sintomáticos ou com complicações. O tratamento endoscópico é o mais indicado quando há íntimo contato do cisto com o estômago ou duodeno, mas a abordagem cirúrgica ainda se faz necessária em casos de infecção ou complicações agudas ameaçadoras à vida, como ocorreu no presente caso.</p>	<p>PO 065-2</p> <p>FISTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A DOENÇA DIVERTICULAR DO COLON</p> <p>João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Leonardo dos Santos Ferreira, Victor Mateus Xavier de Santana, Louizi Oliveira Souza, Gabriel Firmino Ferreira, Maira Lemos Oliveira de Galiza, Guilherme Octavio Staut Caradori</p> <p><i>HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença diverticular (DD) está relacionada a presença de divertículos, que são pequenas protuberâncias de mucosa e submucosa, recobertas por serosa, em áreas de fragilidade da parede intestinal. 95% a 98% dos casos de DD ocorrem acima dos 40 anos. Dos portadores de DD, 75% não evoluem com complicações, enquanto, 25% podem evoluir com abscesso - 35%, peritonite - 16%, fístula - 14%, obstrução 12%, dentre outros. O tipo de fístula mais recorrente é a colovesical - 65%. A DD não complicada pode ser tratada de forma conservadora, porém, ausência de melhora com o tratamento conservador ou presença de complicação são indicações mandatórias de cirurgia. RELATO DE CASO: Paciente de 84 anos deu entrada no pronto-socorro de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte, queixando-se de dor hipogástrica associada a disúria, polaciúria e estrangúria com cerca de 90 dias de evolução. Trouxe colonoscopia realizada há 4 anos evidenciando divertículos em sigmóide. Ao exame físico apresentava dor a palpação profunda em andar inferior (mais intensa em hipogástrio), sem outras alterações evidenciáveis. Foi solicitada ultrassonografia de próstata que evidenciou: próstata de dimensões aumentadas, sugerindo hiperplasia prostática benigna. Procedeu-se investigação diagnóstica com tomografia computadorizada de abdome com contraste que evidenciou: sinais de diverticulite aguda com formação de plastrão junto ao sigmóide, em contato com a bexiga, a qual apresentava conteúdo gasoso. Diagnosticou-se fístula colovesical secundária à diverticulite e indicou-se laparotomia exploradora. No intra-operatório foram desfeitas firmes aderências entre bexiga e sigmóide, não localizando-se a fístula (teste do refluxo com azul de metileno negativo), ressecou-se sigmóide em toda extensão com processo inflamatório e optou-se por anastomose primária colorretal término-terminal utilizando grameador circular, sem intercorrências no intra-operatório. Paciente evoluiu no 2º dia de pós-operatório (DPO) com rebaixamento, dor abdominal difusa, parada de eliminação de flatos e fezes, hipertimpanismo, taquicardia e sibilância. Da rotina de abdome agudo: atelectasia considerável e pneumoperitônio com grande volume gasoso. Paciente foi prontamente submetido a nova laparotomia exploradora onde observou-se deiscência de anastomose primária, sendo realizada colostomia a Hartmann. Paciente evoluiu no 7º DPO sem intercorrências, com reconstrução programada para 3 meses. DISCUSSÃO: A clínica apresentada pelo paciente está em consonância com os dados epidemiológicos da literatura sobre DD. O processo inflamatório regional e a proximidade anatômica entre sigmóide e bexiga favorece a formação da fístula, sendo esta geralmente de trajeto único. A sigmóidectomia total é mais indicada devido à grande recorrência quando se opta pela parcial. A reconstrução do trânsito intestinal por anastomose primária demonstra diminuição de custos, da morbidade e do tempo de internação hospitalar e das taxas de complicação.</p>

PO 065-3	PO 067-2
<p>FIBROMIXOMA ACRAL SUPERFICIAL DE PODODACTILO: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Coêlho de Mélo Leite, Ana Paula Coêlho de Mélo Leite, André Luís Lopes Gomes Siqueira</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fibromixoma acral superficial (FAS) é um tumor mesenquimal benigno que acomete mais frequentemente a região subungueal ou periungueal, com aproximadamente 100 casos relatados na literatura, descrito originalmente em 2001. Geralmente apresenta uma massa indolor de crescimento lento, sem relato de transformação maligna ou metástases, com predominância no sexo masculino. Em sua análise histológica, apresenta-se como neoplasia composta por células fusiforme ou estreladas com variado grau de pleomorfismo, disposta em estroma mixoide e colagenoso, com distribuição de mastócitos em toda lesão. Possui prognóstico benigno com a exérese da lesão, mas com tendência a recorrência na vigência de ressecção incompleta.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 72 anos, com tumoração indolor de crescimento progressivo, há cerca de 10 meses. A paciente nega trauma local precedendo surgimento da tumoração. Paciente relata que, inicialmente, foram feitas duas exéreses ambulatoriais, com recidiva da lesão em ambas. Ao exame físico, apresentava nódulo de aproximadamente 0,6 centímetros, normocrômica, de consistência fibroelástica, em região periungueal de segundo pododáctilo direito. Foi realizada biópsia excisional da lesão, com anatomopatológico revelando fragmento cutâneo de 1,0 x 0,8 x 0,4 centímetros, constituído por células estreladas e fusiformes dispostas em matriz colagenosa com áreas mixoides, compatível com fibromixoma acral com margens cirúrgicas livres de lesão. O exame imuno-histoquímico mostrou expressão de CD34 e antígeno de membrana epitelial (EMA), mas ausência de CD99 e proteína S-100. Paciente continua em acompanhamento sem recorrência do tumor.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente caso revela a importância de estabelecer o diagnóstico preciso para a definição da conduta adequada, já que o diagnóstico diferencial recai sobre patologias com maior potencial maligno, como dermatofibrossarcoma, e a adoção de tratamento mais radical pode promover iatrogenia.</p>	<p>ABCESSO HEPÁTICO PIOGENICO COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CANCER COLORRETAL</p> <p>ADRIANA FERNANDES SILVA, DANIELLE OLIVEIRA ANDRADE, HELLEN MIYUKI MATTOS MOTUYAMA, BARBARA PEREIRA LARA, DORYANE MARIA DOS REIS LIMA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ - Cascavel - Paraná - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso hepático como manifestação de câncer colorretal na ausência de metástase hepática foi raramente relatado na literatura. A destruição da barreira mucosa por uma neoplasia colorretal, seguida de translocação bacteriana para o sistema venoso portal, pode contribuir para a formação de abscesso por via hematogênica</p> <p>RELATO DE CASO: A.M, masculino, 44 anos, foi admitido no pronto socorro devido a persistência do quadro febril, associado a calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar nos últimos 7 dias. O exame físico revelou temperatura corporal de 39,0°C e dor a palpação na região lombar e flanco esquerdo. Exames laboratoriais mostraram: leucócitos de 16.100/µL; bilirrubina total, 2,59 mg / dL, aspartato aminotransferase, 71,7U/L; e alanina aminotransferase, 83,8 U/L; fosfatase alcalina, 72,3 U/L; gama-glutamil transferase, 301,7 U/L e proteína C-reativa 25,54 m/dL. A Tomografia Computadorizada (TC) do Abdômen Total apresentou áreas hipoatenuantes e hipocontrastantes no fígado nos segmentos IVB e VII medindo 2,6 x 2,4 x 3,4 cm (11 ml) e 6,1 x 4,6x 3,1 cm (45 ml) respectivamente, com aspecto de coleções parenquimatosas, sugerindo a possibilidade de abscessos hepáticos. Além da antibioticoterapia, realizou-se a drenagem percutânea desses abscessos. No pós-operatório da drenagem, o paciente evoluiu com taquidispnéia, manteve picos febris e se queixou de dor na região anal, cujo exame físico evidenciou uma fístula na região perianal, com saída de secreção purulenta. Ao investigar o trajeto fistuloso, a TC de abdome total evidenciou uma área de espessamento, com aspecto polipóide no cólon sigmoide, na transição com reto superior. Posteriormente, foi realizado uma colonoscopia, retirado um pedaço da lesão e enviado para o anatomopatológico, cujo diagnóstico foi Adenocarcinoma de Retossigmoide.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma revisão sistemática de casos de abscesso hepático associado ao Câncer Colorretal (CCR) revelou que <i>K. pneumoniae</i> foi a bactéria mais prevalente (80%), e os tumores estavam localizados principalmente no cólon sigmoide e no reto 72,7%. (QU K et al, 2012). No presente relato, o paciente não se queixou de alterações no hábito intestinal, fezes com sangue ou tenesmo. Além disso, seu nível de antígeno carcinoembrionário (CEA) estava dentro dos limites normais. Corroborando com nosso artigo, Hee Yeon Kim, et al, descreveu um caso em que o paciente também não alterou hábito intestinal e valores de CEA eram normais (2016). Na pesquisa de QU et al, apenas 10% dos pacientes apresentavam sintomas associados ao CCR e a maioria dos biomarcadores relacionados ao CCR eram normais (2012). Diante desse cenário, justifica-se a importância de uma investigação completa, incluindo a colonoscopia, do abscesso hepático inexplicável com ausência de sintomas intestinais, uma vez que o abscesso hepático piogênico pode ser a única manifestação inicial do câncer colorretal sem metástase associada.</p>
<p>PO 068-1</p> <p>TUMOR NEUROENDOCRINO DO PÂNCREAS COMPORTANDO-SE COMO INSULINOMA – RELATO DE CASO NA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>SAMARA DUARTE OLIVEIRA, FERNANDA FACINCANI MEDEIROS BEZERRA, MARCOS DANIEL DE SOUSA XAVIER, MARCO ANTONIO CARVALHO GUEDES, VANESSA DE FRANÇA DOMINGOS, MATEUS GUIMARÃES LAGE REGGIANI, GIL LUCENA DE PAULA AFONSO, NILTON GHIATTI DE SIQUEIRA</p> <p><i>Fundação Hospital do Acre - Fundhacre - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas representa 2% de todos os casos de câncer diagnosticados, o mais frequente é o adenocarcinoma. Os tumores neuroendócrinos (TNEs) do pâncreas são raros e o principal representante é o insulinoma. Os TNEs do pâncreas são podem ser funcionantes ou não, benignos ou malignos. O insulinoma tem origem nas células beta pancreáticas e promove produção excessiva de insulina que caracterizada pela Tríade de Whipple: manifestações secundárias de hipoglicemia no jejum; níveis de glicose inferiores a 50mg/dl e reversão dos sintomas com administração de glicose. Os sintomas podem ser classificados em dois grupos: sintomas de surtos de catecolaminas induzidos pela hipoglicemia e sintomas neurológicos. O diagnóstico é baseado em dados clínicos – laboratoriais e exames de imagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ♀, 62 anos, com sintomas inicialmente inespecíficos: perturbação mental, moleza e sonolência há 2 anos, apresentando crises com alteração de comportamento e agitação que cessavam após alimentação. HPP - gastrectomia parcial há 25 anos por úlcera gástrica. Foi diagnosticada com hipoglicemia importante, sendo levantada a hipótese de insulinoma. Os exames laboratoriais eram sugestivos (peptídeo C = 3,14 ng/ml, glicose pouco variável de 39 e 71g/Dl, insulina 20,17µU/ml) e dos exames de imagem realizados (US, CT e RM), somente o PET/TC evidenciou a lesão localizada na transição entre a cabeça e o corpo do pâncreas, medindo 1,1 x 1,0 cm. Submetida à pancreatectomia central com biópsia de congelação e anastomose gastropancreática término-lateral na parede posterior do estômago. Evoluiu com complicações cirúrgicas que ocorreram em diferentes momentos, sendo tratadas de forma conservadora e evolução favorável.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TNEs do pâncreas são raros e de difícil diagnóstico, sendo necessária a associação de métodos. A prevalência é maior no sexo feminino (60%) sobre o masculino (40%), faixa etária média entre 30 e 60 anos. Apresentou a tríade de Whipple, que é uma das características dos insulinomas. Somente PET/CT 68Ga-análogo de somatostatina conseguiu identificar a lesão no pâncreas sendo o indicado para identificação de TNE primário desconhecido (nível de evidencia IIIA). Possivelmente não foi evidenciado por outro método como a TC por ser uma lesão pequena, menos de 2 centímetros. O tratamento cirúrgico é a escolha para casos como este. Foi realizada uma pancreatectomia central com a biópsia de congelação confirmando margens livres e anastomose gastropancreática término-lateral na parede posterior do estômago. Apresentou complicações que ocorreram em diferentes momentos, como pancreatite aguda, fístula pancreática de baixo débito e abscesso intra-abdominal, que também são as principais complicações descritas na literatura. Todas estas complicações foram tratadas de forma conservadora com evolução favorável. O compartilhamento e divulgação de casos como esse permite destacar a importância dessa doença, embora seja infrequente.</p>	<p>PO 068-2</p> <p>CIRURGIA CITORREDUTORA (CRS) ASSOCIADA A QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC): UMA NOVA ABORDAGEM PARA TRATAMENTO DA NEOPLASIA MALIGNA MUCINOSA DO APÊNDICE CECAL</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Paula Andreza Loures, Vanessa Mahamed Rassi, Alexandre Meneses de Brito, Lercion José Carvalho, Jales Benevides Santana Filho</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias malignas epiteliais do Apêndice Cecal são raras. Estas são encontradas em apenas 1% dos espécimes de apendicectomia. O tipo histológico adenocarcinoma mucinoso de apêndice (PMCA) é uma neoplasia não invasiva e com baixo índice de disseminação metastática. O presente trabalho tem por finalidade relatar um caso de PMCA, com disseminação peritoneal, tratado previamente como um câncer de ovário e discutir o seu manejo cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 56 anos. Relata há 4 anos, histórico de aumento do volume abdominal, em hipogástrio por aproximadamente 7 dias. Foi submetida à ooforectomia do ovário esquerdo com o resultado anatomo-patológico de adenocarcinoma mucinoso de ovário. Há 3 anos, foi encaminhada ao serviço de oncologia do trato gastrointestinal devido à tumoração pélvica e submetida à laparotomia. O manejo cirúrgico consistiu em uma peritonectomia associada à colectomia parcial e ressecção retroperitoneal. O resultado anatomo-patológico das peças confirmou o histórico de adenocarcinoma mucinoso metastático. Entretanto, o exame imuno-histoquímico revelou um adenocarcinoma mucinoso de padrão intestinal infiltrando tecido fibroadiposo. Nos meses subsequentes foi submetida a 12 sessões de quimioterapia. Há 2 anos, foram realizados exames radiológicos e marcadores tumorais, que evidenciaram persistência da doença com resposta radiológica, sendo indicado a cirurgia citorredutora (CRS), associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Acompanhamento da cirurgia após 1 ano sem alteração.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora raro, o espectro da doença peritoneal maligna é complexo. Consequentemente, existe uma dificuldade do diagnóstico cirúrgico e histopatológico. Nestes casos, o estudo imuno-histoquímico é indispensável para a realização de um diagnóstico preciso. A CRS associada à HIPEC, aumenta a sobrevida em pacientes em estágios avançados. A abordagem combinada consiste na associação de ressecções viscerais e peritonectomias, visando o tratamento da doença macroscópica com a quimioterapia intraperitoneal, uma abordagem locoregional para a doença microscópica. O Índice Carcinomatose Peritoneal (PCI) é a avaliação clínica que identifica tanto o tamanho do implante, quanto a distribuição dos nódulos na superfície do peritônio. Os pacientes aptos à HIPEC devem ter o PCI menor do que 13, pois estes possuem um prognóstico mais favorável. O PCI clínico determinado da paciente foi de 12. Entretanto, a avaliação mais definitiva utilizada para determinar o prognóstico da neoplasia peritoneal é um nível da citorredução completa (CC), que varia de CC0 a CC3. É importante atingir o CC0, que corresponde à ausência de doença peritoneal após a citorredução. O nível de citorredução completa da paciente foi CC0, fato que definiu uma sobrevida em uma paciente com neoplasia maligna peritoneal.</p>

PO 068-3	PO 069-1
<p>RECONSTRUÇÃO GENITOANAL EM MULHER VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL</p> <p>CAROLINA FALCÃO LOPES MOURÃO, BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, DIEGO CARVALHO MACIEL, ANDRÉ LUIS BARBOSA ROMEO, ROGÉRIO SOUZA MEDRADO DE ALCANTARA</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No Brasil, carecemos de dados globais sobre a violência sexual, fato que proporcionaria um melhor dimensionamento e entendimento do fenômeno em nosso meio, sendo justificado por consistir em uma das formas de violência que continua sendo subnotificada globalmente, onde a maior parte das vítimas são do sexo feminino. De acordo com dados encontrados na literatura, estima-se que cerca de um terço das mulheres enfrentará alguma forma de agressão sexual durante sua vida. Na violência sexual, além dos danos psicológicos, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, verifica-se a possibilidade da ocorrência de gravidez pós-estupro e de lesões genitais, como como roturas himenais, lacerações e fissuras vaginais, e não-genitais que impactam na qualidade de vida das vítimas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 40 anos, previamente hígida, G6P4A1, todos os partos vaginais. Refere que há cerca de 30 anos foi vítima de abuso sexual repetidas vezes, após o qual apresentou ruptura perineal completa e lesão anal importante. Curso com quadro clínico de sangramento vaginal de pequena quantidade espontaneamente e importante dispareunia associada. Nega saída de fezes pela vagina. Realizou procedimento de confecção de colostomia há 01 ano em razão de laudo da ressonância magnética realizada em outubro de 2016 que sugere aparente descontinuidade de parede posterior e do terço inferior do canal vaginal com possível comunicação com canal anal. A colonoscopia do período confirma presença de lesão perineal. Paciente submetida em dezembro de 2018 à reconstrução perineal através da reaproximação dos elevadores do ânus e plastia local, cirurgia ocorreu sem intercorrências. Evoluiu satisfatoriamente, tendo programação de reconstrução de trânsito intestinal em segundo tempo e manter acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: As lesões genitais se observam com mais frequências nas crianças e nas mulheres de maior idade, podendo incluir lacerações, hematomas, equimoses e edema, afetando os lábios menores, o hímen e a fossa navicular. No caso de agressão sexual a crianças, as lesões podem incluir lesões na vagina, períneo, ânus e reto. O local mais comum de lesão primária, e a encontrada na paciente, é em parede posterior, isto acontecendo por ser a região mais afetada pela direção da força e por ser a região mais delicada. A região vaginoperineal entre de 3 e 9 horas foi mais significativamente afetada pela agressão sexual.</p>	<p>COLEDOCOLITIASE SECUNDÁRIA A CORPO ESTRANHO</p> <p>Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira, Raiana Santos Lins, Caroline Carvalho Ferro, Tadeu Gusmão Muriúba, Bruno Fuerst Gonçalves de Carvalho, Anna Karoline da Rocha Souza, Adriana Melo Barbosa Costa, Igor de Lima Ribeiro</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A causa mais comum de icterícia obstrutiva é a coledocolitíase. Esta, por sua vez, pode ser residual ou secundária, quando diagnosticada menos de dois anos após a colecistectomia, ou primária de via biliar, quando diagnosticada mais de dois anos pós colecistectomia. Uma causa pouco frequente de coledocolitíase primária é a presença de corpo estranho na via biliar. Os mais encontrados são corpos estranhos residuais de cirurgias prévias, como materiais de sutura e endoclipes, ou, em menor frequência, estilhaços provenientes de trauma abdominal penetrante. O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de coledocolitíase obstrutiva secundária a corpo estranho na via biliar principal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 62 anos, encaminhada ao serviço de cirurgia geral de hospital de referência com quadro de icterícia, colúria e acolia fecal, dor abdominal e náuseas com piora pós-prandial de evolução de cerca de 20 dias e episódios de febre. Antecedente de colecistectomia por via laparotômica, complicada com abdome agudo inflamatório por perfuração vesicular, há 04 anos. Na complementação diagnóstica, foi submetida à ultrassonografia de abdome total, que evidenciou colédoco com 1,9cm e imagem sugestiva de cálculo em via biliar distal. A colangiressonância flagrou acentuada dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, com presença de pelo menos dois cálculos em colédoco distal, medindo 2,7 x 2,0cm e 1,4 x 0,8cm. O maior diâmetro coleociano era de 3,0cm. Não visualizada imagem de vesícula biliar. Diante do quadro, a paciente foi submetida a exploração de vias biliares por laparotomia. Realizou-se coledocotomia longitudinal e exploração proximal e distal das vias biliares com pinças de Randall. Evidenciou-se cálculos acastanhados moles, anucleados em torno de corpos estranhos com aspecto de fios de algodão, dois deles amarrados como ligadura. Após o clareamento completo da via biliar, a paciente foi submetida a derivação biliodigestiva colédoco-duodenal, por conta do calibre aumentado da via biliar. No pós-operatório, apresentou melhora progressiva da icterícia e do quadro algico, recebendo alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório, com melhora clínica global.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de corpos estranhos na luz da via biliar constitui evento raro. Podem decorrer de material cirúrgico residual, objetos ingeridos ou projéteis/estilhaços alojados após trauma abdominal. Apesar de incomum, a síndrome icterícia secundária a corpo estranho alojado em via biliar deve constar entre as hipóteses diagnósticas daqueles pacientes com antecedente relevante, independente do tempo decorrido entre este e o diagnóstico.</p>
<p>PO 069-2</p> <p>EMBOLIZAÇÃO DAS VARIZES PERIESTOMIAIS POR ACESSO PERCUTÂNEO TRANSESPLENICO: SERIE DE CASOS</p> <p>TARCÍSIO JUNIOR BITTENCOURT MACEDO, MARLEY RIBEIRO FEITOSA, ROGÉRIO SERAFIM PARRA, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Shunts portossistêmicos se desenvolvem em pacientes com hipertensão portal, sendo os mais comuns varizes gastroesofágicas e shunts esplenorenais. Pode haver formação de varizes periostomiais (VPs), por vias colaterais infrequentes. Esta série relata 3 casos de pacientes estomizados com hipertensão portal, que apresentavam hemorragia digestiva, tratados com embolização das VPs por acesso percutâneo transesplênico.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: Masculino, 58 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica e hipertensão portal, com colostomia terminal na fossa ilíaca direita após colectomia oncológica. Após a embolização, evoluiu com melhora importante da hemoglobina, apresentando apenas um episódio de pequeno sangramento autolimitado. Caso 2: Feminino, 45 anos, portadora de doença de Crohn e submetida a enterectomia segmentar e íleo terminal na fossa ilíaca direita. Antecedente de colangite esclerosante primária, hipertensão portal e sangramento pelo estoma. Após o procedimento, sem novos episódios. Caso 3: Feminino, 65 anos, adenocarcinoma do cólon, submetida a colostomia terminal paliativa na ilíaca esquerda, hipertensão portal sem etiologia definida e sangramento pelo estoma. Melhora após tratamento endovascular. Apresentou dois episódios de sangramento, indicado nova esplenoportografia direta, sem identificação de vasos varicosos ao exame.</p> <p>DISCUSSÃO: VPs são causas raras de sangramento digestivo. Quando presentes, apresentam um risco estimado de morte de 3 a 4%, por episódio. Entre os tratamentos endovasculares disponíveis, há a confecção de shunt portossistêmico intra-hepático (TIPS) e a embolização das varizes. O TIPS é efetivo para o tratamento de varizes periostomiais, entretanto possui uma alta taxa de encefalopatia e insuficiência hepática. Outra possibilidade é a embolização pelo acesso percutâneo transhepático, entretanto em casos de trombose da veia porta ou invasão tumoral da mesma tornam este acesso limitado. A embolização por acesso percutâneo transesplênico torna-se uma alternativa comparável as demais opções, notadamente quando há contraindicações para TIPS e acesso transhepático. O acesso percutâneo transesplênico é eficaz na embolização das varizes periostomiais.</p>	<p>PO 069-3</p> <p>PIODERMA GANGRENOSO POS-MAMOPLASTIA REDUTORA</p> <p>MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, INGRID RAMALHO DANTAS CASTRO, MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES, FELIPE ARAUJO MENDONÇA COSTA</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pioderma gangrenoso (PG) é uma doença inflamatória e neutrofílica rara, ligada ao fenômeno de patergia ou a doenças sistêmicas com etiologia indeterminada. O diagnóstico é feito com base na evolução e na exclusão de outras afecções. É uma complicação pós-operatória rara, cujas manifestações são lesões ulceradas e dolorosas com evolução rápida e progressiva. O presente trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino que desenvolveu PG pós-mamoplastia redutora.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente caucasiana, de 41 anos de idade, submetida à mastoplastia de redução associada à histerectomia por videocirurgia. Recebeu alta hospitalar no 2º dia pós-operatório, assintomática, sob antibioticoterapia ciprofloxacina 12/12h por 7 dias e em boas condições clínicas. No 3º dia de pós-operatório, a paciente apresentou febre de 38,5º Celsius, retornando ao Hospital. O hemograma revelou discreta leucocitose, proteína C reativa ligeiramente aumentada, entretanto a radiografia de tórax e os exames de urina encontram-se dentro dos limites da normalidade. No 4º dia de pós-operatório, a dor e a febre continuavam a oscilar com o uso de dipirona, com quadro de náuseas associado, o curativo apresentava drenagem de secreção com aspecto piossanguinolento, com lesões cutâneas violáceas, que evoluíram para necrose e destruição total da pele, atingindo os planos mais profundos. Houve troca do antibiótico, por não haver remissão do quadro com ciprofloxacina, por claritromicina e a paciente apresentou quadro de hipersensibilidade do tipo alérgica. No 10º dia foi iniciado tratamento com imunossupressor em altas dosagens de prednisona e feita a colocação de curativos de hidrogel, com melhora do quadro e remissão dos sintomas. O período de internação foi no total 22 dias, com perda ponderal de 8kg. A cicatriz da mama ocorreu por volta do 2º mês após alta, com a interrupção da corticoidoterapia, por segunda intenção. Evoluindo sem áreas de hipertrofia, predominando áreas de hipopigmentação, com preservação dos complexos aréolo-mamílares. No 7º mês pós-operatório, não foram mais aplicadas medicações sistêmicas, havendo cicatrização completa das lesões mamárias. Atualmente faz uso de medicação tópica para clareamento da pele.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão característica inicia com uma pústula estéril com centro necrótico, com coloração vermelho-azulada, evoluindo rapidamente para ulceração. A paciente não respondeu à antibioticoterapia, devida negatividade de micro-organismos patogênicos na cultura. O tempo de evolução é variável, podendo ser de 15 dias a 10 anos, início após qualquer tipo de trauma é possível, que é evidenciado nesta paciente com o ato cirúrgico. O diagnóstico é clínico e o tratamento empírico por sua etiologia ser inespecífica. A paciente tem história de artrite reumatoide, estando no conjunto de doenças sistêmicas que podem desencadear tal processo. Além disso, a patergia e alteração da imunidade celular estão relacionadas à doença.</p>

PO 070-1	PO 070-2
<p>TUMOR DE FRANTZ COMO ACHADO INCIDENTAL</p> <p>Dened Myller Barros Lima, Maria Paula Ribeiro Dantas Bezerra, Senival Alves De Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot Brito, Luiz Felipe Medeiros Rocha, Antonio Braz Da Silva Neto, Gabriela Lima Nóbrega, Fernando Freire Lisboa Junior</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas, também conhecido tumor de Frantz, é uma neoplasia rara descrita pela primeira vez por Frantz em 1959. Em 1996, foi incluído na classificação da OMS e definido como uma neoplasia maligna de baixo grau do pâncreas exócrino. Menos de 2800 casos foram relatados no período de 1961 a 2012, e a maioria deles era em jovens do sexo feminino. A sintomatologia é inespecífica e aproximadamente um terço dos pacientes é assintomático. Porém, o sintoma mais comum é dor ou desconforto abdominal, mas vômitos, náusea, dor nas costas podem estar relacionados. O local mais comum de acometimento é a cauda do pâncreas. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica da lesão, sendo a pancreatocomia distal e a duodenopancreatocomia (Whipple) as cirurgias mais comuns. O prognóstico é bom, pois tem comportamento indolente e a metástase é bastante incomum.</p> <p>RELATO DE CASO: R. E. L. N., 20 anos, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Onofre Lopes por endocrinologista que detectou alterações nas transaminases TGO e TGP, durante realização de exames com o objetivo de emagrecimento. Paciente chega ao ambulatório 2 meses após com queixa de icterícia, prurido, colúria, acolia fecal e perda de peso estimada em 10 kg. Sorologias para Hepatites B e C não reagentes, CEA 2.49, AFP 2.35, CA19 8.53. A ultrassonografia abdominal revelou uma formação cística em lobo hepático direito, com volume estimado de 299cm³. A tomografia de abdome revelou volumosa lesão expansiva localizada no hipocôndrio direito, ocupando o espaço entre o fígado e a cabeça do pâncreas, medindo cerca de 11,5 x 10,0 x 9,5 cm (LLCCxAP), fazendo compressão sobre o ducto colédoco, com dilatação das vias biliares e hiperdistensão da vesícula biliar, além de íntima relação com a veia porta, veia mesentérica superior e com artéria mesentérica superior; também sem plano de clivagem com o duodeno. A paciente foi submetida à duodenopancreatocomia e colecistectomia por via aberta. A recuperação foi bem sucedida e a paciente recebeu alta do Hospital após 6 dias. Resultado da biópsia confirmou o diagnóstico de Tumor de Frantz sem metástase.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso de exames de imagem como método auxiliar na prática médica é um dos fatores que contribuiu para o aumento de diagnósticos das lesões císticas do pâncreas, os chamados incidentalomas. Um pequeno percentual dessas lesões são diagnosticadas como tumor de Frantz. Comumente, sua evolução é indolente e sua localização habitual é no corpo ou cauda pancreática, porém como o ocorrido no presente caso, o tumor apresentou grandes dimensões com íntima relação com vasos nobres, bem como localização na cabeça do pâncreas. Esses achados incomuns são de fundamental importância na diferenciação com as neoplasias malignas pancreáticas. Sendo assim, embora o tratamento cirúrgico possua alta capacidade curativa, o diagnóstico por muitas vezes incidental pode atrasar o tratamento, culminando em maior morbimortalidade.</p>	<p>METASTASE DE ADENOCARCINOMA DE COLON SIGMOIDE MIMETIZANDO HERNIA INGUINAL DIRETA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Vieira Souto Salgueirinho de Salles Abreu, Bruno Knaak de Abreu, Lucius Paulo de Queiroz Clemente, Felipe Figueiró Teixeira, Eduardo Costa Beltrame, Gustavo Melo da Silva, Dalton Muniz Santos</p> <p><i>Hospital Central da Aeronáutica - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias estão entre as mais antigas aflições registradas da humanidade. Hérnias inguinais foram a terceira principal causa de atendimentos ambulatoriais por queixas gastrointestinais em 2004, e as taxas de visitas não mudaram muito desde 1975. O risco ao longo da vida de desenvolver uma hérnia inguinal é de aproximadamente 25% em homens, mas menos de 5% em mulheres. As hérnias inguinais apresentam clássica de diagnóstico clínico que, em alguns casos, podem se confundir com outras doenças. Neste caso, discutimos uma metástase de adenocarcinoma de sigmoide apresentando-se como um caso de hérnia inguinal direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 81 anos, procura serviço ambulatorial com queixa de dor em região inguinal direita, portador de hipertensão arterial sistêmica, sem outras queixas ou comorbidades. Ao exame, diagnosticado com hérnia inguinal direita. Foi submetido à hernioplastia inguinal convencional, que evidenciou grande massa linfonodal, pética e aderida a planos profundos em parede posterior, ressecada e enviada à patologia. O paciente evoluiu bem em pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte. Exame histopatológico da lesão diagnosticou adenocarcinoma metastático. Em seguimento ambulatorial, realizou colonoscopia que evidenciou tumoração em cólon sigmoide, biopsiada, com confirmação de adenocarcinoma. Encaminhado ao serviço de oncologia, em acompanhamento conjunto, para estadiamento e tomada de condutas terapêuticas.</p> <p>DISCUSSÃO: A drenagem linfática do cólon e parte superior do reto ocorre para os linfonodos para aórticos, que então drenam para a cisterna do quilo, tornando metástases para linfonodos da região inguinal incomuns. Em nossas buscas na literatura, encontramos somente 2 casos de adenocarcinomas de sigmoide apresentando metástases para a cadeia linfonodal inguinal. O que nos chama atenção no caso descrito, é a apresentação da doença mimetizando uma hérnia inguinal direita, em um paciente sem sinais ou sintomas sugestivos de malignidade. Com isso, destacamos a importância do adequado manejo das massas inguinais, que, na sua imensa maioria serão diagnosticados como hérnias, mas podem esconder prognósticos mais sombrios.</p>
<p>PO 071-2</p> <p>STUMP UTERINO GIGANTE COMO CAUSA DE SUBOCLUSÃO INTESTINAL</p> <p>TARCÍSIO JUNIOR BITTENCOURT MACEDO, JULIANA RAMPAZZO BUEMERAD, MARLEY RIBEIRO FEITOSA, ROGÉRIO SERAFIM PARRA, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor uterino de músculo liso com potencial maligno indeterminado (STUMP) apresenta-se como uma massa de crescimento progressivo. Deve ser considerado como tumor de potencial maligno, já que possui risco de metástases. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de subocclusão intestinal causado por STUMP uterino gigante.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 38 anos. Há 08 meses, com distensão abdominal progressiva, dor abdominal difusa, em cólica e constipação intestinal. Solicitada avaliação de urgência por piora da dor abdominal associada a vômitos e parada de eliminação de fezes. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, no entanto, chamava atenção o emagrecimento da paciente e o grande abaulamento do abdome, que se encontrava macio, endurecido, difusamente doloroso, porém sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais evidenciaram apenas anemia. As tomografias de abdome e pelve demonstraram extensa massa heterogênea, que ocupava todo o abdome e deslocava as alças intestinais para o hipocôndrio esquerdo medindo. Optou-se por laparotomia exploradora onde se diagnosticou extensa lesão parauterina à direita ocupando a cavidade peritoneal, sem invasão de outras estruturas, que se assemelhava a um mioma uterino pediculado, e que foi removida completamente. O estudo anatomopatológico mostrou quadro morfológico sugestivo de tumor muscular liso de potencial maligno incerto (STUMP). Optado por manter útero devido desejo de reprodução. Mantém seguimento em conjunto com a equipe de ginecologia, sem sinais de recidiva nos primeiros 12 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: A histerectomia total é considerada o melhor tratamento para esses tumores, entretanto se a paciente tem o desejo de engravidar e está ciente do risco de recorrência da patologia e do seguimento rigoroso no pós-operatório, é possível preservação uterina. Os casos de preservação uterina deverão ser seguidos a cada seis meses, com exame físico, ultrassonografia transvaginal e tomografia de tórax, abdome e pelve, por cinco anos. A histerectomia com ressecção tumoral é o tratamento padrão do STUMP uterino. Em mulheres em idade fértil, com desejo de engravidar, admite-se a preservação uterina desde que seja garantido seguimento rigoroso, devido risco de recidiva local e à distância.</p>	<p>PO 071-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO CERVICAL POSTERIOR COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE MÚSCULO PEITORAL APOS RESSECÇÃO DE METASTASE UNICA CUTANEA DE TUMOR DE NASOFARINGE</p> <p>Caio César Chagas Santos Fernandes, Maria Letícia Barreto Fontes Carvalho, Antonio Augusto Machado Teles Filho, Tarcizo Costa Figueiredo Júnior, Gabriel Ponciano Santos Carvalho, João Pedro Costa Machado Teles, Mariana Amaral Carvalho</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma de nasofaringe (NPC) apresenta um dos piores prognósticos dentre os tumores malignos de cabeça e pescoço. As razões para isso são a proximidade da base de crânio e de outras estruturas vitais, a natureza invasiva do tumor, por causar sintomas tardios e a dificuldade no exame da nasofaringe. Não ocorre de forma frequente no Brasil, sendo sua maior incidência na China. O tumor primário geralmente se inicia na fossa de Rosenmuller e pode permanecer assintomático por longo tempo, até que surjam metástases ganglionares cervicais, presentes em 50% a 90% dos casos, que despertem a atenção do paciente e familiares. O câncer de nasofaringe tem uma tendência a recidivas e a metástases para outros órgãos, dentre elas a metástase cutânea, um fenômeno que resulta da disseminação do tumor por meio de embolização linfática ou vascular, implantação direta durante cirurgias, ou envolvimento da pele por contiguidade. Nesses casos, quando possível, faz-se ressecção total da lesão. Relatamos um paciente com metástase cutânea de câncer de laringe, onde foi realizada ressecção cirúrgica e posterior reconstrução com retalho miocutâneo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 59 anos, deu entrada no ambulatório de oncologia do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), com história de diagnóstico de carcinoma linfopitelial de nasofaringe há 2 anos (T2N2M0), pós quimioterapia e radioterapia. Ao exame físico, apresentava tumoração de caráter fibrótico em região cervical posterior. Foi realizada exérese da lesão com reconstrução imediata com retalho miocutâneo peitoral. No 8º dia pós operatório a viabilidade do retalho era de 100%.</p> <p>DISCUSSÃO: A ressecção de metástases cutâneas pode causar grandes defeitos estéticos e até funcionais, como a exposição de vasos, devido às margens oncológicas. A presença de margens livres é um ponto fundamental na cirurgia oncológica, todo tumor deve ser retirado com uma margem de tecido normal ao redor, para evitar que células microscópicas causem recidiva. Em relação ao caso em questão, a alternativa clássica para a região cervical posterior é a utilização do músculo trapézio para a reconstrução, porém o mesmo obteve a vascularização comprometida. Foi descrito inicialmente por Aríyan na década de 1970, que o retalho de peitoral maior tem grande aceitação nas reconstruções por câncer em cabeça e pescoço pela sua versatilidade. Ele é irrigado pela artéria toracoacromial com uma circulação adicional proveniente da artéria torácica lateral. Assim, foi feito um retalho miocutâneo de peitoral maior 100% viável no pós-operatório.</p>

PO 072-1	PO 072-2
<p>COLANGITE AGUDA POR ASCARIS LUMBRICOIDES</p> <p>Elton Gustavo Boralli Ribeiro, Alessandro Alysson Nascimento Melo, Bruno da Silva Pingarilho, Denys Costa Santana, Lucas Almeida Ribeiro, Naiara Lorrani Silva de Lima, Vinicius Reis de Araujo, Amanda Casagrande Dias</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O parasita helmíntico mais comum no trato gastrointestinal humano é o <i>Ascaris lumbricoides</i>, causador da ascariíase. Com maior incidência em países subdesenvolvidos e periferias de grandes centros, possui um quadro clínico silencioso. O verme adulto normalmente vive no intestino delgado, podendo invadir ductos biliares ou pancreáticos. As migrações extraintestinais ocorrem quando a carga parasitária é alta, fazendo com que os vermes tendam a migrar para fora do seu habitat usual. Apenas 2,1% de todos os casos são do ducto biliar, com manifestações relacionadas à colangite, colecistite ou pancreatite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 49 anos, etilista e usuário de drogas ilícitas há 34 anos, chega ao serviço de atendimento do hospital de emergências relatando intensa epigastralgia após ingestão de etanol, com tratamento de 30 dias com sintomáticos e inibidor de bomba de prótons por suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, sem melhoras o paciente retornou ao serviço com dor forte em hipocôndrio direito e febre. Aos exames laboratoriais: leucocitose de 14.000, elevação de transaminases, fosfatase alcalina e bilirrubina total, porém hemodinamicamente estável, sendo solicitada ultrassonografia de abdômen que identificou numerosos <i>ascaris</i> nas vias biliares e na vesícula, assim, indicada laparotomia exploratória. Realizou-se uma colecistectomia; ligadura do ducto cístico; e incisão transversal no colédoco, explorando a via e confirmando numerosos <i>ascaris</i> no colédoco, que foram retirados retornando a conformação natural desta via. Realizou-se também uma coledocotomia com exploração da via, sem achados significativos, e introdução de dreno de Kher por 10 dias. No pós-operatório (D10) foi encontrada saída de <i>ascaris</i>, e por isso indicado o tratamento clínico e alta hospitalar, caracterizando uma boa evolução e adesão ambulatorial pós-alta, com resolução total do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: A ascariíase hepatoiliar é uma condição pouco usual, encontrada principalmente em regiões endêmicas do nematódo, relatada pela primeira vez há pouco mais de 30 anos, portanto, recente. Devido a isso, liga-se a dificuldade de diagnóstico e tratamentos precoces, aumentando o risco de complicações devido à instalação e reprodução acentuada do verme no trato biliar. Os exames de imagem com dilatação biliar junto à suspeição clínica precoce foram fundamentais para a resolução deste quadro.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO PERINEAL APOS AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO COM USO DO RETALHO PERFURANTE DA ARTERIA PUDENDA INTERNA</p> <p>TARCÍSIO JUNIOR BITTENCOURT MACEDO, MARLEY RIBEIRO FEITOSA, ROGÉRIO SERAFIM PARRA, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA, PEDRO SOLER COLTRO</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A reconstrução perineal após amputação do reto permite preenchimento adequado do defeito pélvico, diminui os riscos de hérnias perineais, deiscência cutânea e acúmulo de coleções. As complicações resultantes do tratamento inadequado do períneo podem interferir na recuperação e seguimento oncológico dos pacientes. O objetivo do trabalho é relatar um caso de amputação abdominoperineal do reto com reconstrução perineal através de retalho perfurante da artéria pudenda interna (RPAPI).</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 63 anos, submetida à amputação abdominoperineal do reto com salpingooforectomia bilateral e ressecção da parede posterior da vagina por adenocarcinoma do reto baixo localmente invasivo, sem metástases à distância. O procedimento foi realizado sem intercorrências e o períneo deixado aberto. No terceiro pós-operatório, foi submetida a novo procedimento cirúrgico para confecção do RPAPI, que teve duração de 230 minutos, sem intercorrências. Teve alta com ferida perineal fechada e encaminhada para seguimento oncológico.</p> <p>DISCUSSÃO: A reconstrução perineal com retalhos apresenta menores índices de deiscência da ferida operatória e possibilita a reconstrução da vagina e vulva, quando necessário. O RPAPI, localiza-se no sulco glúteo. É vascularizado por vasos perfurantes cutâneos da artéria pudenda interna e innervado por ramos do nervo pudendo e nervo cutâneo femoral posterior. Apresenta algumas vantagens: boa mobilidade, versatilidade, facilidade de dissecação, vascularização confiável, ausência de déficit funcional na área doadora, espessura adequada, correspondência de pele, ausência de pelos pubianos, bom posicionamento da cicatriz resultante no sulco glúteo, localização fora do campo de radioterapia, pouca interferência funcional e boa preservação da sensibilidade. Pode ser realizado concomitante ao ato operatório principal ou em tempos diferentes.</p>
<p>PO 072-3</p> <p>O USO DO ENXERTO DE PELE NA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS NO DORSO NASAL: RELATO DE CASO</p> <p>MARINÍLIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, THAYNÁ DE LIMA TENÓRIO CAVALCANTE, VIRGÍNIA ALANA SANTOS SARMENTO, CAMILLA UMBELINO DE FRANÇA TOZZI, IZABEL CRISTINA BARBOSA FERNANDES, FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO, ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR, ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cânceres de pele não melanoma, exemplo do carcinoma basocelular (CBC), vêm acometendo com frequência indivíduos na sétima década de vida, devido aumento na expectativa de vida. O local de maior comprometimento é face, especialmente, nariz. O cirurgião plástico representa importante papel frente esses pacientes idosos pois, através de intervenção operatória, proporciona tratamento curativo essa parcela da população. A escolha do uso de enxerto de pele total para reconstrução do dorso nasal, uma subunidade do nariz, é realizada quando outras opções não se encontram adequadas, sendo muito satisfatório do ponto de vista estético e funcional, devido fato de reproduzirem cor e textura da pele normal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 91 anos, leucoderma, hipertensa, diabética, apresentou lesão tumoral extensa, bordas irregulares, infiltrativas, em praticamente todo dorso nasal. A área de ressecção tumoral foi previamente demarcada com corante biocompatível denominado verde brilhante, respeitando margens de segurança preconizadas pela literatura, seguida procedeu-se infiltração de xylocaina 2% sem vasoconstrictor. Todo dorso nasal foi extirpado até se atingisse cartilagens, porém não houve necessidade da ressecção-las, pois não encontravam comprometidas. Realizou-se hemostasia rigorosa visando prevenir principais complicações de perda de enxertia cutânea, que consiste na formação de hematoma, impedindo aderência do enxerto ao leito receptor. A área doadora do enxerto foi região supraclavicular direita, sendo retirado em espessura total, por oferecer melhores características estéticas. A área doadora foi suturada por primeira intenção em planos anatômicos, não oferecendo tensão e complicações ao seu fechamento, sendo finalizada através de sutura intradérmica. A fim de minimizar formação de hematomas, mobilização do enxerto no sítio receptor, realizou-se curativo de Brown; este foi retirado no quinto dia pós-operatório. Paciente evoluiu com integração total do enxerto, resultado estético satisfatório.</p> <p>DISCUSSÃO: CBC apresenta maior incidência em indivíduos entre 50-80 anos, constituindo neoplasia com baixo grau maligno, mas com alta capacidade de invasão local. Cerca de 70% do CBC encontra-se localizado no nariz, acometendo principalmente dorso e ponta. Reconstrução das subunidades anatômicas nasais representa grande desafio ao cirurgião plástico, pois a pele apresenta menor mobilidade, quando comparada outras estruturas faciais. Pode-se dizer que outros fatores limitantes à escolha para reconstrução são idade do paciente, tamanho, localização do defeito pós-ressecção tumoral. Nos casos dos pacientes idosos, opta-se por princípio preconizado para cirurgias reparadoras, que deve realizar primeiramente procedimentos simples, menos invasivos, somente em casos selecionados, que pacientes não apresentem comorbidades significativas, efetua-se reconstrução através do uso de retalhos. Enxerto de pele total, apesar de restrição quanto áreas doadoras, oferece resultado estético satisfatório ao reconstruir completamente toda subunidade nasal ressecada.</p>	<p>PO 073-2</p> <p>ADENOCARCINOMAS SINCROCÍCOS, JEJUNAL E ILEAL, APOS PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA PARA TRATAMENTO DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL</p> <p>Marcela Louise Gomes Rivas, Azul Maria Fariña, Andressa Carvalho de Oliveira, Amanda Coelho de Araujo, Daniel da Silva Marques, Henrique Serra de Mello Martins, Romulo Medeiros Almeida, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica hereditária caracterizada por numerosos pólipos adenomatosos localizados no cólon e reto, podendo ter manifestações extra-intestinais. O tratamento cirúrgico é o padrão-ouro para a profilaxia do câncer colorretal nesses pacientes. A média da idade de surgimento dos pólipos é de 22 anos. Neste trabalho apresentaremos um paciente, que após proctocolectomia restauradora, teve adenocarcinomas sincrônicos jejunal e ileal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, aos 12 anos de idade, apresentou episódios de hematoquezia. O pai havia falecido de câncer colorretal aos 46 anos de idade. A avaliação evidenciou PAF. Permaneceu em acompanhamento e após três anos, evoluiu com diarreia, hematoquezia, anemia e perda ponderal. Foi submetido à colectomia subtotal com anastomose ileorretal. Foram detectados na peça múltiplos adenomas tubulares e túbulos vilosos com displasias de baixo e alto grau. Na flexura esplênica do cólon, foi evidenciado adenocarcinoma moderadamente diferenciado com áreas de carcinoma mucinoso (T2N0M0). Aos 17 anos de idade, identificaram lesão úlcero-vegetante no terço médio do reto, localizada a 7cm da margem anal. Ao exame histopatológico confirmou adenocarcinoma. Foi feita proctectomia, mucosectomia, bolsa ileal em J anastomosada manualmente ao canal anal e ileostomia de proteção. A histopatologia havia vários adenomas tubulares com displasia moderada a grave e um adenocarcinoma. Após 6 meses foi fechada a ileostomia. Aos 18 anos apresentou número crescente de pólipos dentro da bolsa ileal e no íleo. Com 26 anos passou a referir episódios de hematoquezia e foram detectadas lesões polipóides na bolsa ileal. Foi administrado sulindac oral, porém, um pólipó sésil na alça proximal à bolsa ileal manteve-se em crescimento. A biópsia evidenciou adenocarcinoma. A endoscopia digestiva alta apontou pólipos sésseis no fundo gástrico, grande curvatura e duodeno cujo exame histopatológico confirmou adenomas com displasia de baixo grau. Em novembro de 2009, aos 26 anos de idade, realizou-se ressecção da bolsa ileal, enterectomia segmentar do jejuno e confecção de nova bolsa ileal e ileostomia de proteção. O histopatológico confirmou adenocarcinoma no jejuno próxima e no íleo junto à bolsa ileal. Aos 32 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma duodenal e metástase hepática vindo a morrer dois meses após.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste relato de caso foi confirmado adenocarcinoma sincrônicos no intestino delgado, um localizado no jejuno proximal e outro no íleo terminal. A PAF se caracteriza por inúmeros casos de pólipos no cólon e reto, em alguns casos o intestino delgado está afetado. O tratamento da polipose é a ressecção cirúrgica, sendo a operação padrão a proctocolectomia com bolsa ileal. Pode surgir adenocarcinoma na bolsa ileal, no segmento retal remanescente, e mais raramente no intestino delgado. Assim a vigilância deve fazer parte da rotina pós-operatória.</p>

PO 073-3	PO 074-2
<p>RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES AXILARES ATRAVÉS DO USO DO RETALHO DE LIMBERG APOS RESSECÇÃO DE EXTENSA HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO</p> <p>MARINÍLIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, CLAYTHIANNE TENÓRIO DE ASSUNÇÃO, LUANA MARIA NOGUEIRA BEZERRA TAVARES, MARINA VALE DE BRITTO SALES, DANIELA SOUZA CARVALHO, FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO, ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR, ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hidradenite Supurativa (HS) constitui uma doença cutânea crônica, recorrente resultante da inflamação das glândulas apócrinas do complexo pilosebáceo, mais frequente nas regiões axilar, inguinal. Inicia-se com formação de nódulos subcutâneos que coalescem evoluindo para abscessos que fistulizam, resultando na formação de fibrose, cicatrizes hipertróficas. Pode-se dizer que é uma doença extremamente debilitante podendo inclusive ocasionar incapacidade laborativa, baixa estigma social, diminuição na qualidade de vida. A faixa etária mais atingida é a segunda e quarta década de vida, maior prevalência no sexo feminino. Apresenta como fatores de risco obesidade, tabagismo, alcoolismo. O diagnóstico é estabelecido através de suas características clínicas e cronicidade. Existem diversas possibilidades de tratamento, dentre elas o cirúrgico seguido da reconstrução local através do retalho de Limberg, sendo este considerado boa opção por oferecer menor risco de contraturas e melhor resultado estético.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 28 anos, feodermo, apresentou nódulos inflamados, alguns fistulizados, com saída de secreção de odor fétido, em axilas. Realizou-se demarcação prévia da área a ser extirpada com corante biocompatível denominado verde brilhante, em seguida, procedeu-se infiltração de xilocaína 2% vasoconstrictor. As lesões foram ressecadas até atingir a fáscia muscular. Efetuou-se marcação do retalho de Limberg para reconstrução do defeito através do prolongamento do diâmetro da área ressecada, ao final desta linha, traçou-se outra de mesmo comprimento, paralela à área ressecada. Optou-se por não transformar a lesão resultante da ressecção em defeito rombóide objetivando maior preservação tecidual, minimizando formação de contraturas. O retalho foi transposto sobre área ressecada observou-se, no intraoperatório, que paciente não apresentava limitação de movimento do braço. Material retirado foi enviado para estudo anatomopatológico, que evidenciou tratar-se da patologia em questão, sem evidências de malignidade. Os retornos para controle pós-operatório ocorreram semanalmente, posteriormente mensalmente, finalmente, anuais. O paciente evoluiu com bom resultado funcional, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Hidradenite Supurativa pode ser tratada através do uso de anti-inflamatórios e antibióticos tópicos e orais, porém, quando se apresenta nas formas moderadas ou graves, opta-se pela intervenção operatória objetivando minimizar quadros de recidiva e proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente. Existem diversas possibilidades para reconstrução da região axilar destacam-se, os retalhos locais para a abordagem dos defeitos complexos, por proporcionar melhor qualidade, funcionalidade à área reconstruída. O retalho de Limberg oferece grande versatilidade para reconstrução axilar, como apresenta linhas e ângulos retos, em contraste com os retalhos circulares, propicia diminuição na possibilidade de formação de contraturas cicatriciais, tornando-o uma escolha adequada para reconstrução da região axilar.</p>	<p>USO DA CAPSULA ENDOSCOPICA COMO FERRAMENTA DIAGNOSTICA APOS ENDOSCOPIAS ALTA E BAIXA NORMAIS</p> <p>TARCÍSIO JUNIOR BITTENCOURT MACEDO, RAFAEL PASQUALINI CARVALHO, MARLEY RIBEIRO FEITOSA, ROGÉRIO SERAFIM PARRA, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Através da análise do - banco de dados prospectivo de cápsula endoscópica (CE) de dois centros de referência do município de Ribeirão Preto, o trabalho objetiva mensurar a contribuição e rendimento diagnóstico da CE nas manifestações intestinais.</p> <p>RELATO DE CASO: Foram estudados 185 pacientes, a maior parte do sexo masculino (60,5%), com idade média de 58,7 ± 19 anos. As indicações para o exame foram: sangramento de origem obscura (81,6%), dor abdominal (10,8%) e diarreia (3,2%). A avaliação do intestino delgado foi completo em 87% dos casos, com uma taxa de rendimento diagnóstico de 69,2%, sem diferença entre centros de referência. A única complicação foi retenção da CE em 1,6 % dos casos. Os principais achados foram: angiectasias (53,5%), úlceras (15,1%), pólipos (5,9%), doença de Crohn (3,8%) e neoplasia do delgado (3,8%). A única manifestação preditora de rendimento diagnóstico foi a passagem de sangue visível pelo reto (p=0,007). Todos os pacientes submetidos ao procedimento possuíam endoscopia digestiva alta e colonoscopia normais.</p> <p>DISCUSSÃO: A cápsula endoscópica pode fornecer informações importantes e a presença de sangue visível é preditor independente de rendimento diagnóstico.</p>
<p>PO 075-1</p> <p>FÍSTULAS BILIODUODENAL E BILIOCOLÔNICA</p> <p>Marinna Karla Cunha Lima Viana, Vanessa Araújo Alves, Gabriella Bento Moraes, João Vítor Cunha Lima Viana</p> <p><i>Unipê - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As fistulas biliares, apesar de serem raras, são uma complicação de uma patologia comum na realidade médica, a litíase biliar. Além disso, podem resultar em situações que põem em risco a vida do paciente, portanto, são essenciais como objeto de estudo. As fistulas biliares internas espontâneas consistem em uma comunicação anômala que se estabelece entre qualquer segmento da árvore biliar e órgãos abdominais, como será melhor descrito adiante.</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.N., sexo masculino, 51 anos, com história de dor em hipocôndrio direito, há 7 horas associado a náuseas e plenitude gástrica. Foi realizada uma ultrassonografia de abdome total cujo resultado mostrou achados compatíveis com colelitíase calculosa. A tomografia de abdome total, por sua vez, mostrou colelitíase com sinais de processo inflamatório agudo. Em seguida, em avaliação cirúrgica, indicou-se a colecistectomia videolaparoscopia realizada pelo Dr. Wandemberg Albuquerque no Hospital Municipal Santa Isabel, João Pessoa - PB, referência para essas patologias. O procedimento foi realizado 4 portais e, no intraoperatório, foram encontradas duas fistulas bilioentéricas, uma para o duodeno e outra para o cólon transverso. Assim, foi realizada dissecação das aderências inflamatórias, colecistectomia e sutura das fistulas com fio de poliglecaprone 3-0 por via laparoscópica. O paciente evoluiu bem, tendo alta no 3º dia de pós operatório, sem queixas, sem sinais de colestase, em dieta branda e eliminações fisiológicas.</p> <p>DISCUSSÃO: Na colecistite aguda há inflamação dos tecidos próximos à vesícula biliar, resultando em isquemia, necrose e, por fim, perfuração da vesícula para algum órgão oco adjacente ou peritônio. Com isso, forma-se as fistulas por onde pode ocorrer migração de cálculos, podendo causar uma síndrome obstrutiva. No caso relatado foram encontradas duas fistulas biliares, uma bilioduodenal e outra biliocolônica, sendo a primeira mais comum com 68% dos casos e a segunda com 5 a 25% dos casos. A principal etiologia das fistulas biliodigestivas é a colelitíase recorrente, outras causas são úlcera duodenal e infiltração neoplásica. A identificação das fistulas biliodigestiva é comumente atrasada devido ao quadro clínico inespecífico, levando a um aumento da morbimortalidade. Por isso, como aconteceu no caso exposto, a maioria dos diagnósticos acontecem no intraoperatório. Os sinais diagnósticos que podem ser identificados incluem a tríade de Rigler (intestino delgado distendido, pneumobilia e colédoco ectópico calcificado) presente em 1/3 dos casos de íleo biliar ou achados específicos da colangiorenoscopia. A maioria das fistulas bilioduodenais e biliocolônicas são manejadas através de colecistectomia videolaparoscópica, como foi no caso apresentado. O tratamento cirúrgico consiste principalmente na dissecação das aderências inflamatórias, colecistectomia e sutura das fistulas e, se necessário, exploração das vias biliares.</p>	<p>PO 075-2</p> <p>SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK: UM RELATO DE CASO</p> <p>Ester Magro Borigato, Rachel Gonçalves Nihari, Gabriela Soares Piazza Dal Pont, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thome, Oswaldo Moraes Filho, Natascha Mourão Moreira, João Batista Sousa, Rômulo Medeiros Almeida</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de McKittrick-Wheelock é uma rara complicação que ocorre no adenoma viloso secretor de reto onde há distúrbios hidroeletrólitos em decorrência da grande perda de sódio, potássio e água. Pode estar associado ao quadro também a insuficiência renal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 63 anos, foi admitido apresentando uma história de diarreia aquosa há 2 anos e câibras há 1 mês, ao exame físico estava com pressão arterial de 110x70 mmHg e frequência cardíaca de 150 bpm. Os exames laboratoriais mostraram uremia, hipocalcemia e hiponatremia, com ureia de 226 mg/dL, creatinina de 4,3 mg/dL, potássio de 2,8 mmol/L e sódio de 127 mmol/L. Fez uso de potássio intravenoso e foi solicitado exame de colonoscopia. Na colonoscopia foi identificada uma lesão vegetante ocupando 70% da luz, com cerca de 10 cm de extensão, desde a linha pectínea até o reto médio, a biópsia evidenciou uma lesão tubular vilosa com displasia epitelial de alto grau no reto. Devido ao tamanho da lesão de reto e possibilidade de haver adenocarcinoma associado, foi optado junto ao paciente por ressecção cirúrgica do reto. Foi realizada ressecção anterior do reto e ileostomia de proteção em março de 2016. Evoluiu com complicações no pós-operatório sendo necessária a internação em unidade de terapia intensiva e hemodiálise. Devido a piora clínica e imagem sugestiva de abscesso abdominal, foi submetido à laparotomia exploradora no 10º dia pós-operatório para lavagem da cavidade abdominal. O paciente apresentou gradual melhora e recebeu alta no trigésimo sexto dia de pós-operatório com remissão dos sintomas. O anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenoma túbulo-viloso e focos de adenocarcinoma com estadiamento pT1N0. Devido a presença de adenoma no reto associado aos sintomas prévios à operação, foi feita a hipótese diagnóstica da síndrome do adenoma secretor de reto, conhecida como síndrome de McKittrick-Wheelock.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos pacientes que apresentam pólipos adenomatosos apresentam sintomas inespecíficos gastrointestinais, sendo o mais frequente sangramento retal acompanhado de anemia, ou são assintomáticos. Pacientes com adenomas vilosos podem em raros casos, como foi o relatado, apresentar diarreia secretória com perda considerável de fluidos e eletrólitos que pode ser fatal. Os tumores que provocam essa síndrome costumam se localizar no reto ou sigmoide e geralmente tem um tamanho grande. O quadro clínico revela hiponatremia, hipocalcemia, hipocloremia, acidose metabólica e desidratação indicando injúria renal aguda. O tratamento consiste em corrigir o distúrbio hidroeletrólítico e fazer a remoção cirúrgica do tumor. A síndrome de McKittrick-Wheelock pode ser uma situação de difícil diagnóstico em que se deve estar alerta para as complicações que o paciente pode desenvolver que podem demandar tratamento prolongado.</p>

PO 075-3	PO 076-1
<p>ANGIOSSARCOMA DE MEMBRO SUPERIOR</p> <p>diego bezerra aragão, erika silva spessirits</p> <p><i>santa casa de misericórdia de sobral - sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O angiossarcoma é uma rara neoplasia vascular originada das células endoteliais, compreendendo 2% dos sarcomas de tecidos moles. O local mais comum de envolvimento é a região da cabeça e pescoço, sendo responsável por 52% dos casos, ocorrendo principalmente em idosos, tendo uma predileção para o sexo masculino. É muito agressivo com alta taxa de recorrência, e metástase precoces e mau prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Resultados: Relato de caso: A.N., 78 anos, aposentado, com história de aparecimento de tumoração em membro superior direito, de caráter endurecido e crescimento progressivo ao longo de 9 meses associado a edema de todo membro superior, submetido a amputação de membro o superior direito, cujo diagnóstico foi confirmado pela histopatologia e imunohistoquímica como angiossarcoma. Sendo o tratamento complementado com radioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O angiossarcoma é um tumor raro, que pode apresentar-se de várias maneiras, portanto o diagnóstico precoce e o tratamento combinados são fundamentais para aumentar a sobrevida destes pacientes.</p>	<p>LITÍASE BILIAR E ÍLIO BILIAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Francisco Daniel Nunes Cruz, Luan Mateus Rodrigues Sousa, Artur Neves Cardoso, Pedro Alves Figueiredo Neto, Clarisse de Souza Silva, Samuel Bezerra Machado Junior, Katarine Carvalho Caetano, José Aderval Aragão</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Ílio Biliar (IB) consiste numa classificação de colecistite complicada e rara, em que ocorre uma comunicação anormal entre a via biliar e o intestino, onde um cálculo biliar extenso acaba por migrar para a luz entérica, causando obstrução mecânica. O IB corresponde a cerca de 1% a 4% dos casos de obstrução mecânica, principalmente em idosos com mais de 65 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, admitida na urgência do HUL-SE, com queixa de dor abdominal, há cinco dias, que se intensificou nas últimas 48 horas, evoluindo com quadro de constipação há 1 dia, associado à náuseas, vômitos e distensão abdominal. A paciente relata crises de dor há cerca de 4 meses, na região de hipocôndrio direito e epigástrico. Ao exame físico: apresentava-se hipocorada, normotensa, abdome distendido, doloroso à palpação difusamente (descompressão brusca +), hipertimpânico à percussão, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Foram solicitados exames laboratoriais, TC de abdome e pelve sem contraste, além de prescrita reposição volêmica, analgesia e dieta zero. Os resultados dos exames laboratoriais (Hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia ao acaso) indicaram DM II (Glicemia=340 mg/dl), ureia e creatina elevada e leucocitose (24.720 mm³), enquanto as demais análises estavam dentro dos padrões referenciais normais. Na TC, foi visualizada imagem sugestiva de cálculo radiopaco a cerca de 40 cm da válvula ileocecal (Ponto de obstrução), com distensão de intestino delgado. Com isso, foi indicado o procedimento cirúrgico: laparotomia exploratória, que evidenciou sofrimento de alças nas proximidades do cálculo + enterotomia com retirada de cálculo de cerca de 5 cm + enterorráfia + lavagem de cavidade abdominal com SF 0,9% + fechamento da parede abdominal em 2 planos, sendo mantida a antibioticoterapia preventiva. A paciente aceitou bem a dieta líquida de prova que foi introduzida no 2º DPO; no 3º DPO teve dieta branda bem aceita, abdome flácido e pouco dolorido, além de primeiro quadro de eliminação de fezes após a cirurgia, sendo observada por mais 2 dias para analisar a evolução clínica. Durante todo o tempo de internação fez uso de antibioticoterapia (Metronidazol + Ceftriaxona). A paciente teve alta hospitalar no 6º DPO com orientações para o retorno via ambulatorial para eventuais revisões.</p> <p>DISCUSSÃO: O íleo biliar é uma patologia rara, podendo gerar dúvidas em qual a conduta seria melhor para o paciente. Porém, é de consenso entre a comunidade científica que trata-se de uma manifestação eminentemente cirúrgica, e que deve ser de conhecimento prévio, principalmente por profissionais da urgência e emergência, uma vez que o tratamento é cirúrgico corrigindo a obstrução, em alguns casos é necessário realizar outros procedimentos, como colecistectomia e correção de fistulas, que de maneira geral dependem do suporte hospitalar, uma vez que prolongam o tempo cirúrgico e também o risco de complicações por múltiplos procedimentos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 076-2</p> <p>ADENOCARCINOMA DE COLON COM FÍSTULA ENTERO-CUTÂNEA</p> <p>DORIS MEDIANEIRA LAZAROTTO SWAROWSKY, BRUNA BOEIRA, INACIO SWAROWSKY, GUSTAVO LAZAROTTO SWAROWSKY, BRUNA TOLFO OLIVEIRA, JULIANE JUNGES, ANA PAULA BOLZAN</p> <p><i>UNIS - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal possui como principais sinais e sintomas perda ponderal de peso, anemia ferropriiva, alteração do hábito intestinal, hematúria ou melena. Diagnosticado por triagem, exames investigativos de alguma queixa ou após obstrução intestinal em casos mais avançados. Além de obstrução, as neoplasias do cólon também podem causar perfuração direta do tumor através da parede do intestino e até fistulizar para estruturas adjacentes ou para a parede abdominal. Este trabalho objetiva relatar o caso de paciente atendido no Hospital de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul com adenocarcinoma em cólon ascendente que evoluiu com obstrução intestinal e posterior fistulização cutânea, correlacionando os achados e conduta com dados da literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: T.P., masculino, 61 anos, após seis meses de investigação de perda de peso (37kg), dor abdominal, astenia, diarreia e vômito, foi diagnosticado na sua cidade de origem com adenocarcinoma de cólon ascendente avançado. Após diagnóstico, foi internado devido a sinais flogísticos na pele no flanco e dorso direito além de febre e parada do trânsito intestinal. Realizado ecografia abdominal que constatou coleção líquida que logo foi drenada, saindo líquido purulento e fezes. Em seguida, foi encaminhado para hospital referência em oncologia na região central do Rio Grande do Sul. Foi realizada nova tomografia computadorizada abdominal com contraste, sendo descrito fistula da lesão do cólon para parede dorsal com processo inflamatório regional. Foi feita laparotomia exploratória e uma anastomose íleo-cólon transversa, afim de cessar a passagem de conteúdo intestinal pelo cólon ascendente para possibilitar trânsito intestinal e a resolução da infecção. Paciente recebeu alta hospitalar temporária, com orientações para seguimento conservador momentâneo, objetivando alcançar melhora da infecção local, do estado nutricional para em breve ser submetido à nova cirurgia e retirada da lesão neoplásica.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso descrito, o adenocarcinoma seguiu um desfecho pouco usual. O diagnóstico em fase avançada resultou em uma obstrução intestinal, formação de um abscesso e uma fistula entero-cutânea. O mau estado nutricional do paciente, com coleção localizada, sem instabilidade hemodinâmica, determinaram a escolha pelo tratamento cirúrgico em dois tempos. Foi realizada cirurgia eletiva, com desvio do trânsito intestinal através de anastomose íleo-cólon transversa e limpeza da porção ascendente do intestino grosso, com manutenção da fistula, a fim de possibilitar o seguimento da drenagem da coleção subfrenica. O paciente com boa evolução pós-operatória, recebeu alta hospitalar temporária afim de melhorar a nutrição e a infecção. Possui retorno com data já estabelecida para ressecção tumoral.</p>	<p style="text-align: center;">PO 077-1</p> <p>TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO INCIDENTAL. CONDUTA CONSERVADORA - RELATO DE CASO</p> <p>Rinaldo Gonçalves, Eduardo Linhares, Brian Silvestre, Camilla Bandeira Soares, Gabriel Gastim, Renato Fernandes Silva, Carlos Henrique Ximenes, Isaac Tortelote</p> <p><i>INCA - RJ - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores neuroendócrinos vêm apresentando aumento da sua incidência nas últimas décadas. Muito deste aumento em incidência se deve a maior resolução e disponibilidade de exames de imagem, como tomografia, RNM e ecoendoscopia, resultando em um número crescente de tumores diagnosticados incidentalmente. Diferentemente do observado em relação aos tumores neuroendócrinos incidentais do estômago, onde um algoritmo de tratamento é bem estabelecido e aceito, os tumores pancreáticos incidentais não funcionantes menores que 2 cm apresentam controvérsia no seu manejo. Alguns autores recomendam a ressecção cirúrgica em todos os casos enquanto outros advogam uma abordagem mais conservadora, evitando cirurgia e a morbidade. Nós descrevemos um caso de tumor neuroendócrino pancreático descoberto incidentalmente, onde optamos por abordagem conservadora não cirúrgica. Revisão de literatura foi realizada.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminina 72 anos, com hepatopatia crônica por HCV, CHILD PUGH B. Exame de imagem foi identificado lesão em corpo do pâncreas. Paciente assintomática. TC: formação nodular na transição corpo-caudal do pâncreas, hipodensa e sem realce significativo após o contraste, cerca de 1,5x1,3 cm. PAAF: tumor neuroendócrino, estudo imunohistoquímico mostrando positividade para sinaptofisina e cromogranina e índice de proliferação celular, Ki-67 de 1%. Cintilografia negativo para presença de tecido tumoral com expressão de receptores de somatostatina. Então, foi optado pela observação e controle da lesão, sem ressecção cirúrgica, através de tomografias semestrais. Paciente faleceu devido a deteriorização do quadro hepático 46 meses após o diagnóstico do tumor neuroendócrino, com controle negativo para crescimento da lesão pancreática ou surgimento de metástases locais ou à distância.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora a cirurgia seja considerado como terapêutica de escolha em pacientes com lesões ressecáveis, a morbidade inerente a cirurgia pancreática associada ao comportamento indolente de lesões <2 cm, faz com que não haja consenso quanto ao seu manejo. Haynes avaliou 139 pacientes com TNE não-funcionantes incidentais submetidos a cirurgia. 39 pacientes apresentavam tumores <2 cm. Recorrência local ou metástases a distância foram identificados em 7,7% destes. Concluíram que todo tumor incidental deva ser ressecado, independente do tamanho, mesmo às custas de uma taxa de morbidade de 43% presente no estudo. Um estudo envolvendo 133 pacientes com TNE assintomáticos, 77 pacientes foram seguidos sem cirurgia. Após 45 meses de follow up, nenhum paciente apresentou aumento significativo da lesão ou desenvolvimento de metástases a distância. Dentre os 56 submetidos a cirurgia, nenhum apresentou recidiva, porém morbidade relacionada ao procedimento cirúrgico foi observada em 46%. Gaujoux avaliou 46 TNE esporádicos menores que 2 cm. Nenhum paciente apresentou metástases a distância. 13% dos pacientes houve um aumento maior que 20% no tamanho da lesão. O acompanhamento com exames de imagem pode ser seguro.</p>

PO 077-2	PO 077-3
<p>RESULTADOS CIRURGICOS DA OPERAÇÃO DE ALTEMEIER REALIZADA POR MEDICOS RESIDENTES</p> <p> TARCÍSIO JUNIOR BITTENCOURT MACEDO, MARLEY RIBEIRO FEITOSA, ROGÉRIO SERAFIM PARRA, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA </p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p> INTRODUÇÃO: Através da análise de um banco de dados prospectivo de 2008 a 2018, dos procedimentos realizados por médicos residentes, sob supervisão, este trabalho objetiva a avaliação de complicações cirúrgicas e índice de recidiva da retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altemeier), no tratamento do prolapso do reto. </p> <p> RELATO DE CASO: Foram realizadas 74 operações. A maior parte dos pacientes mulheres (86,5%), classificação ASA II (59,5%), idade média de 76±11 anos e comprimento médio do prolapso de 11cm. Os procedimentos tiveram duração mediana de 66 minutos e foram realizadas sob anestesia espinal em 98,6% dos casos. Houve predomínio da anastomose mecânica (62,2%). A taxa de morbidade foi de 10,8% e a principal complicação foi deiscência da anastomose coloanal (50%). A internação teve duração mediana de 3 dias. As taxas de reinternação e reoperação em 30 dias foram de 5,4 e 6,8%, respectivamente. As taxas de recidiva e óbito em 01 ano foram de 10,8 e 1,4%, respectivamente. </p> <p> DISCUSSÃO: Em comparação a dados da literatura, a cirurgia de Altemeier pode ser realizada por médicos em treinamento com morbidade aceitável e resultado satisfatório. </p>	<p>CUIDADO NA AVALIAÇÃO E NO MANEJO DE NEONATOS APRESENTANDO IMPORTANTE MICROGNATIA</p> <p> Cleyton Ignacio Fernandes, Thaisa Hanemann, André Kohatsu Coutinho, Diuly Mie Takahashi, Leticia Lima de Araújo, Fernando Liberato da Silva, Jamile Dutra Correia, Rafael Fabiano Machado Rosa </p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p> INTRODUÇÃO: A micrognatia, dependendo das sua gravidade, pode levar a obstrução das vias aéreas e dificuldades alimentares, especialmente no período neonatal. Nosso objetivo foi relatar um caso de um paciente com importante micrognatia que foi hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. </p> <p> RELATO DE CASO: Paciente G.R.F., sexo masculino, nasceu de parto cesáreo com 28 semanas de gravidez. O recém-nascido (RN) chorou ao nascer. Contudo, depirmiu e apresentou dificuldades de intubação, bradicardia, sendo realizado massagem cardíaca e suporte ventilatório. O diagnóstico médico descrito no prontuário foi de micrognatia e glossoptose, causando obstrução respiratória severa com necessidade de intubação. O RN permaneceu hospitalizado na UTI Neonatal, sendo submetido a vários exames e cirurgias. Nove dias após o nascimento o paciente realizou uma cirurgia de decortificação pulmonar por videotoracoscopia. Foi submetido a uma endoscopia digestiva alta aos quatorze dias de vida e a osteoplastias de mandíbula, com um mês e quinze dias. </p> <p> DISCUSSÃO: No cuidado a estes pacientes, a prioridade deve ser a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Se o tratamento não for adequado, a hipóxia crônica com retenção de CO₂ e o aumento da resistência vascular pulmonar podem levar ao cor pulmonale. Além disso, as crises recorrentes de cianose podem levar à hipóxia cerebral. As dificuldades alimentares ocorrem devido as alterações respiratórias. Por isso, a necessidade de alimentação por sondas gástricas ou entéricas é frequente. Porém, quando a dificuldade respiratória melhora, pode-se possibilitar a alimentação por via oral. Vários tratamentos são descritos na literatura, sendo os mais frequentemente utilizados aqueles que se baseiam no tratamento postural, intubação nasofaríngea e procedimentos cirúrgicos (glossopexia, traqueostomia e distração mandibular). A avaliação e diagnóstico precoce implicam em melhores tratamentos e cuidados a recém-nascidos em UTIs neonatais com importante micrognatia. </p>
<p style="text-align: center;">PO 078-1</p> <p>TUMOR NEUROENDOCRINO NAO FUNCIONANTE DO PANCREAS EM PACIENTE JOVEM</p> <p> CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CAVALCANTI, THAYSE DA ROCHA FERRO CAVALCANTI, PAULA CABRAL DE MENDONÇA CAVALCANTI, CLAUDIO EDUARDO DE OLIVEIRA CAVALCANTI </p> <p><i>UNCISAL-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p> INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são entidades raras e podem ser classificados em funcionantes e não funcionantes. A faixa etária de maior incidência é por volta dos 50 anos, sendo em jovens um achado mais raro. Geralmente surgem de forma esporádica, mas também podem estar associados a síndromes genéticas hereditárias. Seu quadro clínico é inespecífico e a maioria dos pacientes é assintomática. Contudo, o efeito de massa ou metástase, pode gerar um quadro sintomático no qual os principais achados são: dor abdominal, anorexia e náusea. Por ser um quadro clínico inespecífico, costuma ser um achado incidental por meio de exames de imagem. Para um diagnóstico específico, a Cromogranina A deve ser dosada para a classificação em funcionante ou não funcionante. Para especificar o tamanho e localização do tumor lança-se mão da Tomografia, ressonância magnética e ecoendoscopia, este com a vantagem de biópsia guiada. O tratamento pode ser expectante ou intervencionista a depender da característica do tumor, do tamanho e da localização. </p> <p> RELATO DE CASO: Relata-se um caso clínico referente a um paciente do sexo masculino, de 21 anos, diagnosticado com nódulo pancreático de 1,5cm, assintomático, após tomografia computadorizada realizada na emergência durante um episódio de gastroenterite. Seguida a investigação, foi identificado como sendo um tumor neuroendócrino de pâncreas não funcionante classificado como G1. Os exames de imagem identificaram o tumor na cabeça do pâncreas, entre os ductos de Wirsung e do colédoco intrapancreático. A biópsia por ecoendoscopia demonstrou ser tumor neuro endócrino. Devido às características do tumor e a sua localização, o tratamento escolhido foi gastroduodenopancreatectomia. Após o procedimento cirúrgico e realizada a exérese do tumor, o diagnóstico foi confirmado pela imunohistoquímica da peça operatória. Após a cirurgia, o paciente apresentou boa evolução. </p> <p> DISCUSSÃO: A idade do paciente, 21 anos, contrapõe a faixa etária da literatura para essa neoplasia, que é mais prevalente na sexta década de vida. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento curativo de uma neoplasia com potencial maligno. Diagnosticado o tumor incidentalmente, ainda assintomático, de pequeno tamanho e sem metástase avaliada pelo Gálio 68, contribuíram para o tratamento precoce e curativo. </p>	<p style="text-align: center;">PO 078-2</p> <p>LIGADURA INADVERTIDA DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR NO TRAUMA OCASIONANDO SINDROME DO INTESTINO CURTO</p> <p> Mariana França Bandeira de Melo, Huri Brito Pogue, Mairo Grossi Moratto, Humberto Florim Leal, Marcel Takeshi Shono, Agatha Noletto de Souza Sieiro Conde, Paula Martins Rodrigues, Rodrigo Silveira Rocha </p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p> INTRODUÇÃO: A Síndrome do Intestino Curto é um quadro grave de má-absorção. É uma das formas mais comuns de falência intestinal. Ocasionalmente depende de Nutrição Parenteral (NPT), desnutrição grave e muitas vezes a morte. A evolução clínica depende do processo de adaptação intestinal. Após a ressecção intestinal, a capacidade de absorção da mucosa remanescente aumenta através de diversos mecanismos estruturais e funcionais. Não há uma definição de quanto de intestino delgado é necessário para manter a absorção dentro dos padrões da normalidade. </p> <p> RELATO DE CASO: AJB, masculino, 38 anos, foi admitido após ter sido vítima de perfuração por arma branca em hipocôndrio direito. Ao exame físico FC: 124bpm, FR: 23irpm, PA: 104x58mmHg, agitado e com evisceração de alças intestinais. Submetido à laparotomia exploradora (LE) de urgência. Ao inventário: grande quantidade de sangue em cavidade abdominal, com sangramento advindo de vasos mesentéricos e, ainda, perfurações em cólon. Realizada a ligadura dos vasos sangrantes, ileostomia, transversoestomia e peritoneostomia devido à impossibilidade de fechamento da parede abdominal por edema de alças intestinais. No 1º DPO, evoluiu com choque séptico, necessitando de drogas vasoativas, foi submetido à nova LE devido à necrose de alças intestinais, visualizada em Bolsa de Bogotá. Procedida enterectomia extensa de parte do intestino delgado, restando cerca de 60cm do mesmo, todo cólon ascendente, transverso e parte do cólon descendente. Identificada ligadura de artéria mesentérica superior. Mantido em peritoneostomia, iniciado NPT. Evoluiu bem, sendo submetido a fechamento de peritoneostomia após 3 dias da reabordagem. No POI, em leito de UTI, apresentou melhora clínica, extubado, sem drogas vasoativas, sendo possível iniciar dieta enteral em associação com NPT. Após, em leito de enfermaria, recebeu NPT hipercalórica, nutrição oral suplementada por dieta por sonda nasointestinal, associado à doses plenas de loperamida e racecadotril. Após medidas, o débito pela jejunostomia evoluiu de 2400mL para 1300mL diários. Após 2 meses, foi submetido à Reconstrução de Trânsito Intestinal (RTI) com anastomose jejunocólica e colecistectomia devido à quadro de colecistite induzido por NPT. Apresentou abscesso intra-abdominal no PO, resolvido com antibióticos EV. Após 1 mês, o paciente mantém 3 evacuações diárias com dieta oral completa e medicações. Optado por desmame de NPT. Em 2 meses da RTI, recebeu alta hospitalar com peso estabilizado, sem NPT, albumina: 3,0mg/dL e em uso de antidiarreicos e pancreatina oral. </p> <p> DISCUSSÃO: A RTI com permanência de grande parte do cólon descendente, sigmóide e reto foi essencial para a estabilização nutricional do paciente. A intervenção nutricional precoce é fundamental para a manutenção da vida. Identificar uma lesão na artéria mesentérica superior e investir em esforços para um reparo adequado da mesma, evita uma evolução trágica na vida de um paciente e custos exacerbados em um hospital. </p>

PO 078-3	PO 079-2
<p>USO COMBINADO DE RETALHOS DE ROTAÇÃO E AVANÇAMENTO EM RECONSTRUÇÃO DE FACE POR TRAUMA</p> <p>LUCAS PASTORI STEFFEN, JULIA TONIETTO PORTO, PEDRO HENRIQUE CARDOSO DALL'AGNOL, LAETITIA TRINDADE, FELIX KALICKI CASTILHO, MATHEUS PRESA BARBIERI, JULIANA MENEZES ZACHER, LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA</p> <p><i>Ulbra - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: É de conhecimento público que os países em desenvolvimento apresentam um alto índice de acidentes automobilísticos com repercussão em atendimentos médicos de urgência. No Brasil, 15,3% destes acidentes envolvem trauma de face. Este tipo de trauma causa um grande prejuízo funcional, estético e, por consequência, social ao indivíduo, levando-o a problemas psicológicos e baixa produtividade no trabalho. A prevalência desta causa importante de mutilações faciais, associada a diversas outras situações que também levam a esse desfecho - como mutilações provocadas por ressecções oncológicas, ferimentos por arma de fogo, entre outros - acabam fazendo com que a abordagem ao trauma de face seja uma situação muito comum na prática médica, exigindo do profissional um conhecimento profundo de técnicas e opções que possibilitem um tratamento satisfatório aos seus pacientes. O caso a ser apresentado reforça a importância do uso correto dessas técnicas cirúrgicas nos traumas de face, bem como atendimento na urgência hospitalar através de equipes multidisciplinares.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 58 anos, vítima de acidente automobilístico de alta gravidade, com TCE e múltiplas lacerações em face, importante perda de substância, principalmente em lábio superior, chegando a mais de dois terços acometidos. Avaliada primeiramente em sala de emergência e submetida aos protocolos de trauma, que não evidenciaram lesões neurológicas, torácicas ou abdominais. Paciente estável, é transferida para o bloco cirúrgico aos cuidados da equipe de cirurgia plástica. Sob anestesia geral, é realizada abundante lavagem e debridamento cirúrgico dos tecidos, identificando mais claramente a extensão das lesões. Diante da apresentação das lacerações, extensas e profundas, opta-se por uso combinado de retalhos de rotação e avançamento nas regiões mandibular, maxilar e de lábio superior, além de suturas primárias em região frontal e dorso nasal, dando atenção especial a manutenção da funcionalidade bucal da paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso correto de retalhos cirúrgicos é um dos pilares de qualquer cirurgia reconstrutiva. Em situações rotineiramente encaradas, com perda importante tecidual, exposição de estruturas nobres, extensas áreas de lesão, entre outras, a exigência de uma terapêutica além da sutura primária é imprescindível. Em casos como este apresentado, o resultado alcançado só é possível a partir da aplicação prática dos conhecimentos a cerca dos retalhos cutâneos. Com a técnica adequada de manejo dos tecidos consegue-se, de maneira muito mais eficiente, a cobertura das lesões, diminuindo a tensão entre as suturas, mantendo bordas evertidas e melhorando o prognóstico estético-funcional para o paciente.</p>	<p>SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS - RELATO DE CASO</p> <p>Vanessa Siqueira Reis, Vitória Espíndola Leite Borges, Oswaldo Moraes Filho, Sebastião Dutra Moraes Júnior, Rômulo Medeiros Almeida, Bruno Augusto Alves Martins, Louyse Nayara Silva Moraes, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é afecção rara hereditária autossômica dominante. Caracteriza-se pela presença de pólipos hamartomatosos em todo trato gastrointestinal, pigmentações melanocíticas mucocutâneas e predisposição para neoplasias em múltiplos órgãos. Assim, apresentamos um relato de caso de uma jovem portadora de SPJ com diagnóstico após rastreio por história familiar.</p> <p>RELATO DE CASO: Jovem de 17 anos, feminino, com cólicas abdominais desde os dois anos de idade, inicialmente atribuídas a intolerância alimentar, associadas a manchas melanocíticas em falanges, mucosa oral e perioral. Hábito intestinal diário, com fezes endurecidas de coloração enegrecida, sem sangue ou muco. Endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva e múltiplos pólipos gástricos, o maior com 6 mm; histopatológico compatível com pólipos hiperplásicos. Enterotomografia com dois pontos de intussuscepção de delgado a 37 e 65 cm do ligamento de Treitz. Colonoscopia normal. Foi indicada laparotomia exploradora cujos achados foram dois pontos de intussuscepção no jejuno proximal. Desfeitas as invaginações, à palpação identificou-se presença de duas lesões intraluminais que serviam como cabeça de alça. Realizada enterotomia na mais proximal e por esse orifício foram evertidas as duas lesões polipóides e realizadas polipectomias com diatermia. Na enteroscopia intraoperatória foram ressecados outros três pólipos sesséis menores de até 3 mm. Histopatológico confirmou o diagnóstico de pólipos hamartomatosos de Peutz-Jeghers. Realizada enterorrafia com boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: A SPJ é afecção rara, autossômica dominante associada à mutação do gene STK11, manifestando-se com pólipos intestinais hamartomatosos associada a pigmentações melanocíticas em mucosa jugal, lábios e perioral em 90% dos pacientes. Dor abdominal, sangue oculto nas fezes, intussuscepção, prolapso retal e anemia são as principais manifestações clínicas e podem mimetizar outras doenças, o que dificulta o diagnóstico. É indicada investigação em indivíduos com história familiar, evitando-se o diagnóstico tardio naqueles cuja primeira sintomatologia seja enterorragia (14%), obstrução intestinal (43%) ou neoplasia. As lesões polipóides apresentam alto risco para malignização (39%-57% dos casos) e, nesta população, há alta incidência de neoplasias extra-intestinais, incluindo mama, ovário, colo de útero, trompas, pulmão, pâncreas e tireoide. O diagnóstico é realizado através de exames como endoscopia, análise anatomopatológica do pólipos e teste genético. A vigilância com exame físico, hemograma, sangue oculto anual, além de endoscopia, colonoscopia, ressonância magnética e tomografia bidimensionais, torna-se essencial para o adequado seguimento; com manejo individualizado, sendo expectante diante de um paciente assintomático ou cirúrgico frente aos sintomas/alterações displásicas.</p>
<p>PO 079-3</p> <p>TUMOR PHYLLODES: MASTECTOMIA E RECONSTRUÇÃO MAMARIA</p> <p>BRUNO BISOGNIN GARLET, LUCIANO ZOGBI DIAS, FREDERICO DIEFENTHAELER KRAHE, PAULO PEREIRA SOUZA FAVALLI, LUCAS BERTOLIN</p> <p><i>Universidade Federal do Rio Grande - FURG - Rio Grande - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores phyllodes (TP) de mama são neoplasias raras, encontradas em menos de 1% dos tumores mamários, com predominância em mulheres entre 35 e 55 anos. São tumores fibroepiteliais bifásicos, com elemento estromal e epitelial. A Organização Mundial da Saúde os classifica em benigno, borderline e maligno, conforme atipia e pleomorfismo celular, mitoses, margem tumoral e crescimento estromal. Não costumam apresentar manifestações típicas e, ao exame físico, são nódulos de crescimento rápido. A ecografia auxilia no diagnóstico e orienta biópsia. O tratamento é cirúrgico, englobando de excisão local ampla a mastectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 25 anos procurou atendimento após exérese de três nódulos recidivantes em mama direita, com diagnóstico de TP borderline com margens comprometidas. Apresentava-se assintomática, com lesão cicatricial de 6 cm em retração na união dos quadrantes externos da mama direita e adensamento do tecido subjacente, sem delimitação de novos nódulos. Mamografia, ecografia e ressonância magnética evidenciaram coleção anecoica de 3 cm junto ao sítio cirúrgico prévio e área nodular adjacente de 0,5 cm, correlacionados à patologia. Radiografia de tórax e ecografia de abdome sem evidência de metástases. Teste genético com variantes de significância incerta em BRCA 1 e 2. Foi submetida a mastectomia direita poupadora de pele, com enxerto de aréola, e mamoplastia redutora esquerda para simetria, seguidas de reconstrução bilateral com prótese. O anatomopatológico evidenciou ausência de TP residual.</p> <p>DISCUSSÃO: TP manifestam-se como nódulos mamários de crescimento rápido, com média de 4 a 7 cm. São benignos em 60-75%, borderline em 13-26% e malignos em 10-20% dos casos. A distinção entre seus subgrupos é difícil clinicamente, assim como entre TP benigno e fibroadenoma, e TP maligno e sarcoma primário de mama. A biópsia por agulha grossa guiada aumenta a acurácia diagnóstica. Por conta da taxa de recorrência local e do potencial metastático, principalmente hematogênico, o tratamento é cirúrgico, compreendendo de excisão local a mastectomia, com margens de ressecção mínimas de 1-2 cm. Métodos adjuvantes têm papel pouco eficiente na terapêutica. Devido ao grande volume mamário da paciente, aos múltiplos episódios de recorrência das lesões e à histologia de TP borderline, realizou-se mastectomia poupadora de pele à direita, com ressecção de massa tumoral residual, tecido fibrótico adjacente e tecido cutâneo cicatricial, e reconstrução com prótese e enxertia de aréola e mamilo, seguindo tendência da literatura para melhor resultado estético; à esquerda, realizou-se mamoplastia redutora para simetria e reconstrução com prótese, com rotação de retalho do complexo aréola-mamilar para preservação estética e funcional. Após cinco meses, não houve recidiva ao exame clínico e à ecografia. O resultado do procedimento foi satisfatório. Planeja-se reintervenção para lipoenxertia em mama direita, visando melhor simetria e obtenção de aspecto estético mais natural.</p>	<p>PO 080-2</p> <p>QUIMIOTERAPIA HIPERTÊMICA ASSOCIADA A CITORREDUÇÃO CIRÚRGICA EM PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMATOSE PERITONEAL</p> <p>Elisabeth Amanda Gomes Soares, Micaela Schreiner Gauer, Daniel Hideo Murai, César Correia Amado, Flávio Antonio de Sá Ribeiro</p> <p><i>Casa de Portugal/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal é tratamento regional com administração de quimioterápicos (qt) na cavidade peritoneal após citorredução cirúrgica. Utilizada em neoplasias do peritônio, é escolha para pacientes portadores de carcinomatose peritoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: Realizou-se o procedimento em 2 pacientes: HBA, feminina, 80 anos, portadora de HAS e DM, com cistoadenocarcinoma seroso colorretal de alto grau em tratamento com 8 ciclos de paclitaxel e Carboplatina. Para avaliação inicial, foi realizado ressonância magnética (RM) para o estudo da evolução da doença metastática que demonstrou lesões em sigmoide, deflexões pélvicas e peritônio visceral. Através desta, classificamos também os sítios anatómicos e o tamanho das lesões através do Peritoneal Cancer Index (PCI), que demonstrou inicialmente, PCI de 35 e, após o tratamento quimioterápico, de 18, tornando a paciente elegível ao procedimento. Com duração de 6 horas, realizou-se peritonectomia total, colectomia total, coecistectomia e histerectomia total. Posteriormente, foi aplicado qt melfalano 60mg/m² em 3 L de cristalóide à 40°C, em toda cavidade peritoneal por 1 hora. Lavou-se a cavidade peritoneal com cristalóide e realizou-se ileostomia. No pós-operatório imediato (POI), queixou-se de dor abdominal, leve intensidade, que respondeu ao manejo clínico. No 4º dia de POI houve melhora da função renal e hepática. No 5º dia POI foi iniciado dieta oral líquida. No 7º dia de POI paciente veio a óbito devido IAM. JBMM, masculino, 66 anos, portador de DM, HAS e hipotireoidismo, com diagnóstico de tumor de reto recidivado, em tratamento com Radioterapia associada a capecitabina. Demonstrou RM com reto com paredes espessadas e metástases em peritônio pélvico. Através desta, pontuou 16 pontos no PCI e, após quimioterapia manteve a pontuação. Durante o pré-operatório foi submetido ao Enhanced Recovery After Surgery Programs (ERAS) por 6 semanas visando diminuir a morbi-mortalidade. Com duração de 6 horas, realizamos peritonectomia total, incluindo pélvico, omentectomia maior, ressecção de nódulos do intestino, reto e canal anal e coecistectomia. Foi administrado o mesmo esquema qt e confeccionado colostomia. No POI permaneceu em uso de noradrenalina em baixa dose por 6 dias, contudo, sem disfunção orgânica grave. No 3º dia iniciou a progressão de dieta. Após 10 dias evoluiu com úlcera duodenal tratada endoscopicamente. Recebeu alta após 20 dias da cirurgia e segue em franca melhora clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: A disseminação peritoneal é determinante que afeta a sobrevida das neoplasias gastrointestinais. A prática atual determina que caso haja esse achado intraoperatório, o cirúrgico diminua seus esforços adicionais em uma intervenção cirúrgica definitiva. Após os anos 80, o protocolo SUGABAKER, trouxe novas perspectivas, objetivando melhor qualidade de vida, tempo livre de doença e até cura. Ainda incipiente no Brasil, a realização nestes casos pretende ampliar a discussão de tal protocolo na população brasileira.</p>

PO 080-3	PO 081-1
<p>A IMPORTANCIA DAS SUBUNIDADES ANATOMICAS NA RECONSTRUÇÃO NASAL</p> <p>Lucas Pastori Steffen, Julia Tonietto Porto, Pedro Henrique Cardoso Dall'Agnol, Laetitia Trindade, FELIX KALICKI CASTILHO, MATHEUS PRESA BARBIERI, JULIANA MENEZES ZACHER</p> <p><i>ULBRA - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A incidência de câncer de pele do tipo não melanoma é a mais frequente e responde a mais de trinta por cento de todos os tumores malignos no Brasil. O carcinoma basocelular surge nas células da camada basal da pele, entre outros fatores, pela exposição intensa ao sol sem proteção solar, sendo mais frequentes em áreas mais diretamente expostas como face, nariz em especial, couro cabeludo, pescoço, membros superiores e mãos. Seu tratamento é a retirada da lesão com diagnóstico de margem livres profundas e laterais com reconstrução do local. Frequentemente a área de lesão retirada não consegue ser reparada satisfatoriamente com suturas primárias, sendo assim necessário o conhecimento a respeito de outras opções, como enxertos e, principalmente, retalhos, além de profundo domínio sobre a anatomia do local e princípios de cirurgia reparadora.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 56 anos, pele clara, com importante perda de estruturas em ponta nasal por múltiplas ressecções prévias em decorrência de lesões de pele, apresenta-se com lesão compatível com carcinoma basocelular para ressecção cirúrgica. Na avaliação pré operatória, opta-se por reconstrução nasal a partir do uso de retalho frontal paramediano para revestimento de pele, reconstrução do forro nasal com retalho mucoso e sustentação com utilização de enxerto de cartilagem. Realizada a ressecção da lesão respeitando-se os princípios oncológicos, mantendo margem de segurança adequada. Reconstrução iniciada a partir da avaliação da morfologia externa nasal, identificando a parede lateral, dorso, ponta, "soft triangle", columela e asa; manuseio de mucosas para reparo do forro; enxertia de cartilagens para garantir a sustentação, demarcação e elevação do retalho, garantindo a integridade do pedículo; ressecção seletiva dos bulbos capilares; desengorduramento parcial do retalho e, por fim, transposição. Em um segundo tempo cirúrgico procedeu-se com a autonomização do retalho.</p> <p>DISCUSSÃO: A reconstrução nasal demanda profundo conhecimento anatômico e técnico por parte do cirurgião. A função do nariz e complexidade de suas estruturas exigem mais do que uma simples cobertura da lesão, os princípios da reconstrução nasal devem ser respeitados, atentando para o reparo do forro, da sustentação e da cobertura. Antes de prosseguir com a reconstrução, deve-se identificar as unidades anatômicas: parede lateral, dorso, ponta, cartilagens, músculos e mucosas; ressaltando que quando o defeito ocupa uma parte significativa de uma subunidade, a mesma deve ser descartada, algo muitas vezes negligenciado pelo cirurgião, com o intuito de poupar tecido e facilitar a reparação</p>	<p>COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR VESÍCULA BILIAR EM PORCELANA: RELATO DE CASO.</p> <p>Maria Lavinia Brandão Santiago, Guilherme Costa Farias, Teresa Amélia da Silva Oliveira, Antonio Lopes Muritiba Neto, Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Lucas Pacheco Vital Calazans</p> <p><i>Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A vesícula em porcelana consiste em uma patologia das vias biliares na qual as paredes da Vesícula Biliar (VB) encontram-se parcial ou totalmente calcificadas. É considerada por alguns autores como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de VB. Pacientes portadores desta patologia possuem uma vesícula de consistência e aparência semelhante a um objeto de porcelana – por isto a utilização deste termo. Em muitos casos o paciente encontra-se assintomático e só é diagnosticado através de exames ultrassonográficos de rotina. Neste trabalho relatamos um caso de uma paciente que foi diagnosticada com vesícula em porcelana</p> <p>RELATO DE CASO: A.L.S., 77 anos, sexo feminino deu entrada em um hospital privado na cidade de Maceió-AL relatando mal-estar, náuseas, vômitos e plenitude gástrica em crises, além de dor abdominal em epigástrico e hipocôndrio direito sugestivo de gastrite— recebendo diagnóstico clínico de dispepsia. Foi solicitada uma ultrassonografia de abdome superior, que revelou vesícula distendida com possíveis pólipos de até 7 mm. Posteriormente, realizou-se uma Tomografia Computadorizada de abdome total, através da qual constatou-se a presença de vesícula em porcelana com cálculos mistos em seu interior. A paciente foi encaminhada à Cirurgia Geral para realização de colecistectomia videolaparoscópica. Durante o ato cirúrgico foi visto que a vesícula biliar se encontrava em completa calcificação - o que impediria sua passagem pelos trocateres. Devido a isto, necessitou-se ampliar as margens cirúrgicas para retirada da peça. Após a retirada da peça, foi feita a revisão do leito hepático, que revelou a presença de drenagem biliar através de canalículo anômalo (ducto de Luscka). Realizou-se a clipagem do mesmo com endoclips e inseriu-se um dreno de Penrose (dreno laminar) na cavidade abdominal. A peça foi enviada ao anátomo-patológico, através do qual foi evidenciado macroscopicamente uma vesícula de dimensões 11.0 x 7.0 x 6.0 cm, parede endurecida, com 0.4 cm de espessura, caracterizando colecistite crônica agudizada, litíase, com focos de calcificação. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no 2º dia pós-operatório. O dreno apresentou secreção límpida, sem sinais de infecção ou secreção biliar, sendo retirado no 3º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A vesícula em porcelana, apesar de ser incomum, é consequência de um processo atípico de colecistite crônica. A prevalência desta patologia nas colecistectomias está entre 0,06 a 0,08% - o que explica o baixo número de casos. É mais frequente após os 50 anos de vida, e acomete mais as mulheres em uma proporção 5 vezes maior quando comparada ao sexo masculino. Em 95% dos casos o paciente também apresentará colelitíase associada a este quadro. Este relato contribui com a ampliação dos conhecimentos acerca da vesícula biliar em porcelana. O cirurgião deve estar apto a reconhecer e tratá-la da forma mais efetiva.</p>
<p>PO 082-1</p> <p>RELATO DE CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI</p> <p>Mozart Borges de Paula, Lucas Santos de Gusmão Alves, Yara Aguiar Serafim, Lara Fernandes Kuerten, Pedro Márcio de Moura Costa, Camille de Souza Carvalho</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi constitui-se na obstrução do ducto hepático comum ou do colédoco, secundária à compressão extrínseca devido à impação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula. Tal síndrome foi descrita pela primeira vez por Pablo Mirizzi (1948). Foi no momento em que observou-se alguns fatores que poderiam levar a colestase extrahepática em alguns pacientes com colelitíase. Além disso, a Síndrome de Mirizzi tem maior incidência em pacientes do sexo feminino e com de maior idade. De acordo com o grau de acometimento da via biliar podem ser divididas em cinco grupos diferentes. Destarte, o objetivo deste relato de caso é apresentar o caso de uma paciente portadora do tipo I, tratada cirurgicamente através da abordagem da técnica de Torek.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 33 anos, foi admitida no Hospital Regional de Ceilândia com quadro alérgico importante em hipocôndrio direito e icterícia há 4 dias. Além disso, a paciente referiu dor de forte intensidade em epigástrico com irradiação para hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. O exame físico apresentou icterícia (++) e dor a palpação do hipocôndrio direito, Murphy positivo. Os exames laboratoriais revelaram Fosfatase alcalina 1.110 U/ml, gama-glutamyltransferase 754 U/ml, Transaminase glutâmica oxalacética 511 U/l, Transaminase glutâmica pirúvica 524 U/l, Bilirrubina total de 6,51 ml/dl, Bilirrubina direta 4,3 ml/dl, Bilirrubina indireta 2,21 ml/dl e ultrassonografia abdome superior demonstrava cálculo/conglomerado de cálculos medindo 1,3 cm na topografia do infundíbulo/ ducto cístico, determinando compressão extrínseca do segmento adjacente do colédoco. Determinando dilatação à montante (colédoco a montante com calibre de 1cm), bem como das vias biliares intra-hepática. Os achados de Imagem sugerem Síndrome de Mirizzi tipo 1. Foi optado a realização colecistectomia a Torek e realizado ligadura por sutura do infundíbulo com dois pontos. Após a cirurgia a paciente ficou em observação e logo em seguida recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome se trata de uma complicação rara e ocorre aproximadamente em 0,05 a 4% dos pacientes portadores de colelitíase. Sua prevalência é maior em mulheres com idade entre 21 e 90 anos, provavelmente um reflexo da predominância de litíase biliar neste grupo. Ela pode ser considerada uma complicação de colelitíase de longa data. A importância da averiguação da síndrome de Mirizzi advém do alto risco de danos do ducto biliar durante os procedimentos cirúrgicos. Intagra-se a esse fato a dificuldade do diagnóstico pré-operatório, pois não há apresentação clínica e laboratorial particular. Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, subsequente de icterícia e colangite. Podem se associar também náuseas, vômitos, colúria, prurido, hepatomegalia e, menos frequentemente pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal.</p>	<p>PO 082-2</p> <p>RELATO DE CASO - APENDAGITE EPIPLÓICA E REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Felipe Guilherme Mann, Sergio Luiz Rocha, Marcus Vitor Nunes Lindote, Paula Dutra Bernhardt, Thais Dutra Bernhardt, Matheus Vieira dos Santos, Adriana Cristina Vianna Alvarenga, Júlia Paula de Sant'anna Fabris</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Apendagite Epiplóica (AE), reconhecida em 1956, é uma entidade clínica benigna e auto-limitada decorrente da torção ou trombose das veias que drenam os apêndices epiplóicos. Quando o apêndice epiplóico é mais longo que o usual, a veia, já mais longa que a artéria em virtude de seu trajeto tortuoso, altera sua anatomia e seu pedículo toma um formato espiral. Essa aberração predispõe à uma torção aguda e consequente isquemia com necrose asséptica. Quando ocorre cronicamente resulta em pouco ou nenhum sintoma, em contraste, agudamente pode mimetizar abdome agudo inflamatório. Em termos de prevalência, é diagnosticado em 2 a 7 % dos pacientes com suspeita inicial de diverticulite e 0,3 a 1% daqueles com suspeita de apendicite. Acomete indivíduos entre a 2 e 5 década de vida, predominando aos 40 anos. Pode acometer qualquer segmento colônico, mas é mais frequente no retossigmoido (57%), segmento ileocecal (26%) e cólon ascendente (9%). Seus principais fatores de risco são obesidade, aumento da gordura visceral e exercícios extenuantes. O diagnóstico se faz por tomografia computadorizada (TC) de abdome, que revela o achado clássico de um apêndice epiplóico 2 a 3 cm, ovalado e de densidade gordurosa. A identificação desta doença permite o diagnóstico correto e pode evitar internamentos e/ou procedimentos cirúrgicos desnecessários. O tratamento é, geralmente, conservador com uso de anti-inflamatórios não hormonais e analgésicos, geralmente com resolução entre 3 e 14 dias, dispensando a necessidade de internação. Apesar de benigna, há espaço para a abordagem cirúrgica naqueles que falham o tratamento conservador e apresentam novos ou piora dos sintomas como febre alta, dor progressiva e nos casos extremos, intussuscepção, obstrução mecânica e abscesso. Opta-se então pela ligadura e ressecção do apêndice epiplóico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 26 anos de idade, sem comorbidades, relata dor abdominal de início súbito localizada no hemiabdomen direito, sem irradiação há 1 dia. Nega vômitos ou alteração do hábito intestinal. Sem alteração na menstruação. No exame físico apresentava-se afebril e normotensa. O exame torácico era normal. O abdome era plano, com dor à palpação profunda da fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. Os RHA estavam presentes. Foram solicitados exames laboratoriais e TC do abdome e pelve com diagnóstico de imagem de apendagite. Recebeu alta com analgésicos e anti-inflamatórios com resolução dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: Entre as doenças que evoluem para abdome agudo, a apendagite aguda deve entrar no diagnóstico diferencial com apendicite aguda e diverticulite aguda principalmente quando não existem outros sintomas associados a dor abdominal, além de exames laboratoriais sem alterações. Atualmente o diagnóstico por TC de abdome na maioria das vezes afasta o diagnóstico de outras doenças e caracteriza a apendagite aguda. Como o tratamento de escolha desta doença é preferencialmente clínico, evita-se intervenções cirúrgicas desnecessárias.</p>

PO 083-2	PO 083-3
<p>DOENÇA PILONIDAL EXTENSA: COMO TRATAR?</p> <p>Fabrícion Reis Oliveira, Jéssica Souza Magalhães, Pedro Henrique Carneiro, Fernanda Ribeiro Fonseca, Katyara Rodrigues Fagundes, Italo Felipe Cardoso Amorim, Emerson Abdulmassih Wood, Rafael Carvalho Silva</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença pilonidal manifesta-se como uma formação cística na região sacrococcígea com presença de pelos podendo sofrer infecção e formar um abscesso, que é a principal complicação da doença. A causa pode estar relacionada a fatores congênitos, pela falha da fusão embrionária na região, com aprisionamento dos folículos pilosos, ou adquiridos, devido a traumas e atrito frequente, o que levaria a invaginação dos pelos para o tecido subcutâneo (THOMAS, 2017). O tratamento é iminentemente cirúrgico, sendo que os tratamentos conservadores, como injeção de Fenóis, apresentam alta taxa de falha (GIRGIN, 2012). Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar um caso da doença com grande extensão, em que foi adotado tratamento cirúrgico, com fechamento por segunda intenção.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.A.S, masculino, 56 anos, tabagista, portador de Diabetes Mellitus tipo II de difícil controle, em uso de insulina. Apresentou quadro de abaullamento em região coccígea associado à intensa flogose, sendo diagnosticado cisto pilonidal infectado. Foi drenado o abscesso e feito antibióticoterapia guiada por culturas. Paciente evoluiu com melhora recebendo alta, para acompanhamento ambulatorial, em bom estado. Após três meses, apresentou novo quadro de hiperemia, dor e edema em região sacral associada a drenagem de secreção purulenta por orifícios fistulosos. Ao exame físico, havia a presença de fistulas que se estendiam da região sacrococcígea até o dorso, com trajetos de até 15 cm de extensão. Foi indicado intervenção cirúrgica, com exérese do cisto e trajetos fistulosos maiores, e curetagem dos leitos fistulosos dos trajetos menores, sem fechamento primário. Paciente evoluiu com importante regressão dos sintomas, recebendo alta no 5º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente em questão apresentou de forma típica a doença pilonidal com infecção (THOMAS, 2017). Inicialmente, foi optado por um tratamento menos invasivo, com drenagem do abscesso e programação para posterior ressecção do cisto pilonidal, como recomendado por diretrizes atuais (IESALNIEKS, 2016). Todavia, devido evolução desfavorável, optou-se então por retirada completa do cisto e dos trajetos fistulosos. Apesar dessa opção resultar em excisão mais extensa de tecidos, possui resultados satisfatórios em longo prazo com baixa taxa de recorrência (IESALNIEKS, 2016). Quanto ao fechamento, vários autores defendem a rotação de retalhos para fechamento primário, no entanto são comuns complicações como infecção, hematoma e seroma (FAVUZZA, 2015), dessa forma, optou-se por fechamento por segunda intenção. As principais adversidades dessa técnica são maior tempo de cicatrização, maior demanda de cuidado com curativo e mais tempo afastado do trabalho (NGUYEN, 2015). Assim, a doença pilonidal é uma patologia que apresenta grande impacto na qualidade de vida do paciente, demandando tratamento invasivo. Não obstante as dificuldades pós-operatórias, a cirurgia tem-se mostrado a melhor conduta visando o longo prazo.</p>	<p>COBERTURA DE GRANDES PERDAS TECIDUAIS EM REGIÃO MANDIBULAR: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Potthyer Vieira Rocha, Ingrid Zandona, Chrystiano Campos Ferreira, Rodolfo Luis Korte, Sarah Amanda Küster Schereder</p> <p><i>Hospital de Amor Amazônia - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os retalhos miocutâneos são uma importante arma do cirurgião plástico, quanto a correção de grandes defeitos a serem cobertos após ressecção de tumores de cabeça e pescoço, os quais podem ser tratados e potencialmente curados por cirurgia, radioterapia (RT) ou uma abordagem combinada, incorporando a quimioterapia (QT). Os defeitos causados pela excisão cirúrgica causam problemas no manejo da via aérea, mastigação, deglutição e fala, além disso, a RT tem efeitos adversos significativos sobre a cicatrização de feridas. O retalho de músculo peitoral maior pode ser empregado em diversas situações, tanto como em cobertura das perdas cutâneas de região cervical e de face, como forro na reconstrução de faringe, assoalho da boca. A reconstrução imediata é padrão nesse tipo de cirurgia e o objetivo primário das reconstruções de cabeça e pescoço é a restauração da função.</p> <p>RELATO DE CASO: O.A.A, sexo masculino, 69 anos, residente em Porto Velho – RO. Em setembro de 2018, realizado atendimento médico devido à tumoração em cavidade oral há 06 meses. À oroscopia constatou-se tumoração ulcerada, de 3x4cm de diâmetro, em rebordo alveolar superior esquerdo, ao nível do segundo molar, com ausência de linfonodomegalias cervicais suspeitas. O diagnóstico da biópsia foi de carcinoma epidermóide (CEC). A proposta terapêutica indicada foi a maxilectomia parcial esquerda, com ressecção meso-inferior da maxila esquerda e retirada parcial do palato esquerdo, a qual transcorreu sem intercorrências, seguida de reconstrução imediata com retalho do músculo peitoral maior esquerdo. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de CEC, moderadamente diferenciado, com margens comprometidas. O paciente foi encaminhado à radioterapia neoadjuvante, e encontra-se em seguimento do tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O objetivo principal do tratamento de qualquer câncer de cabeça e pescoço é a cura, e da reconstrução cirúrgica é a restauração da condição funcional e da estética. A reconstrução pode ser primária, ou secundária, sendo a reconstrução primária o padrão de atendimento para a maioria dos pacientes por oferecer rápida restauração da anatomia e da função, bem como reduzir o número de operações e hospitalizações. Os defeitos mandibulares podem variar desde perda óssea mínima até perda composta de tecido mole e duro, e a escolha da técnica de reconstrução necessária depende do defeito, da qualidade e da quantidade do leito de tecido mole e duro restante, bem como as condições clínicas do paciente. O objetivo da reconstrução mandibular ideal é importante para restaurar a deglutição, a fala, o suporte das vias aéreas, a competência do esfíncter oral e a mastigação. Há uma variedade de opções para a reconstrução mandibular, e cada uma tem vantagens e desvantagens inerentes, no entanto, os blocos de transferência de retalhos livres de tecidos vascularizados de um local distante representam o melhor do estado da técnica na reconstrução de cabeça e pescoço, por uma melhor cicatrização e reestabelecimento da função.</p>
<p>PO 084-1</p> <p>COLECISTITE HEMORRÁGICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Camilla Gatto Oliveira Thomé, Rachel Gonçalves Nihari, Pedro Gatto Oliveira Thomé, Matheus Oliveira Santos, Lucas Vitorino Eliam, Alexandre Augusto Giovanini, Juhad Ezzeddine Abdul Hak, Gustavo Alves Araújo Ferreira</p> <p><i>Hospital Santa Lúcia Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistite hemorrágica é uma complicação rara, com alta mortalidade e morbidade, sendo que na literatura foram relatados apenas 31 pacientes com esse quadro. A presença de sinais clínicos inespecíficos dificulta o diagnóstico devido a uma vasta gama de diagnósticos diferenciais mais comuns, como colecistite aguda litíase, trauma e discrasias sanguíneas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 83 anos, no oitavo dia de pós-operatório de correção de aneurisma de aorta abdominal e colocação de stent em artéria renal direita. Tem como antecedentes: ex-tabagismo, doença renal crônica não dialítica, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e estava em uso de dupla antiagregação. Há um dia apresentou quadro de dor abdominal de forte intensidade em região de hipocôndrio direito associado à hipotensão arterial, epigastralgia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentava abdome distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação superficial e profunda. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose (17.780). A tomografia computadorizada de abdome evidenciou sangramento para o interior da vesícula biliar, com moderada presença de líquido serossanguinolento circundando o fígado, sendo sugestivo de colecistite aguda hemorrágica com presença de coleção ao redor. Havia ainda aneurisma fusiforme da aorta abdominal, com prótese endovascular no interior do vaso, e possíveis sinais de endoleak. A avaliação da cirurgia endovascular sugeriu como hipótese diagnóstica hemorragia intravascular biliar a esclarecer. A conduta terapêutica foi a realização da angiografia de aorta abdominal, mesentérica superior, tronco celiaco e artérias hepáticas, sendo evidenciado sangramento ativo de artéria cística, com sua embolização e de ramos hepáticos de leito da vesícula biliar. Em seguida, foi encaminhado para o centro cirúrgico para a realização da colecistectomia videolaparoscópica (VLP) de emergência. Ao inventário da cavidade, foi encontrada vesícula biliar distendida, com paredes espessadas, aderida ao grande omento e cólon transverso, com perfuração do corpo da vesícula por coágulo na face peritoneal. Foi prescrito piperacilina/tazobactam e realizado transfusão de crioprecipitado. Após oitavo dia de VLP, evoluiu com melhora clínica e sem outras intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A colecistite hemorrágica é de difícil diagnóstico, tendo o exame de imagem extrema importância na maioria dos casos, pois pode evidenciar extravasamento de sangue para a vesícula biliar. No caso apresentado, a TC de abdome apresentou tal achado, favorecendo o diagnóstico pré-cirúrgico. O tratamento cirúrgico é o indicado, porém complexo, principalmente devido ao quadro geral do paciente, que possui outras comorbidades e está em uso de anticoagulantes. A boa evolução do paciente descrito evidencia que o diagnóstico e o tratamento precoces favoreceram esse desfecho.</p>	<p>PO 084-2</p> <p>EXPLOSAO DE COLON DIREITO DURANTE ATO DE COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO</p> <p>GABRIEL SILVA RODRIGUES DE OLIVEIRA, AMANDA AZEVEDO, BRUNO BARROS DE PADUA ANDRADE, DEBORA CAVALCANTE ALVES, SABRINA SILVA RODRIGUES DE OLIVEIRA, SAMI JABBOUR, JOSE ADEMAR BALDIM, LUIZ CARLOS DE ANDRADE</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO - UNIFENAS - ALFENAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colonoscopia é usualmente aceita e usada como exame padrão-ouro para detecção e terapêutica de lesões do cólon. Nos dias atuais, os serviços de endoscopia digestiva estão cada vez mais aumentando o número desse procedimento, dada sua importância na prevenção do Câncer Colorretal. Entretanto, como qualquer procedimento médico, ela não é isenta de complicações. Estas podem estar relacionadas ao preparo do cólon, à sedação, à analgesia e ao exame colonoscópico propriamente dito. A limpeza do cólon, além de permitir uma boa visualização da mucosa colônica, reduz a concentração de gases com potencial explosivo no lúmen intestinal. A explosão do cólon, apesar de rara, é considerada a complicação mais temida. Esta se deve à combinação de três fatores: presença de gases inflamáveis como hidrogênio e metano, presença de oxigênio e aplicação de uma fonte de calor. O presente relato de caso tem como objetivo exemplificar uma explosão colônica em paciente durante exame de colonoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.R., sexo feminino, 37 anos, encaminhada pelo ginecologista para realização de colonoscopia devido à condiloma em região anal. Realizou preparo com manitol 20% (seis frascos de 250 ml) + dimeticona (dois frascos) adicionados de 500 ml de suco de frutas. Durante o exame, observou-se pólipso subpediculado de 0,7 cm em cólon transverso, sendo executada exérese e cauterização em um único contato. De imediato, ocorreu um enorme barulho de explosão, verificando-se grande quantidade de sangue na lente do endoscópio e abertura para o meio cavitário. Foi encaminhada para intervenção cirúrgica (Colectomia Direita com anastomose primária) e evoluiu sem complicações no pós-operatório. Mantém acompanhamento no serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: A explosão de cólon durante a colonoscopia é uma complicação muito rara, necessitando de intervenção cirúrgica imediata. Vários fatores somados podem culminar com a fatalidade da explosão colônica. Dentre eles podemos citar a má preparação do cólon antes da realização do procedimento e a existência de gases hidrogênio e metano, produzidos pelas bactérias, no lúmen intestinal. Dessa forma considera-se que sua qualidade e segurança estejam intimamente relacionados a preparação intestinal. Acredita-se, ainda, que a troca gasosa executada durante o procedimento possa reduzir a concentração desses gases inflamáveis. Embora hajam relatos de que o manitol possa contribuir indiretamente com a produção desses gases, existem também trabalhos que comparam os diferentes preparos, colocando-o com riscos semelhantes aos demais. Sendo assim, ele continua sendo um dos mais usados no Brasil devido a sua eficiência e baixo custo.</p>

PO 084-3	PO 085-2
<p>LENTIGO MALIGNO EM MULHER DE 49 ANOS APOS BRONZEAMENTO PARA FINS ESTÉTICOS: RELATO DE CASO</p> <p>Joao Vitor Amorim, Maria Eduarda Barros, Milena Passos Victor, Beatriz Cristina Barros, Joice Holanda Dias, Maryna Ramalho de Carvalho, Perilo Rodrigues Filho, Francisco Cristiano Macena</p> <p><i>Uniceplac - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma é uma neoplasia maligna que representa cerca de 5% de todos os tumores da pele, classificando-se com maior taxa de mortalidade. Ele se comporta de maneira agressiva, pois há uma elevada capacidade de disseminação linfática e hematogênica. O lentigo maligno (LM) é uma das formas clínico-patológicas do melanoma. O LM ocorre em áreas de exposição solar, principalmente na face, e apresenta maior prevalência em mulheres e idosos entre 65 e 80 anos. Essa lesão possui um aspecto acastanhado ou enegrecido de limites nítidos e irregulares, alcançando 15 a 20 centímetros de diâmetro. Quando detectado em estágio avançado, o prognóstico é ruim, sendo necessário tratamento cirúrgico para o alcance da cura. Os fatores de risco constitucionais e ambientais estão associados ao aparecimento dos melanomas. Pele com fototipos claros, presença quantitativa e qualitativa de nevos, história prévia de queimadura solar e história familiar de melanoma são os principais fatores constitucionais para o seu surgimento. Ademais, a exposição à radiação ultravioleta pode induzir danos no DNA e aumentar a probabilidade de mutações que alteram a regulação do ciclo celular normal, acentuando a proliferação dos melanócitos. O diagnóstico do MLM é realizado pela biópsia excisional, entretanto, a excisão nem sempre pode ser realizada, devido a presença de lesões. A terapêutica consiste numa abordagem destrutiva e cirúrgica, sendo a excisão cirúrgica o tratamento de escolha por oferecer uma menor taxa de recorrência. O relato aqui descrito tem como objetivo trazer particularidades de um MLM de membro inferior em paciente fora da média etária esperada para as lesões, devido exposição solar exagerada com fins estéticos de bronzeamento.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A., feminino, 49 anos, apresenta lesão em membro inferior esquerdo há 10 anos com crescimento acelerado no último ano. Relata que manteve o hábito de ficar exposta ao sol por períodos prolongados e sob aplicação tópica de descolorante com o intuito de bronzeamento. A macroscopia de fragmento da lesão revelou uma mácula de borda irregular e coloração acastanhada heterogênea, de tecido amolecido e opaco. A biópsia indicou melanoma "in situ" do tipo lentigo maligno, com margens cirúrgicas laterais/externas comprometidas pela lesão, e margens cirúrgicas profundas livres.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado diverge da literatura em pontos importantes os quais levam à reflexão sobre a influência da exposição solar exagerada sem os cuidados de proteção adequados. A paciente possui cerca de 16 anos a menos da idade média esperada para aparição das lesões, além disso, a localização acometida e a velocidade de crescimento também divergem dos outros estudos sobre o lentigo maligno. Ademais, o tempo de desenvolvimento, segundo a literatura, arrasta-se por volta de dez a cinquenta anos, enquanto o da paciente em questão levou cerca de oito anos, dois abaixo da média.</p>	<p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DE TUMOR RETRORRETAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>ÁTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA OLIVEIRA ALVES, SHIRLANE FRUTUOSO MALHEIROS, JESSICA MONTENEGRO PONTES, LETÍCIA AIRES BENJAMIN, MONIZE SPAZAPPAN MARTINS, WESLEY PEREIRA SILVA, SILVANA SERRA ALVIN RIBEIRO, KAROLYNE ERNESTO LUIZ NOBRE</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores retrorretais são raros e surgem no espaço retrorretal ou pré-sacral. Por ser uma área de desenvolvimento de múltiplas estruturas embriológicas, esse espaço pode abrigar um grupo heterogêneo de tumores benignos e malignos originados dos remanescentes embriológicos desses tecidos. A incidência média é de 1:40.000, mais comum em mulheres, entre 40 e 60 anos. A maioria é oligossintomático, sendo mais comum sintomas de dor perineal e lombar. Pelas características heterogêneas e pela dificuldade no acesso ao tumor, é imperativo ao cirurgião planejamento e um bom conhecimento da anatomia local.</p> <p>RELATO DE CASO: M.F.R., mulher, 73 anos, relatou surgimento de tumoração de 5cm na nádega esquerda há 9 anos, indolor, sem sintomas associados ou alterações na pele adjacente. À época, foi submetida à exérese da referida lesão sem análise histopatológica. Após cinco anos houve recidiva de lesão idêntica, cuja biópsia em fevereiro/2018 revelou tratar-se de neurofibroma. Nesse momento, apresentava como queixa alterações de sensibilidade na coxa esquerda. Ao exame, apresentava tumoração ulcerada no glúteo esquerdo e o toque retal demonstrou hipotonia esfinteriana, abaulamento da parede esquerda retal, indolor, sem flutuações. A ressonância magnética mostrou formação expansiva lobulada, com realce heterogêneo pelo contraste, com áreas de necrose central, de 11,9x10,9x12,4cm. Submetida à exérese da referida lesão por via perineal, sendo observada lesão parcialmente encapsulada, de aspecto cerebriforme, ocupando a fossa isquiorretal esquerda. Anatomopatológico evidenciou neoplasia fusocelular maligna com intensa anaplasia, com margens cirúrgicas livres. Foi confeccionada ainda uma colostomia de proteção. Apresentou boa evolução pós-operatória, mantendo continência fecal total. Até a publicação deste caso, a análise imuno-histoquímica não tinha sido liberada.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores retrorretais ocupam o espaço retrorretal, limitado entre o sacro e o reto, sendo a reflexão peritoneal o teto e os músculos elevadores do ânus o assoalho. Podem ser divididos em congênitos, inflamatórios, neurogênicos, vasculares, linfáticos, ósseos, derivados de partes moles e metastáticos. O caso em estudo tem sua origem direcionada para o tipo neurogênico, cuja incidência chega a 10%, sendo o neurofibroma um de seus representantes benignos. Apesar da pouca sintomatologia, podem cursar com dor e disfunção neurológica relacionadas ao nervo envolvido. A excisão completa é o tratamento indicado e terapias adjuvantes são secundárias, sendo indicadas em casos onde a cirurgia é contraindicada. A sobrevida para tumores benignos se aproxima de 100% porém a recidiva não é incomum. Cerca de 9-45% dos tumores são malignos, mais comumente sólidos do que císticos, apresentando taxas de recorrência de 45% e sobrevida em cinco anos em torno de 17%. Os tumores pré-sacrais são raros, com sintomatologia escassa e variável, que exigem elevada suspeição e tratamento cirúrgico adequado a fim de minimizar morbidade e recidiva.</p>
<p>PO 085-3</p> <p>EXERESE DE CEC EM REGIÃO CERVICAL POSTERIOR COM RECONSTRUÇÃO IMEDIATA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE TRAPEZIO</p> <p>Caio César Chagas Santos Fernandes, Antonio Augusto Machado Teles Filho, Maria Leticia Barreto Fontes de Carvalho, Tarcizo Costa Figueiredo Júnior, Gabriel Ponciano Santos de Carvalho, Joao Pedro Costa Machado Teles, Mariana Amaral Carvalho</p> <p><i>UNIT - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna da pele caracterizada por uma proliferação aberrante de queratinócitos. Sendo a segunda malignidade mais comum em todo o mundo, surgindo com mais frequência na pele cronicamente danificada pela radiação solar em indivíduos de pele clara, especialmente idosos. Pode se desenvolver em qualquer superfície cutânea, incluindo cabeça, pescoço, tronco, extremidades, mucosa oral, pele periungueal e áreas anogenitais. Em um estudo de coorte realizado em 145 pacientes com CEC na Austrália, foi notório o predomínio da malignidade na região da cabeça e pescoço (55%). Por conseguinte, também é conhecida por apresentar uma grande variedade de manifestações, incluindo pápulas, placas, nódulos, lesões lisas, hiperqueratíticas ou ulcerativas. Caso sua apresentação denote alto risco, a excérese é a modalidade primária de tratamento utilizada. Lesões extensas de invasão perineural e de tecidos subjacentes podem ser um desafio, mas ressecções agressivas tem se mostrado benéficas em casos de cabeça e pescoço. Relatamos um paciente com CEC em região cervical, o qual sofreu intervenção cirúrgica extensa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 54 anos, sexo masculino, branco, deu entrada no setor de oncologia do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) com lesão ulcerada e fixa em região cervical latero-posterior direita medindo 4cm, sem linfonodos palpáveis. Tomografia computadorizada evidenciou lesão expansiva adjacente a borda posterior do esternocleidomastóideo direito e linfonodos reacionais em mesma região. Foi realizada excérese da lesão extensa com esvaziamento cervical radical direito seguido de uma reconstrução cervical posterior com retalho miocutâneo do trapézio. Paciente obteve boa evolução de sua ferida cirúrgica com controle rigoroso trimestral sem radioterapia e anatomopatológico confirma CEC.</p> <p>DISCUSSÃO: Para decidir a modalidade de tratamento do CEC, deve-se considerar aspectos como idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, dimensões do tumor, além do padrão histológico, número de lesões, se o tumor é primário ou recidivado e o risco de metástase. Quando o risco para ocorrência deste último é maior, a abordagem envolve a exérese dos linfonodos satélites e pesquisa de envolvimento de outros órgãos. Nesse contexto, existem muitos tratamentos para o carcinoma de células epidermóides, mas a reconstrução após excisão cirúrgica é etapa essencial. Os defeitos podem ser corrigidos com retalhos locais ou enxertos, mas estes últimos trazem piores resultados, por causarem frequentemente depressão local e hiperpigmentação em relação aos tecidos vizinhos, trazendo assim pobres resultados estéticos. Levando-se em consideração o manejo de tumores de cabeça e pescoço, o retalho do músculo trapézio se mostra como uma ferramenta importante, principalmente em regiões cervicais inferiores (abaixo da mandíbula e na região occipital), onde este retalho tem vascularização robusta e confiável, com baixas taxas de complicação.</p>	<p>PO 086-1</p> <p>DUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTE JOVEM COM TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÂNCREAS</p> <p>Gabriela Aline Backes, Nicole Seger Cunegatti, Aline Carrer Bortolini, Mohamad Hassan Hamaoui, Mayara Christ Machry, Rodrigo Mariano, José Lopez Bravo, Marcos Tang</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores neuroendócrinos pancreáticos se desenvolvem a partir de células do sistema endócrino e são incomuns. No entanto, se observa uma crescente no número de relatos. Esses tumores representam 1,3% dos casos de tumores pancreáticos em incidência e 10% dos casos em prevalência. São, na maioria das vezes, diagnosticados tardiamente, mesmo assim, o tratamento cirúrgico agressivo representa benefício de sobrevida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente AMJ, feminina, 36 anos, com histórico de feocromocitoma e adrenalectomia bilateral, chega ao serviço de cirurgia geral após achado incidental de lesões em pâncreas em internação por ureterolitíase obstrutiva e pielonefrite. À TC, lesões nodulares heterogêneas com intensa impregnação pelo contraste, com centro hipodenso, provavelmente necrótico, a maior com 3,0 x 2,4 cm em cabeça, processo uncinado e colo do pâncreas. Iniciou-se a investigação com RNM, em que se identificaram ao menos três lesões nodulares com alto sinal em T2 na cabeça e processo uncinado do pâncreas, com restrição à difusão e intenso realce pelo contraste, exceto por componente central, necrótico, a maior com 2,5 x 2,1 cm, sugestivas de neoplasia. Considerando história prévia de feocromocitoma, a possibilidade de implantes secundários se fez possível. Foi solicitada cintilografia com metaiodobenzilguanidina (MIBG) e SPECT/CT, evidenciando focos de atividade do radiofármaco na cabeça do pâncreas, que poderiam estar relacionados à presença de tecido neuroendócrino. Foi optado por tratamento cirúrgico com duodenopancreatectomia, sendo as anastomoses pancreatojejunostomia, hepatojejunostomia e gastrojejunostomia realizadas. Houve passagem de sonda nasoentérica, colocação de dreno tubulolaminar e bolsa de colostomia. O resultado do anatomopatológico foi neoplasia bem diferenciada de células epitelioides/poligonais acometendo tecido pancreático com atipias leves. A imunohistoquímica da lesão favoreceu o diagnóstico de neoplasia neuroendócrina diferenciada de pâncreas, com imunoposição de Ki67 em 30% das células paranequimatosas em área de maior expressão - pT2pN0. Paciente evoluiu bem, mas com formação de fístula pancreática, resolvida posteriormente.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores neuroendócrinos de pâncreas são tumores de difícil diagnóstico e que podem cursar com uma sintomatologia inespecífica. Isso contribui para o diagnóstico tardio, no qual aproximadamente 65% dos pacientes apresenta doença avançada. Nos estágios iniciais da doença, a cirurgia é a única opção curativa disponível e o consenso sobre o tratamento da doença avançada é praticamente inexistente, sendo os esquemas terapêuticos disponíveis paliativos. A duodenopancreatectomia é uma cirurgia de alta complexidade, com elevada morbi-mortalidade. As complicações pós-operatórias ocorrem com frequência, sendo a fístula pancreática a mais problemática. Entretanto, com a qualificação das equipes cirúrgicas pode-se observar uma redução nos índices de complicações e maiores benefícios.</p>

PO 086-2	PO 086-3
<p>DOENÇA DE PAGET PERIANAL: RELATO DE CASO</p> <p>ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA OLIVEIRA ALVES, SHIRLANE FRUTUOSO MALHEIROS, CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE, ERNESTO SOUZA DINIZ NETO, JESSICA MONTENEGRO PONTES, LETICIA AIRES BENJAMIN, BRUNO JOSE BARBOSA GONÇALVES, PEDRO EDUARDO OLIVEIRA CARTAXO</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias cutâneas perianais são entidades raras, dentre elas identifica-se a Doença de Paget, que consiste em uma neoplasia inicialmente benigna, que pode ter comportamento maligno em cerca de 33% a 88%. A doença de Paget é classificada em mamária e extramamária, sendo a extramamária mais rara e mais comumente localizada na vulva, acometendo a região perianal em 20% dos casos. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de Doença de Paget extramamária perianal, observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa - PB.</p> <p>RELATO DE CASO: ILL, 88 anos, feminino, com quadro de desconforto associado a prurido e tumoração em região perianal, tratada com medicações tópicas há 1 ano, sem resultados. Foi submetida a biópsia incisional, que evidenciou hiperplasia pseuopiteliomatosa com foco de paraceratose, infiltrando a epiderme, por células epitelioides atípicas que se permeiam entre os ceratócitos, com núcleos aumentados de volume, compatível com Doença de Paget. Foi submetida a ressecção alargada da lesão perianal, com preservação dos músculos esfínteres anais e fechamento da ferida operatória por segunda intenção. Anatomopatológico revelou adenocarcinoma originando-se em Doença de Paget perianal, mucinoso, moderadamente diferenciado.</p> <p>DISCUSSÃO: A Doença de Paget perianal é uma doença rara e por vezes tardiamente diagnosticada, devido à inespecificidade dos seus sintomas. O pouco conhecimento e a insistência em tratamento clínico para esta paciente levaram a malignização da doença e ao maior porte do procedimento, reforçando a importância da biópsia incisional em lesões macroscópicas sem etiologia clara. É fundamental determinar a presença de outras neoplasias concomitantes, para se proceder ao tratamento mais adequado, o que se traduz num melhor prognóstico.</p>	<p>LIPOENXERTIA PARA RECONSTRUÇÃO POS-EXERESE DE SARCOMA EM COXA</p> <p>ALINE CARRER BORTOLINI, GIORDANA CARRER BORTOLINI, CAROLINA DALANHOL KURDYK, CRISTIANO ELY KIPPER, KALYANNA GIL PORTAL, JULIANA MEZARI CARBAJAL, DIEGO SISTO SEIDL, DOUGLAS SEVERO FRAGA</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O uso de transferência de gordura autóloga, lipoenxertia ou lipofilling para correção de deformidades de contorno revela-se como um dos maiores avanços na cirurgia plástica reconstrutora. Com o uso cada vez mais difundido e com o maior número de publicações sobre o assunto, a insegurança quanto a imprevisibilidade dos resultados e a reabsorção variável do enxerto vem sendo substituída pela maior confiabilidade na técnica. O objetivo do trabalho é apresentar um caso de reconstrução de loja anterior da coxa pós exérese de sarcoma.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 34 anos, encaminhada ao Serviço de Cirurgia Plástica do HNSC por apresentar perda de volume em loja anterior da coxa esquerda secundária à retirada de lipossarcoma mixoide intracompartimental. Há 6 anos, paciente relatava aparecimento de nódulo em coxa esquerda associado a trauma contuso, com crescimento progressivo. Sem dor, perda ponderal, comorbidades ou uso de medicações. Ao exame, foi identificada lesão expansiva envolvendo os ventres musculares do vasto intermédio e do vasto medial localizada no terço superior e médio da coxa, medindo 1,4 x 8,5 x 7,3 cm. Realizou-se exérese da lesão e do compartimento muscular anterior da coxa, com dissecação junto ao fêmur. Cinco anos após exérese e sem qualquer evidência de recidiva da lesão, planejou-se cirurgia reparadora com o intuito de suavizar a depressão remanescente na coxa esquerda. O procedimento consistiu na realização de uma lipospiração no dorso, flancos, abdome e face lateral da coxa associada a lipoenxertia em face anterior da coxa esquerda. Foram lipospirados 1500 ml de gordura, processados por meio de decantação e inseridos em seringas de 60 ml. 600 ml de gordura autóloga foram lipoenxertados por meio de incisão junto à cicatriz prévia, sendo criados túneis em leque em diferentes níveis de profundidade, todos com enxertia por meio de retroinjeção.</p> <p>DISCUSSÃO: Com a lipoenxertia, o resultado se aproxima do preenchimento adiposo ideal. Além disso, sua fácil obtenção e reprodução, a pequena morbidade no sítio doador, a versatilidade, a biocompatibilidade e o baixo custo tornam este tipo de procedimento uma boa opção para os casos que necessitam de reconstrução. A efetividade da lipoenxertia em casos estéticos e reconstrutivos é sustentada por uma grande parte da literatura, indicando que a lipoenxertia pode melhorar a qualidade das cicatrizes com baixa taxa de complicações. Geralmente são necessárias repetidas sessões para obter o resultado desejado. O volume médio retido após lipoenxertia varia de 50% a 60% após 1 ano. A lipoenxertia demonstrou ser uma forma segura e previsível de reabilitação estética para pacientes com defeitos de contorno corporal resultantes de cirurgias oncológicas, permitindo o retorno ao contorno corporal muito próximo do prévio à cirurgia de ressecção tumoral, com baixa morbidade.</p>
<p>PO 087-1</p> <p>PANCREATITE AGUDA COM NECROSE DE PSEUDOCISTO APOS CHOQUE ELETRICO</p> <p>JULIANA HERNANDES SERIBELI, CLARA DO PRADO LOPES FROTA, GILFRED CANUTO PEREIRA, MAURICIO GODINHO</p> <p><i>USP RIBEIRÃO PRETO - RIBEIRAO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mais de 40% dos traumas elétricos graves são fatais, sendo os de alta voltagem os responsáveis por uma alta morbidade nos sobreviventes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino de 18 anos de idade sofreu acidente elétrico incidental durante atividade domiciliar. Deu entrada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto após 15 dias do evento com dor abdominal difusa, do tipo queimação, migratória e por vezes com irradiação para o ombro esquerdo. Também referia náuseas e vômitos relacionados com a alimentação. Ao exame físico estava em regular estado geral, aparelho cardiopulmonar dentro da normalidade e exame do abdome com ruídos hidroaéreos presentes, presença de defesa abdominal, descompressão brusca positiva difusamente e fígado palpável à 2cm do rebordo costal. Submetido à tomografia computadorizada que evidenciou sinais de pancreatite aguda com coleções peripancreáticas agudas (sendo a maior de 8,3 x 8,1 x 5,2 cm com volume de 181 ml) associadas a moderada quantidade de líquido livre intra-abdominal. Não sendo possível afastar possibilidade de pseudo-cistos em formação. Os exames da admissão como eletrocardiograma e função renal eram dentro da normalidade, a despeito da amilase e proteína C reativa que estavam elevadas. Durante a internação e tratamento clínico da pancreatite, o paciente evoluiu bem e recebeu alta após 6 dias de seguimento hospitalar. Foram descartadas outras causas de pancreatite aguda como etiologia biliar, alcoólica ou secundária à hipertrigliceridemia. Depois de 18 dias da alta, retornou com recidiva do quadro alérgico, mais localizado em hipocôndrio direito e epigástrico, náuseas, vômitos, hiporexia, desconforto respiratório e febre. Iniciou-se empiricamente antibioticoterapia e repetidos os exames de imagem que evidenciaram derrame pleural volumoso à esquerda, regressão das coleções peri-pancreáticas e aumento do líquido livre intra-abdominal. Realizada drenagem guiada por imagem tanto do espaço pleural quanto da cavidade abdominal em busca de foco infeccioso. Também submetido à eco-endoscopia que visualizou coleção peripancreática de 8 x 5,4cm. Realizada punção da mesma e drenagem ecoguiada de grande quantidade de líquido escuro. Após quatro dias da drenagem foi realizada necrosectomia endoscópica sem intercorrências e recebeu alta hospitalar em bom estado, com melhora significativa do quadro clínico. Em seguimento ambulatorial passou por revisão do procedimento endoscópico com apenas dilatação hidrostática do pseudocisto pancreático, sem nova necrosectomia devido sangramento de parede frável. Atualmente segue ambulatório sem novas queixas ou intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O trauma elétrico pode ser dividido em acometimento de alta ou baixa voltagem, considerando o limite de 1000 volts. Os acometimentos sistêmicos relevantes são as arritmias cardíacas, disfunção renal, comprometimento visual e amputações. A descrição de um episódio de pancreatite aguda com pseudocisto e necrose em um trauma elétrico não grave chama atenção.</p>	<p>PO 087-2</p> <p>PILEFLEBITE COMO COMPLICAÇÃO DE APENDICITE AGUDA</p> <p>ANA LUIZA DE FREITAS RIBEIRO REIS, BARBARA BARBOSA MONTEIRO, THAMILYS BENFICA PENA, SHALINE BRAGA RAMOS, AURÉLIO ROCHA BATISTA DE OLIVEIRA, ANDREZA DE JESUS PRATES, THÁISA SOARES CRESPO</p> <p><i>FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Com os avanços na antibioticoterapia, a pileflebite (tromboflebite séptica de veia porta ou suas tributárias) se tornou uma condição rara. No entanto, a mortalidade permanece alta devido aos sintomas inespecíficos e o baixo índice de suspeição que atrasa o diagnóstico. Antigamente o principal foco séptico abdominal de pileflebite era apendicite. Hoje, a diverticulite é a principal causa. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com diagnóstico de pileflebite da mesentérica superior e do ramo esquerdo da veia porta, secundária à apendicite, devido sua raridade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R. N. S., masculino, 27 anos, previamente hígido foi admitido no hospital com quadro de dor abdominal difusa e febre não termometrada, com uma semana de evolução, associado a diminuição da eliminação de flatos e fezes, episódios de vômitos persistentes e um episódio de epistaxe. Ao exame encontrava-se hipocorado, icterício, desidratado com abdome distendido e doloroso difusamente à palpação. Na hemocultura e na urocultura realizados foi isolado <i>Escherichia coli</i> produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL), iniciado então Meropenem. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome resultou em trombose de ramo esquerdo da veia porta, e de artéria mesentérica superior com dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Iniciou-se dessa forma anticoagulação para o paciente. Na colangiografia foi evidenciado alterações hepáticas compatíveis com quadro inflamatório e infecção com formação de abscessos nos segmentos III, IVa e VII. Após melhora clínica do paciente foi realizada cirurgia. No procedimento foi detectada esplenomegalia e hepatomegalia. Foram também constatadas áreas de aparente flutuação na transição dos segmentos 6/7 e 7/8 hepáticos e realizada a punção desses locais com drenagem abundante de secreção purulenta. O apêndice cecal se encontrava com sinais de inflamação. Foi realizada apendicetomia, constatando coleção purulenta intra-luminal, sendo assim a causa da pileflebite.</p> <p>DISCUSSÃO: Com os avanços na antibioticoterapia, a Pileflebite se tornou uma condição rara. No entanto, a mortalidade permanece alta devido aos sintomas inespecíficos, e o baixo índice de suspeição que atrasa o diagnóstico. A literatura relata que a patogenia ainda não está esclarecida. Sugerem-se três mecanismos: translocação bacteriana, que promove a interação entre o agente infeccioso e o endotélio, desencadeando a cascata de coagulação, formando a piletrombose; ocorrência de trombose do sistema porta seguido de infecção, e/ou ambos. A TC é o exame de escolha para o diagnóstico, pela capacidade de detectar o foco primário da infecção, a extensão da pileflebite, e as anormalidades e complicações hepáticas, como os abscessos. O tratamento baseia-se na instituição de antibioticoterapia de largo espectro. A cirurgia está indicada em casos selecionados (por exemplo, abscessos hepáticos múltiplos), e nos casos de deteriorização clínica</p>

PO 087-3	PO 088-1
<p>RETALHO DE SINGAPURA PARA RECONSTRUÇÃO VAGINAL EM AGENESIA CONGENITA</p> <p>ALINE CARRER BORTOLINI, GIORDANA CARRER BORTOLINI, DOUGLAS SEVERO FRAGA</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (SMRKH) é uma anomalia do sistema urogenital feminino, especificamente dos ductos de Muller, levando a atresia ou agenesia de vagina, restando apenas resquícios uterinos, tubas e ovários. O retalho de Singapura é uma opção para a reconstrução vaginal. Descrito pela primeira vez em 1989, é um retalho fasciocutâneo neurovascular do pudendo da coxa, que compreende a porção interna e superior da coxa adjacente ao lábio maior e prega inguinal, baseado na artéria pudenda interna e ramos labiais posteriores. O objetivo é relatar o caso de uma paciente com SMRKH com reconstrução vaginal pelo retalho de Singapura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 26 anos, com amenorreia primária e hematometro. No desenvolvimento, telarca e pubarca normais. Ao exame físico, vagina em fundo cego. Foi realizada RM da pelve, que evidenciou corpo uterino rudimentar com material hemático. Os ovários não apresentavam alterações. Foi diagnosticada agenesia congênita de vagina e proposto o retalho de Singapura. Este foi demarcado com dimensões de 15 x 6 cm, sendo elevado, tunelizado abaixo dos grandes lábios e suturado a eles. Foi realizada incisão de Pfannenstiel para abordagem do colo uterino e realizada dissecação do espaço retrovesical, fixando o retalho no colo com Prolene 3.0. Foi realizada sutura primária na região interna da coxa com Nylon 2.0 e 3.0. O curativo foi feito com tampão de gaze embebida com lidocaína gel. A paciente foi internada por 7 dias, mantida com sonda vesical de demora, antibióticos e cuidados de não abduzir as coxas. A paciente não apresentou complicações no trans nem no pós-operatório e retornou às consultas com 2 semanas, 1 e 2 meses após o procedimento, sem queixas de dor ou sangramento e com boa cicatrização. Neovagina totalmente reepitelizada e medindo 8cm aos 2 meses de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A SMRKH é uma agenesia congênita de útero e vagina em mulheres com desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários e cariótipo XX. A incidência é 1 para 4000 a 5000 mulheres e os principais achados clínicos são amenorreia primária e vagina reduzida. A RM é o melhor método para diagnóstico. O tratamento consiste na criação de uma neovagina e há diversas maneiras de realizá-la. O método não cirúrgico mais comum é o de Frank, com aplicação de dilatadores vaginais, aumentando progressivamente o diâmetro, porém requer muita cooperação da paciente. Dentre as técnicas cirúrgicas, a de Abbé-McIndoe consiste em expansor vaginal revestido por enxerto de pele introduzido no espaço retrovesical. É muito utilizada, mas não restaura a sensibilidade e necessita de molde. O retalho de Singapura ou fasciocutâneo neurovascular podendo da coxa tem vantagem em relação aos outros por não necessitar enxertos nem moldes, além de ser um método seguro, que restabelece a sensibilidade da vagina, mantendo suas dimensões e apresentando bom resultado funcional.</p>	<p>VESÍCULA EM "BARRETE FRÍGIO"- RELATO DE CASO</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Thaisa Pestana Sousa, Gabriel Budim Affonso, Débora Faria Nogueira, Estevão Moreira David, Bruna Bandeira Oliveira Junqueira, Thais Bandeira Oliveira Junqueira, Leonardo Santos Almeida Alves</p> <p><i>Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Vesícula em "barrete frígido" é uma variação anatômica congênita rara, que ocorre em virtude de dobra da parede da vesícula biliar. Seu diagnóstico geralmente é incidental, durante a realização de exames de imagens que são guiados pelas queixas dos pacientes. O presente trabalho visa apresentar um caso clínico onde foi identificada uma vesícula biliar em "barrete frígido" durante prolapéctomia prévia a colecistectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 49 anos, com quadro de dor abdominal em cólica, difusa, pior em região de epigástrico e hipocôndrio direito, associada a alimentação. Aventura a hipótese diagnóstica de colecistolitíase. A paciente negava sintomas colestatóxicos à época da internação, mas apresentava alterações de enzimas canaliculares (fosfatase alcalina: 265 U/L (VR: 65-250) e gama glutamil transferase: 249 U/L (VR: 5-39)). O exame ultrassonográfico de abdome descrevia vesícula biliar espessa, com múltiplos cálculos. Diante do risco moderado de coledocolitíase, a paciente foi submetida a colangiografia por ressonância magnética, com achado incidental de vesícula biliar com morfologia em "barrete frígido" e hepatocolédoco com calibre de até 0,6 cm. Foi submetida a colecistectomia laparoscópica e segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Vesícula em "barrete frígido" é uma variação anatômica congênita, que acomete aproximadamente 4% da população, cuja identificação em exame de imagem pode gerar dúvidas ao fazer diagnóstico de doenças císticas por estes métodos de exame. O termo "barrete frígido" faz referência a uma espécie de touca utilizada por moradores da Frígia (antiga região da Ásia Menor, onde hoje está situada a Turquia) que, assim como a vesícula em "barrete frígido", apresenta uma dobra ou prega em sua porção mais distal. Essa variação predispõe a estase biliar, o que contribui para a formação de litíase biliar. Seu diagnóstico geralmente é incidental, durante a realização de exames de imagens. O tratamento cirúrgico é indicado quando o paciente apresenta queixas associadas ao achado, e normalmente consiste na colecistectomia laparoscópica</p>
PO 088-2	PO 088-3
<p>SINDROME DE CHILAITIDITIS</p> <p>MARCOS FIGUEIREDO COSTA, PEDRO TORRES PINHEIRO, DANIEL MATEUS CABRAL PINTO, RICARDO ANTÔNIO DELLA LUCIA, ALINE SAYURI LOPES FUKINO, THIAGO AREAS LISBOA NETTO, RODOLFO LEMOS SOARES SOARES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - VIÇOSA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Chilaiditis corresponde à associação entre o sinal de Chilaiditis - sinal radiológico onde o estômago, cólon transverso ou intestino delgado se inter põe entre o fígado e a hem cúpula diafragmática direita; e sintomas relativamente inespecíficos, como dor e distensão abdominal, náusea, vômitos, constipação e dispnéia. Trata-se de uma condição pouco frequente e seu tratamento geralmente é sintomático e conservador. Entretanto, é de suma importância a identificação e conhecimento dessa condição, que representa um importante diagnóstico diferencial em caso de suspeita de abdome agudo perfurativo, já que o sinal de Chilaiditis pode ser confundido com pneumoperitônio, que exige tratamento cirúrgico imediato.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.C.B, 23 anos, procurou pelo serviço de atendimento ambulatorial de cirurgia geral referindo quadro de dor abdominal em cólica, difusa e de moderada intensidade, constipação, plenitude pós-prandial e náuseas com início há aproximadamente um ano, recorrência e evolução destes sintomas mesmo após tratamento e suporte clínicos. Realizada investigação prolapéctica com E.D.A, esta dentro dos limites da normalidade, e TC de abdome que evidenciou Sinal de Chilaiditis, com interposição da Flexura hepática do cólon entre o diafragma e o fígado, fechando o diagnóstico de Síndrome de Chilaiditis. Optou-se pela realização de abordagem cirúrgica com enteropexia ao nível da flexura hepática.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de uma síndrome mais frequente em homens e em idosos, usualmente causada pela interposição da flexura hepática ou do cólon transverso, e menos frequentemente por alças do intestino delgado. No caso relatado acima, tratou-se da flexura hepática. Os fatores de risco podem ser congênitos ou adquiridos, como ausência, flacidez ou alongamento do mesocólon transverso ou do ligamento falciforme do fígado, atrofia hepática secundária à cirrose, ascite, gestações múltiplas, obesidade, aerofagia, constipação intestinal e DPOC. O paciente em questão queixava de constipação, que pode ser tanto causa como consequência da síndrome. Diante da sintomatologia inespecífica, a síndrome de Chilaiditis é um diagnóstico pouco considerado nos serviços de urgência. O diagnóstico é feito através de radiografias simples de tórax ou abdômen, que evidenciam a presença de conteúdo aéreo entre o fígado e a hem cúpula diafragmática direita, que não se deslocam à mudança de posição. Na presença de dúvida diagnóstica, a tomografia computadorizada de abdômen é útil, não só para o diagnóstico diferencial, mas também para a detecção de complicações, como obstrução, isquemia mesentérica, vôlvulo e perfuração intestinal. Na ausência de complicações, o tratamento inicialmente é conservador e consiste em analgesia, hidratação venosa e descompressão gastrointestinal. Caso persistam os sintomas, está indicado tratamento cirúrgico, através de enteropexia, hepatopexia ou ressecção intestinal, a depender da causa e da presença de complicações.</p>	<p>RETALHO FRONTAL OBLIQUO PARA CORREÇÃO DE LESÃO POR CARCINOMA BASOCELULAR (CBC) DE ASA NASAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Camille Souza Carvalho, Igor Diego Carrijo dos Santos, Laís Ribeiro Vieira, Vanessa Mahamed Rassil, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Ana Letícia Argente Bononi, Wiliam Pires de Oliveira Júnior</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma Basocelular (CBC) é um tumor maligno de alta incidência correspondendo a 75% das neoplasias nasais, é considerado um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização. A pirâmide nasal é o local mais comum de surgimento de tumores malignos na cabeça e no pescoço, particularmente em áreas expostas ao sol, tais como a asa (45%), o dorso (17%) e a ponta nasal (5,5%). Este trabalho relata a reconstrução nasal de uma paciente feita em três etapas: na primeira, utilizou-se de retalho frontal oblíquo, na segunda etapa foi feita o afilamento do retalho e na terceira foi realizada a secção do pedículo médio-frontal. Essas lesões se tornam um grande desafio para os cirurgiões plásticos, pois é uma região de alta complexidade anatômica e com quantidade de pele limitada para correções.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 86 anos, com diagnóstico de CBC em asa nasal direita com ulceração. A primeira etapa da reconstrução foi utilizada a região frontal paramediana direita como área doadora para a confecção do retalho, dissecando no plano subcutâneo até a região glabellar médio-lateral com irrigação de artéria supratroclear. Foi utilizado enxerto de cartilagem da orelha direita para a reconstrução da asa nasal direita. Cinco meses depois, seguiu-se o segundo tempo cirúrgico, compreendendo o desengorduramento da tela subcutânea e o afilamento do retalho de borda de asa nasal direita junto à exérese e eletrocoagulação de outras lesões de pele da região malar esquerda e asa nasal esquerda. Três meses depois, procedeu-se a terceira etapa cirúrgica, sob anestesia geral foi feito a secção de pedículo médio-frontal, seguido do desbridamento de feridas em região frontal e nasal mais o refinamento dos retalhos remanescentes. A paciente recuperou-se sem intercorrências, assintomática e com ótimo resultado estético em retorno ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O surgimento de tumores malignos na região nasal cria desafios tanto na questão de saúde quanto na de estética do paciente acometido. A escolha da técnica de reconstrução nasal visa a cura da lesão, a restauração da função e, finalmente, que a estética nasal fique semelhante ao natural. Existem diversas técnicas cirúrgicas descritas disponíveis para correção de defeitos de acordo com a unidade estética acometida. Especificamente na asa do nariz, os retalhos mais comumente utilizados são transposição bilobada, retalho em V-Y, nasogeniano e o frontal. A técnica com utilização do retalho frontal oblíquo tem grande eficácia no tratamento do CBC de pirâmide nasal, sua grande vantagem é na reconstrução de perdas de substância que acometem mais de uma unidade estética ou defeitos que atingiam cartilagem e/ou mucosa, sendo por esta última indicação utilizada esta técnica na paciente. Sua maior intercorrência é a necessidade de vários tempos cirúrgicos.</p>

PO 089-1	PO 089-2
<p>RELATO DE CASO COM ENFASE EM DIAGNÓSTICO EM PANCREATITE POS TRAUMA</p> <p>ANGÉLICA SOUZA DUARTE, CAROLINE DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, SILAS FERNANDES CUNHA JUNIOR, ELLEN CRISTINE PACHECO RAMOS, JOAO PAULO SANTOS TENÓRIO, VITOR VINICIUS QUEIROZ DE SOUSA, KAROLINE EVANGELISTA SOUZA</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão do pâncreas ocorre em 1 a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado, é um evento raro, porém devido ao aumento dos acidentes automobilísticos e da criminalidade, tem crescido. De acordo com o tipo e a importância das lesões pancreáticas, a evolução pode variar na pancreatite. A particularidade da pancreatite pós-traumática reside na dificuldade do diagnóstico precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: TWDO, 19 anos, masculino, chega ao Hospital Regional do Distrito Federal queixando de dor de forte intensidade em epigastro há 4 dias, após agressão física, associado à vômitos. Laboratorialmente foi evidenciado: hiperamilasemia e leucocitose. Na tomografia computadorizada de abdome (TC) foi considerado a possibilidade de Pancreatite Aguda Necrotizante. Sendo assim, paciente permaneceu na unidade de saúde por 24 dias, em uso de Imipenem por 14 dias. Recebeu alta com hiperamilasemia, porém com melhora relacionado aos achados tomográficos, estável, com boa aceitação da dieta oral e abdome indolor. Retornou um mês depois com distensão abdominal por 07 dias, associado a dor lombar e vômitos, sendo iniciado medidas clínicas para pancreatite e realizada nova TC de abdome com contraste que evidenciou volumosa ascite, dilatação e discreto espessamento da parede de alças de delgado. Foi internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) devido quadro geral grave onde permaneceu por 7 dias. Recebeu alta da UTI após melhora, com permanência da hiperamilasemia e nutrição parenteral total. Retornou a enfermaria em uso de Meropenem por 14 dias, permaneceu em observação clínica por 45 dias, devido a evolução a pancreatite necro-hemorrágica. Recebeu alta com retorno ambulatorial programado para acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A pancreatite aguda é caracterizada por dor abdominal e elevação dos níveis de amilase e lipase, mas têm falta de sensibilidade e especificidade, no contexto traumático. Contudo, a persistência ou reaparecimento de alterações é sugestiva da sua origem pancreática. A TC é o exame utilizado para o diagnóstico e seguimento. Nas primeiras 24h após o trauma pode não detectar anomalias devido à ausência de alterações inflamatórias e a ressonância magnética está sendo cada vez mais utilizada na avaliação do pâncreas. No contexto traumático, tem sensibilidade para detectar lesões do parênquima e avaliar a integridade do canal de Wirsung. Sempre que há suspeita de lesão do canal pancreático, deve ser realizada uma CPRE. Existem relatos de bons resultados a longo prazo com uma abordagem conservadora, em pacientes estáveis e consiste em suporte nutricional adequado, analgesia e antibióticos de amplo espectro. O prognóstico desses pacientes é avaliado por escores, e um muito utilizado na prática clínica é o RANSON. Para a abordagem cirúrgica necessita de critérios de indicação. A pancreatite traumática mesmo sendo um evento raro, é de extrema gravidade e pode ter diversas complicações, podendo chegar à morte. Dessa forma o diagnóstico precoce é essencial para um melhor prognóstico.</p>	<p>SINDROME DE LYNCH: UM RELATO DE CASO COM MUTAÇÃO MSH2</p> <p>Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Rachel Gonçalves Nihari, Matheus Oliveira Santos, Lucio Henrique Correia Lopes, Natascha Mourão Moreira, Oswaldo Moraes Filho, Rômulo Medeiros Almeida, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Lynch é a forma mais comum de câncer colorretal hereditário, representando 1-3% de todos os casos diagnosticados. Está relacionada a instabilidade de microssatélite (MSI) ocasionada por mutações em genes de reparo do DNA, principalmente os genes MLH1 e MSH2. O diagnóstico é importante pois além do câncer colorretal, podem surgir cânceres em outros órgãos como urotélio, endométrio, gástrica e tireóide, o que exige seguimento clínico diferenciado e aconselhamento genético.</p> <p>RELATO DE CASO: G.A.B.S., 25 anos, masculino, procurou atendimento médico, assintomático, com história familiar de câncer colorretal, afetando três tios maternos, além de mãe e tia materna com diagnóstico de câncer de endométrio. Todos os casos foram diagnosticados antes dos 50 anos. Realizado rastreamento com colonoscopia em setembro/2016 e identificado tumoração na transição ceco/cólon ascendente. A biópsia da lesão evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado. Estadiamento por imagem não identificou doença metastática. Discutido com paciente possibilidade diagnóstica, sugerido teste genético e após o paciente concordar foi realizado investigação. Confirmado o diagnóstico de Síndrome de Lynch, com mutação no gene MSH2. Exames laboratoriais sem alteração e CEA: 1,6ng/ml. Sem outras comorbidades. Devido ao diagnóstico e ao risco aumentado de câncer colorretal, foi proposto ao paciente a colectomia subtotal com ileorreto anastomose, o que foi aceito. Realizado, em abril/2017, colectomia subtotal por videolaparoscopia com anastomose ileorreto primária. Na análise anatomopatológica da peça, foi observado adenocarcinoma com invasão até camada subserosa, com invasão angiolinfática presente, resposta linfocítica Crohn símile presente, subtipo mucinoso, margens livres, 2 linfonodos comprometidos de 81 isolados. Estadiamento pT3pN1bM0. No seguimento com a oncologia, foram feitas 6 sessões de quimioterapia adjuvante com FOLFOX (ácido folínico + Fluorouracila + Oxaliplatina), iniciada em junho/2018. Atualmente, encontra-se em bom estado geral, sem evidência de doença aos exames de imagem, apresentando diarreia crônica controlada com medicação.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Lynch é caracterizada por um risco aumentado de CCR e cânceres como: endometrial, gástrico e ovariano. O rastreio de MSI em pacientes com CCR antes dos 50 anos é embasado em critérios clínicos como Amsterdam II ou Bethesda revisados. O paciente relatado apresentava uma história familiar importante de tumores relacionados com a síndrome, se enquadrando nos critérios de Amsterdam. O que indicou rastreamento precoce apesar de assintomático. Além disso, o diagnóstico do CCR e o histórico familiar foram utilizados como embasamento para a pesquisa genética que mostrou a mutação apresentada, o que influenciou também na decisão do tratamento, como recomendado na literatura nesse caso, por uma colectomia subtotal pela alta taxa de recidiva colorretal nos casos de colectomia segmentar.</p>
<p>PO 089-3</p> <p>AMPUTAÇÃO DE MEMBRO POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PELE – RELATO DE CASO</p> <p>FERNANDA COUTINHO KUBASKI, CAMILA LIMA RIBEIRO, CELIA EDSANA DE LIMA GONÇALVES, FLÁVIA PIROLI, JULIANE DA SILVA NEMITZ, LUCIANO NIEMEYER GOMES, NICOLE GOULART SAVIATTO, SERGIO FERREIRA DE FERREIRA FILHO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - PELOTAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o tipo mais comum de neoplasia maligna do Brasil, cerca de 20% dos CPNM são classificados como carcinoma espinocelular (CEC). O CEC é indolente e sem agressividade na maioria dos casos, permitindo um tempo relativamente longo para o diagnóstico e tratamento antes que o comprometimento do membro seja significativo e a amputação necessária. O objetivo deste trabalho é relatar um caso agressivo de CEC, que culminou em amputação e esvaziamento axilar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente S.N.B, 63 anos, branco, masculino, hipertenso e tabagista, encaminhado ao ambulatório de Cirurgia Oncológica por lesão volumosa em dorso da mão esquerda, com cerca de 05 anos de evolução, apresentando odor fétido, dor intensa no local e comprometimento motor de quírodractilos esquerdos, sem linfonodomegalias palpáveis. Realizada biópsia da lesão, compatível com carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, ulcerado, com extensão à derme reticular profunda. Foi então realizada tomografia (TC) de mão esquerda que evidenciou lesão infiltrativa, sem limites definidos, com envolvimento dos tendões extensores dos dedos e associada a osteólise da cabeça e do corpo do segundo e do terceiro metacarpos. TC de tórax sem alterações. Paciente foi então submetido a amputação de mão esquerda, ao nível de antebraço. Anatomopatológico da lesão foi de carcinoma epidermóide bem diferenciado, medindo 15,4x14,5 cm. Evoluiu inicialmente sem intercorrências cirúrgicas, referindo melhora da qualidade de vida. Após cinco meses da ressecção, apresentou linfonodomegalia axilar à esquerda. Foi procedido esvaziamento axilar, identificando-se lesão invadindo veia axilar. Anatomopatológico de metástase de carcinoma epidermóide, com invasão perineural e embolização vascular tumoral. Paciente foi encaminhado ao serviço de radioterapia e mantém acompanhamento no ambulatório de Cirurgia Oncológica.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso descrito evidencia uma evolução complicada de um CEC. Metástases acometem em geral menos de 6% dos casos e costumam surgir 2 a 3 anos após a lesão primária, principalmente para linfonodos regionais. A possibilidade de metastatização aumenta quando a lesão se localiza em lábio ou orelha ou sobre cicatrizes prévias, e tem mais de 2 cm de extensão ou mais de 0,4 cm de profundidade. O quadro clínico do paciente mostrava grande comprometimento anatômico e funcional, associado a dor intensa. Assim, foi optado pela amputação da mão esquerda a nível do antebraço. Apesar da agressividade da cirurgia, é um procedimento relativamente seguro, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de tumores irremovíveis de extremidades. Não há consenso acerca da terapêutica radioterápica adjuvante, contudo, estudos evidenciam benefício, com redução da recorrência e aumento da sobrevida nos casos metastáticos, especialmente se associados a acometimento linfonodal ou nervoso e com margens cirúrgicas comprometidas.</p>	<p>PO 090-1</p> <p>AGENESIA DE DUCTO E ARTERIA CÍSTICA: RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, MARCEL DEPIERI ANDRADE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, PAULO GARDENAL TELES, THIAGO CASEMIRO RODRIGUES</p> <p><i>HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A anatomia humana nem sempre é respeitada como segue a literatura, em alguns casos ocorrem variações da mesma que desafiam o manejo cirúrgico. A via biliar, por exemplo, apresenta inúmeras, quanto à disposição e implantação, número ou até mesmo ausência de suas estruturas. A agenesia de ducto e artéria císticas são muito raras, por falta de estudos não foi possível determinar sua incidência na população. Quanto aos sinais e sintomas, podem ser muito variáveis, desde pacientes assintomáticos, como leve dispepsia, dor epigástrica ou mal estar. A importância deste trabalho se deve ao fato de que com o surgimento de novas técnicas cirúrgicas e o advento da videolaparoscopia, torna-se importante o conhecimento das variações anatômicas a fim de garantir o sucesso do procedimento.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L, sexo masculino, 51 anos, caucasiano, assintomático, sem alterações ao exame físico, aos hábitos e vícios tabagista 20 anos/maço. Antecedentes pessoais: Hipertenso, sem cirurgias prévias. Ultrassonografia com múltiplos cálculos de 3 a 4 mm. Realizado colecistectomia videolaparoscópica, no intra-operatório não identificando artéria e ducto cístico (figura 1, 2 e 3). Procedeu então com descolamento da vesícula biliar do leito hepático, sem clipagem, pois não foi encontrado nenhuma estrutura. Mantido dreno tubular número oito, locado no leito hepático, para supervisão do mesmo. Paciente evoluiu bem, recebe dieta no mesmo dia da cirurgia e alta no primeiro pós-operatório com dreno tubular. Retorna em uma semana, dreno sem bile e sem débito, retirado dreno. O mesmo recebe alta.</p> <p>DISCUSSÃO: A vesícula biliar é o órgão responsável por armazenar a bile formada pelos hepatócitos, cuja drenagem normalmente é realizada pelo ducto cístico até o ducto hepático comum. Durante a embriogênese, por volta da metade da terceira semana, uma protuberância do epitélio endodérmico na extremidade distal do intestino anterior se forma dando origem ao divertículo ou broto hepático, consequência de um intenso processo de proliferação celular no septo transversal. A conexão do broto hepático com o intestino anterior se estreita formando o ducto biliar, o qual deste irá por meio de uma protuberância ventral formar a vesícula biliar e o ducto cístico. Por volta da 12ª semana de gestação, a vesícula biliar e o ducto cístico já se formaram, sendo que este último já se comunicou ao ducto colédoco, permitindo que a bile possa ser lançada ao sistema digestório. Como no caso apresentado o ducto e artéria cística estão ausentes, o que pode sugerir a drenagem da bile e irrigação pelo leito hepático, por ser uma condição rara, e pouco relatada na literatura, não existem muitos relatos dessa anomalia.</p>

PO 090-2	PO 090-3
<p>CARCINOMA ESPINOCELULAR EM HIDRADENITE SUPURATIVA, QUANDO PENSAR? RELATO DE CASO DE DEGENERAÇÃO MALIGNA EM HIDRADENITE SUPURATIVA CRONICA PERINEAL</p> <p>Mayara Malaman Cavaretti, Ana Carolina Chiorato Parra, Amely Covalero, João Vitor Vicentini</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de São Carlos- Departamento de Cirurgia Geral - São Carlos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidradenite supurativa, também conhecida como acne inversa ou doença de Verneuil, é uma doença inflamatória crônica da pele, recorrente, relacionada à obstrução crônica das porções foliculares das unidades pilos sebáceas. O tratamento inicial desses indivíduos depende de sua categorização pelo escore clínico de Hurley, dividindo-se em tratamento conservador ou cirúrgico. Em alguns casos, essas lesões crônicas podem desenvolver a malignização e transformação em carcinoma espinocelular.</p> <p>RELATO DE CASO: Reportamos o quadro de um paciente, A.E. 51 anos, com história de hidradenite supurativa crônica perineal, que após múltiplas abordagens cirúrgicas, evoluiu para um carcinoma espinocelular e encontra-se em acompanhamento com a oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: A hidradenite supurativa, apesar da cronicidade e alta morbidade, apresenta em sua grande maioria, boa evolução com os tratamentos atuais. Contudo, diante de casos em que a progressão se torna desfavorável, apresentando sinais e sintomas como dor lancinante, agudizações frequentes do quadro infeccioso com drenagem de secreção purulenta e perda ponderal, deve-se pensar em degeneração maligna. Dessa forma, é mandatório que seja realizada biópsias seriadas das lesões, a fim de confirmar o diagnóstico e iniciar, o quanto antes, a terapêutica específica.</p>	<p>CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL- RELATO DE CASO</p> <p>FERNANDA COUTINHO KUBASKI, CAMILA LIMA RIBEIRO, FLAVIA PIROLLI, JULIANE DA SILVA NEMITZ, LUCIANO NIEMEYER GOMES, NICOLE GOULART SAVIATTO, SERGIO FERREIRA DE FERREIRA FILHO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - PELOTAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma de células de Merkel é uma neoplasia cutânea rara, primária de células neuroendócrinas, mais comum em pacientes idosos do sexo masculino, com pele clara. Costuma manifestar-se como lesão firme, nodular e única, de coloração avermelhada, com crescimento acelerado, em áreas de maior exposição solar (face, pescoço e membros superiores). O prognóstico e curso clínico são variáveis.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 68 anos, branca, sem história de exposição solar intensa, hipertensa, procurou atendimento devido aparecimento de lesão cutânea em membro superior esquerdo, com crescimento local. Foi realizada exérese da lesão com resultado do anatomopatológico (AP) evidenciando neoplasia maligna indiferenciada, ulcerada, com limites cirúrgicos comprometidos. A avaliação imunohistoquímica apresentou-se positiva para Citoqueratina 20 (CK20), sinaptofisina, Citoqueratina Cocktail, KI-67 e CD56, compatível com carcinoma de células de Merkel. Concomitantemente, realizou tomografia (TC) de abdome, com linfonodomegalias intra-abdominais envolvendo raiz do mesentério, região pericecal e mesocólon sigmoide. Foi então realizada ampliação de margem de ferida prévia e ressecção de linfonodo sentinela em axila esquerda. AP evidenciou hiperplasia atípica sugestiva de metástase em linfonodo e lesão de pele compatível com carcinoma de padrão neuroendócrino ulcerado, com margem posterior livre de neoplasia. Dessa forma, foi optado por esvaziamento axilar esquerdo, o qual não confirmou metástase. Paciente mantém acompanhamento em ambulatório de Cirurgia Oncológica, assintomática, porém com TC de tórax com lesões de contornos lobulados em lobo superior esquerdo, de etiologia a esclarecer. Aguarda nova avaliação dessas lesões para prosseguir com o tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma de células de Merkel é uma neoplasia cutânea rara, com alta propensão a metastatização regional e à distância. No momento do diagnóstico, cerca de 20% dos pacientes já apresentam linfonodos positivos. Quanto ao tratamento, a excisão cirúrgica da lesão é recomendada com no mínimo 2-3 cm de margens livres. A biópsia de linfonodo sentinela deve ser sempre considerada, uma vez que o tumor tem crescimento rápido e agressivo, com invasão linfática regional frequente. Pacientes com linfonodo sentinela positivo tem sobrevida média em cinco anos de 50 a 60%. A linfadenectomia profilática não está bem estabelecida, apesar de aumentar controle regional da doença não há dados que confirmem melhora da sobrevida. As opções de tratamento são limitadas em pacientes com doença metastática, havendo pobre resposta à quimioterapia, que deve, em geral, ser associada a radioterapia adjuvante para controle local de doença. Com o advento da imunoterapia e terapia molecular, novos tratamentos estão sendo propostos, mas o carcinoma de células de Merkel mantém-se de difícil tratamento e prognóstico ainda obscuro.</p>
<p>PO 091-1</p> <p>RELATO DE CASO: CISTO DE COLÉDOCO</p> <p>WENDHY LOPES DE SOUZA BATISTA, CARLOS HENRIQUE ARRUDA SALLES, BIANCA MARTINEZ LÉLLIS, NATHALIA LEITE OLIVEIRA ZEITOUN</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER - CUIABÁ - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os cistos de colédoco são anormalidades congênitas das vias biliares intra ou extra-hepáticas. São ocorrências raras, mais comuns no sexo feminino com manifestações na primeira década de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: R. B. S., 10 anos, sexo feminino, hígida, sem comorbidades, assintomática, foi submetida a exame de imagem abdominal para acompanhamento médico de rotina, no qual foi identificada uma lesão sugestiva de cisto de colédoco (Todani I a). Paciente não possuía histórico de dor abdominal e icterícia, bem como não apresentava qualquer alteração no exame físico. Foi submetida a procedimento cirúrgico de derivação biliodigestiva videolaparoscópica, sem complicações no intra-operatório. Evoluiu com boa recuperação pós-operatória, assintomática, exames laboratoriais de função e lesão hepática sem alterações, enzimas canaliculares dentro da normalidade e ferida operatória em bom aspecto. Ressonância magnética de controle pós-operatório evidenciou sinais de derivação biliodigestiva, estando as vias biliares extra-hepáticas remanescentes e as vias biliares intra-hepáticas de calibres normais, sem falhas de enchimento ou compressões extrínsecas. Paciente segue em acompanhamento médico ambulatorial em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos de colédoco podem evoluir para complicações como cirrose biliar ou neoplasia das vias biliares. No caso descrito, o diagnóstico foi feito após exame de imagem em acompanhamento médico de rotina de paciente hígida e assintomática. No entanto, a literatura descreve que a maioria dos casos apresenta-se com um quadro de icterícia, dor abdominal e massa palpável no exame físico do abdome. O diagnóstico precoce é importante para evitar a evolução de complicações, progressão de doença, bem como para realização de tratamento cirúrgico eficaz através da derivação biliodigestiva.</p>	<p>PO 091-2</p> <p>METASTASE PERIANAL DE ADENOCARCINOMA DE COLON SIGMOIDE APOS TRATAMENTO CIRURGICO</p> <p>Rachel Gonçalves Nihari, Marcus Henrique Oliveira Gonçalves, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Mathews Oliveira Santos, Natascha Mourão Moreira, Oswaldo Moraes Filho, Rômulo Medeiros Almeida, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As metástases do câncer colorretal (CCR) são mais comuns para o fígado e pulmão, porém podem atingir outros locais. Dentre os possíveis locais, a metástase perianal do CCR é um quadro raro e geralmente está associado a um histórico de doença anal, como fistula anal, fissura ou hemorroidectomia e o seu tratamento dependerá da apresentação e extensão da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: J.S.A., homem, 51 anos, atendido em abril/2017 com queixa de diarreia, hematoquezia e perda ponderal de 20kg em 6 meses. É ex-tabagista, diabético e possui histórico de abscesso anal que evoluiu para fistula perianal há 8 anos. Ao exame físico, observado orifício externo de fistula com trajeto palpável, sem demais alterações. Foi realizado colonoscopia em março/2017, que evidenciou tumoração estenosante na transição retossigmoide, ocupando 100% da circunferência e 95% da luz. À biópsia, foi identificado adenocarcinoma de cólon. Estadiamento por imagem sem sinais de doença metastática. CEA de 37 ng/ml. Submetido a retossigmoidectomia e anastomose colorretal grameada em junho/2017. Apresentou dor abdominal intensa e sinais de peritonite no 5º dia pós-operatório (DPO). Realizado laparotomia exploradora com achado de deiscência da anastomose e confeccionado colostomia terminal a Hartmann. Evoluiu bem no pós-operatório, com alta hospitalar no 10º DPO da reabordagem. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de transição retossigmoide de baixo grau com invasão da subserosa, 83 linfonodos isolados, sem comprometimento, pT3N0. Após 6 meses, paciente retorna com surgimento de tumoração em orifício fistuloso externo, friável, com saída de sangue. Ao exame, foi observado lesão vegetante no orifício externo da fistula. Foi optado por se fazer exérese da lesão em janeiro/2018. Anátomopatológico evidenciou adenocarcinoma com invasão angiolinfática e margens comprometidas. À imuno-histoquímica, observado coexpressão de CK7, CK20 e CDX-2. Observado ainda que a lesão da fistula apresenta as mesmas características morfológicas daquele presente em parede cólica, sugerindo se tratar de metástase colorretal do adenocarcinoma prévio do cólon sigmoide. No momento aguarda tratamento cirúrgico com proposta de amputação abdomino-perineal de reto.</p> <p>DISCUSSÃO: A fistula perianal é, geralmente, uma manifestação tardia de abscessos anais. Uma complicação possível é o surgimento de câncer primário em fistulas crônicas, entretanto, a implantação secundária de células tumorais é rara. A expressão dos marcadores imuno-histoquímicos (CK 7, CK 20 e CDX-2) no tumor da fistula é altamente sugestivo de metástase do carcinoma colorretal. Células do câncer do cólon são lançadas no lúmen intestinal e, ao entrar em contato com lesões inflamatórias ou cicatrizes de feridas, podem apresentar crescimento tumoral. Dessa forma, o potencial para implantação de câncer deve ser levado em consideração em pacientes com câncer colorretal e fistula perianal, assim como, na presença de câncer em fistula anal, deve-se examinar o intestino grosso.</p>

PO 091-3	PO 092-1
<p>LIPOMA INTRAMUSCULAR GIGANTE DE COXA: RELATO DE CASO</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, MARCIA PORTO ASSIS, Alex BRUNO DE CARVALHO LEITE</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - VITÓRIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os lipomas são os tumores mesenquimais benignos mais comuns na população. Para que um lipoma seja considerado gigante, deve apresentar pelo menos 10 cm em uma de suas dimensões ou pesar ao menos 1.000g. Devido ao tamanho excessivo, os lipomas gigantes podem causar limitações funcionais, como linfedema, síndromes dolorosas ou compressão nervosa. No presente artigo, devido à peculiaridade dessa condição e ao grande tamanho da lesão relatamos o caso de uma paciente apresentando um lipoma intramuscular gigante localizado em coxa direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 51 anos, relata que em 2009 apresentou nodulação em região de coxa direita, sendo submetida à exérese da lesão em outro serviço, anatomopatológico evidenciou lipoma. Em 2013 apresentou recidiva da lesão, sendo submetida à nova exérese, porém não houve ressecção total da lesão. Durante o pós-operatório, apresentou deiscência de sutura de pele, devido a esforço físico, evoluindo com cicatrização por segunda intenção. Refere que a lesão voltou a expandir há quatro anos, com crescimento mais acelerado há um ano. Ao exame físico, apresentava aumento da face anterior da coxa direita sendo notada tumoração de consistência pouco endurecida à palpação, móvel em relação aos planos profundos. A paciente apresentava dor em membro inferior direito e dificuldade de deambulação. Ressonância magnética evidenciou lesão expansiva com intensidade de gordura localizada compartimento anterior da metade proximal da coxa direita medindo 26,6 x 13,1 x 8,9cm. No intra-operatório, observada lesão lipomatosa volumosa em coxa direita envolvendo músculo sartório, em contato com vasos femorais sem invadi-los. Realizado ressecção de todo o tumor. Peça cirúrgica pesava 1427g e biópsia evidenciou lipoma gigante. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso relatado evidencia um lipoma extenso de membro direito com peso de 1427g, e que, assim como em outros casos descritos na literatura gerou limitação funcional e sintomas dolorosos no membro acometido. A ressonância nuclear magnética foi útil para o diagnóstico, evidenciando a localização atípica do tumor (intramuscular), além de colaborar para o planejamento cirúrgico. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha porque esses grandes tumores podem sofrer transformação maligna. No caso descrito, a paciente apresentava recidiva da lesão após ser submetida a dois procedimentos cirúrgicos; e ainda queixava-se de dor em membro inferior direito e dificuldade de locomoção; motivos pelos quais procurou atendimento médico. Além disso, apresentava-se apreensiva frente ao risco de malignidade, optando-se por ressecção cirúrgica da lesão. Após ressecção total da lesão e confirmação histopatológica de lipoma gigante, a paciente mostrou-se aliviada. O tratamento dos lipomas gigantes é a excisão cirúrgica. Devido ao alto risco de recidiva e a chance de malignização, mesmo com a ressecção radical do tumor, é necessário um acompanhamento pós-operatório rigoroso.</p>	<p>ASCARIDIASE EM VIA BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>Yasmin Sales Medeiros, Maria Carolinne de Brito Sá Magalhães, Guilherme Kened Souza Amorim, Larissa Maria Borges do Egypto, Fernando Aranha Froes Filho, Rogério Aparecido Esteves Neves, José Roberto Melchiori Bucco</p> <p><i>Hospital Geral de Itapeverica da Serra - Itapeverica da Serra - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O <i>Ascaris lumbricoides</i> é o parasita intestinal mais prevalente no mundo, acometendo principalmente a população de países subdesenvolvidos com condições sanitárias precárias. Além do intestino delgado, vermes adultos podem ser encontrados em locais ectópicos, como a árvore biliar, câmaras cardíacas, trompa de Falópio, ducto lacrimal e árvore respiratória.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 20 anos, procura serviço queixando-se de dor abdominal em hipocôndrio direito há dois dias, associada a vômitos com eliminação de vermes através destes. Ao exame, apresenta-se consciente e orientada, levemente hipocorada e desidratada, icterícia. Abdome plano, em tábua, doloroso difusamente à palpação. Exames laboratoriais evidenciaram quadro de pancreatite aguda (Amilase 3532; Bilirrubina 7,72 - sendo 5,73 de fração direta- e Leucocitose de 18900 sem desvio à esquerda). Solicitado ultrassonografia de abdome superior para elucidar a etiologia da pancreatite, demonstrando vesícula biliar com paredes regulares, conteúdo heterogêneo, sem evidência de cálculos. Identificada estrutura lombrícoide no seu interior, ecogênica, tanto no interior da vesícula como do colédoco, apresentando movimento e provavelmente relacionado a vermes (<i>Ascaris</i>?). Iniciou-se, então, tratamento com Ciprofloxacino e Metronidazol. Paciente permaneceu internada por 5 dias evoluindo com melhora gradativa do quadro algíco. Evoluiu com normalização dos índices de leucocitose, assim como melhora da hiperbilirrubinemia e hiperamilasemia. Foi solicitada nova ultrassonografia de abdome antes da alta hospitalar, não sendo mais visualizada a presença dos vermes. Paciente recebeu alta assintomática, com melhora completa do quadro clínico, encaminhada para seguimento em Unidade Básica de Saúde.</p> <p>DISCUSSÃO: A infestações por <i>Ascaris lumbricoides</i> é endêmica em regiões tropicais de países subdesenvolvidos. Dados de 2008, da Organização Mundial de Saúde, estimam que mais de 980 milhões de pessoas no mundo estejam parasitadas por esse agente. A presença de ascariíase na árvore biliar não é condição incomum. Na ascariíase biliar as lesões são causadas diretamente pela presença do verme nas vias biliares ou induzindo espasmo esfíncterico e reação inflamatória. Na paciente do relato, a presença do verme na via biliar ocasionou um quadro de obstrução mecânica, deflagrando uma resposta inflamatória que levou a um quadro de pancreatite aguda. O diagnóstico de ascariíase é através do exame parasitológico de fezes. A confirmação de ascariíase biliar é feita pela ultrassonografia, que demonstra ductos biliares dilatados contendo imagens lineares ou circulares, além de revelar os movimentos ativos do verme dentro do sistema biliar. O tratamento da ascariíase biliar é clínico. Sintomáticos são usados inicialmente, estando os anti-helmínticos indicados após a fase aguda, a fim de eliminar o verme da via biliar. A cirurgia fica restrita a casos com falência do tratamento clínico e onde não está disponível o tratamento endoscópico.</p>
<p>PO 092-2</p> <p>ABAIXAMENTO DE COLON E ANASTOMOSE COLOANAL NO TRATAMENTO DE FÍSTULA RETOVAGINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Lucio Henrique Correia Lopes, Rachel Gonçalves Nihari, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Marcus Henrique Oliveira Gonçalves, Bruno Augusto Martins, Sebastião Dutra de Moraes Junior, Oswaldo Moraes Filho, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A presença da fístula retovaginal é uma situação muito constrangedora para as pacientes e por vezes desafiadora para o cirurgião. Pode ter várias causas como lesões iatrogênicas em operações pélvicas, radiação, câncer ou doença inflamatória intestinal. A melhor estratégia operatória é individualizada de acordo com a causa, local e extensão da fístula, não havendo única técnica consagrada para sua correção.</p> <p>RELATO DE CASO: S.A.F., 49, feminino, natural e residente em Ceilândia/DF, servidora pública, diagnosticada em 2013 com adenocarcinoma localmente avançado no reto médio. Submetida à radioterapia e quimioterapia neoadjuvante e posterior ressecção anterior de reto com ileostomia de proteção 18 semanas após. Realizado retossigmoidoscopia flexível com achado de fístula reto vaginal e estenose da anastomose em 2015. Ressonância magnética de pelve confirmando grande fístula retovaginal em local da anastomose colorretal. Ao exame físico toque vaginal identificando fístula retovaginal alta prévia para duas polpas digitais. Devido características da fístula retovaginal optou-se por abaixamento de cólon, anastomose coloanal e manutenção da ileostomia. Submetida a operação por via abdominal e perineal. Realizado dissecação pélvica ao redor do cólon abaixado, anteriormente até o local da anastomose prévia, posteriormente e lateralmente até o local da fístula retovaginal anteriormente. Em posição de litotomia foi realizado sutura em bolsa no reto distal a fístula, incisão circular do reto e dissecação do reto via transanal até região da fístula retovaginal anteriormente, seguida pela ressecção da porção terminal de reto contendo a área fistulosa e anastomose colorretal prévia. Seguiu-se com o abaixamento do cólon e anastomose coloanal com pontos simples separados de fio poliglicatina 3.0. Realizado patch de omento entre a parede da vagina e cólon abaixado. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, ileostomia funcionante, boa aceitação alimentar e recebeu alta no 4º dia pós-operatório (DPO). Realizado fechamento da ileostomia protetora 12 semanas após a operação. Evoluiu no 10º DPO com saída de secreção entérica pela ferida prévia da ileostomia e feito diagnóstico de fístula enterocutânea. Realizado tratamento conservador com resolução do quadro após 6 semanas de internação. No momento mantém continência fecal e com queixas leve de evacuação obstruída e urgência fecal. Está em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem cirúrgica da fístula retovaginal é definida por sua complexidade. Assim, neste caso, optou-se pela ressecção do reto com a fístula e anastomose prévia associado ao abaixamento do cólon com anastomose coloanal. Esse tipo de anastomose pode ocasionar sintomas como urgência fecal, evacuação fragmentada ou incontinência fecal, por isso não sendo a primeira escolha na maioria dos casos. Porém nesse caso, foi possível resolver a fístula retovaginal com poucos sintomas proctológicos associados.</p>	<p>PO 092-3</p> <p>CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ANDROGENIZAÇÃO DE GENITALIA FEMININA POR AUTOADMINISTRAÇÃO HORMONAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Marcela Moreira Ribeiro, Vitor Coletty dos Santos, Lúcio Marques da Silva, Felipe de Lacerda Pereira</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>A expansão do culto à forma física gera problemas de saúde pública advindos da utilização indiscriminada de medicações controladas com fins estéticos. É o caso dos Esteróides Anabólicos Androgênicos (EAA) sintéticos, derivados da testosterona, que atuam primariamente sobre os receptores androgênicos, os quais geram benefícios a essas práticas, mas efeitos colaterais importantes, como retratados no presente estudo de correção cirúrgica de hipertrofia clitoriana e de estruturas anexas secundária a uso de EAA.</p> <p>RELATO DE CASO: R.L.O, 49 anos, mulher, solteira, G2P2A0, histórico de uso de Oxandrolona VO 30 mg/dia nos últimos 2 anos com 2 meses de "wash out" entre os ciclos e Primobolan 400mg/semana durante 8 semanas, praticante de musculação apresentou quadro de hipertrofia de clitóris e anexos (frênulo, prega lateral e prepúcio). Ao exame físico, acne em face e colo, pilificação aumentada em terço inferior da face e pescoço, clitóris aumentado, com 2 cm em corte transversal e 4,5 cm em sagital, protruso com sensibilidade preservada. À anestesia, infiltração dos pequenos lábios e clitóris com Marcaina 0,5%, adrenalina 1:200.000 em 20 ml, seguida de ninfoplastia de pequenos lábios em elipse com hemostasia e suturas contínuas catgut 5-0. Depois, incisão proximal de 0,5 cm entre glândula e prepúcio do clitóris e afastamento de estruturas contínuas no plano subcutâneo da fásia clitorídea, dissecando os corpos cavernosos e expondo todo a porção livre do corpo do clitóris. Em seguida foi feita sua hemostasia e fixação da porção distal do ligamento suspensor do clitóris a planos mais profundos em direção à sínfise púbica por sutura Vicryl 4-0. Por fim, retirou-se os excessos cutâneos do prepúcio do clitóris e sutura no colo da glândula com catgut 5-0 contínua seguida da aplicação de curativo com coxim. O resultado pós-operatório de 1 semana cursou com redução de clitóris e pequenos lábios, com ganho estético expressivo e sensibilidade preservada.</p> <p>DISCUSSÃO: Os efeitos dos EAA abrangem androgenização e anabolismo, sendo por isso utilizados há décadas nos esportes e frequentadores de academias, predominando em jovens de 25 a 29 de ambos os sexos. Os efeitos colaterais desse uso advêm do efeito androgenizante, virtualmente indissociável dos anabólicos e incluem não só a androgenização de genitália feminina por hipertrofia de clitóris e estruturas anexas, a qual foi retratada no presente estudo, mas também engrossamento da voz e pilificação com padrão masculino, irregularidade menstrual, calvície e erupções acneicas, dentre outras. Dentre os EAA's, os mais utilizados Estanozolol e Decanoato de Nandrolona são preferidos devido à maior proporção anabólica:androgênica, 30 e 10 respectivamente. Os ésteres de testosterona e Oximetolona, também são comuns. Utilizados de forma combinada e descontinuada. Tal uso demonstra importantes perigos para a população leiga e por isso esse estudo procura alertar a comunidade científica a respeito das possíveis repercussões cirúrgicas e seus manejos.</p>

PO 093-1	PO 093-2
<p>CISTOADENOMA MUCINOSO DE PANCREAS: RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Bastos Palitot Brito, Lavier Kelvin Holanda Vidal, Gabriela Lima Nóbrega, Carlos Antonio Souza Filho, Dened Myller Barros Lima, Antonio Braz Silva Neto, Rebecca Gomes Ferraz, Senival Alves Oliveira Junior</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias císticas correspondem apenas a cerca de 5% dos tumores pancreáticos, sendo divididos nos subtipos cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, cistoadenocarcinoma, neoplasia intraductal mucinosa papilifera e tumor sólido-cístico pseudopapilar (tumor de Frantz). Tratam-se de lesões com manifestações clínicas inespecíficas, geralmente estando relacionadas a sintomas compressivos. No entanto, é necessária a realização de diagnóstico diferencial, visto que alguns subtipos são malignos ou potencialmente malignos, imputando necessidade de tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: M.S.M., 49 anos, feminino, sem comorbidades, encaminhada em novembro/2018 ao ambulatório de cirurgia digestiva do Hospital Universitário Onofre Lopes vindo de dor abdominal há cerca de 12 anos, com piora progressiva nos últimos 2 anos, concomitante ao aparecimento de abaulamento em hipocôndrio esquerdo. Sem outras queixas. Ao exame físico, notava-se abaulamento estendendo-se de hipocôndrio esquerdo à região epigástrica, além de massa palpável nessa topografia, de consistência endurecida, indolor à palpação. Realizou ressonância nuclear magnética, evidenciando volumosa formação cística, heterogênea, com origem presumida na cauda pancreática, apresentando conteúdo espesso e múltiplas loculações císticas, medindo cerca de 18,5x14,3x13,5cm, levando a compressão mecânica da veia esplênica, notando-se hipertensão portal segmentar à esquerda. Levantou-se a hipótese diagnóstica inicial de tumor de Frantz, sendo encaminhada à cirurgia. Realizou-se em Dezembro/2018 laparotomia exploradora, com achado de tumor em topografia pancreática de cerca de 25x20cm, sem evidências de linfonodomegalias ou metástases. Procedeu-se pancreatectomia corpocaudal, esplenectomia e colecistectomia (por colelitíase associada). Procedimento sem intercorrências. A peça foi encaminhada à patologia, com estudo anatomopatológico concluindo tratar-se de um cistoadenoma mucinoso de pâncreas. Paciente evoluiu estável no pós-operatório em leito de UTI, sendo encaminhada à enfermaria no 3º dia pós-operatório, sem intercorrências clínicas, recebendo alta hospitalar no 9º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Neoplasias císticas mucinosas representam cerca de 45% das neoplasias císticas pancreáticas, predominando em pacientes de meia idade, do sexo feminino, e em topografia de corpo e cauda pancreática, como no caso descrito. Apesar de pouco sintomáticas, são lesões de espectro imprevisível, com risco de malignidade latente ou manifesta, não havendo ainda consenso na literatura sobre a imprescindibilidade de seu tratamento cirúrgico. No entanto, no caso apresentado, o volumoso tamanho da lesão causava sintomas compressivos, como dor abdominal, além de hipertensão portal clinicamente latente. A falta de um diagnóstico etiológico pré-operatório conclusivo, associado as queixas apresentadas pela paciente, justificaram a realização da cirurgia proposta, que teve caráter curativo para a paciente em questão.</p>	<p>PEFURAÇÃO DE RETO ALTO: RELATO DE CASO</p> <p>Ellen Cristine Pacheco Ramos, Caroline Damas de Andrade Oliveira, Silas Fernandes Cunha Junior, Gabriella Fernandes Trindade, Angélica Souza Duarte, Karolline Evangalista Souza</p> <p><i>Uniceplac - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mortalidade decorrente de ferimento penetrante de cólon era de 90% na guerra civil norte americana tornava a cirurgia proibitiva e a conduta era expectante. Com advento das colostomias contribuiu para a redução da mortalidade para 30%. As lesões de reto causadas por introdução de corpos estranhos ou empalamento, apesar de constituírem a 2ª causa mais comum desse tipo de trauma na região, têm sido pouco divulgadas na literatura. A introdução pode ser acidental, voluntária ou forçada, capaz de provocar lesões que variam desde efrações e hematomas na mucosa até perfurações do órgão e estruturas vizinhas, como vagina e bexiga. O diagnóstico é feito por meio de relato de história clínica (perda de sangue pelo reto); exame físico, fundamental para prever complicações secundárias; e toque retal, que permite avaliar a extensão da lesão, detectar presença de corpos estranhos ou sangue e de potenciais fraturas pélvicas. Não há consenso para o tratamento dessas lesões e seu manejo objetiva controlar hemorragias e reduzir a contaminação da cavidade intra-abdominal por sutura da lesão, colostomia, lavagem do coto distal, drenagem pré-sacra e antibióticoterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: EDA, 56 anos, masculino, vítima de lesão retal devido queda da própria altura sob cabo de vassoura, chegou ao Hospital Regional relatando dor há cerca de 24 horas após o incidente. Ao primeiro atendimento, foi observado irritação peritoneal, leucocitose e pneumoperitônio no radiografia de abdome. Optado por laparotomia exploradora, sendo evidenciada presença de secreção fecaloide em pelve e fossa ilíaca esquerda, lesão completa de parede postero-lateral direita de reto, com cerca de 1,5cm de diâmetro, discreta lesão de mesentério a cerca de 60cm do ligamento de Treitz. Realizada rafia da lesão seguido de colostomia à Hartmann. No pós-operatório, paciente fez uso de ciprofloxacino e metronidazol, tendo alta no 4º DPO. O mesmo evoluiu com infecção de ferida operatória e deiscência da aponeurose, sendo submetido à ressecção da mesma no 11º DPO. Após a 2ª abordagem, teve alta no 6º DPO para programar reconstrução do trânsito. Após cerca de 1 ano, paciente retorna para reconstrução do trânsito intestinal sendo realizado redução de cólon para cavidade peritoneal com anastomose término-lateral entre coto distal e cólon rebaixado da colostomia prévia com grameador circular. No 5º DPO, paciente teve alta para acompanhamento ambulatorial, evoluindo bem e sem novas intercorrências desde então.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à alta taxa de mortalidade e morbidade a perfuração do reto necessita de um diagnóstico rápido e intervenção eficaz a fim de evitar complicações. O diagnóstico se baseia em história clínica, exame físico e toque retal. O tratamento é cirúrgico, podendo incluir sutura da lesão, lavagem do reto inferior e drenagem pré-sacra com conduta individualizada. As complicações incluem perfurações de órgãos e estruturas vizinhas, hemorragias e contaminação da cavidade intra-abdominal.</p>
<p>PO 093-3</p> <p>TRATAMENTO DE HIPERTROFIA DE MEMBRO SUPERIOR EM SÍNDROME DE PROTEUS COM LIPOASPIRAÇÃO ADJUVANTE A DERMOLIPECTOMIA.</p> <p>Vitor Coletty dos Santos, Marcela Moreira Ribeiro, Lucio Marques da Silva, Jorge Emilio França Garcia, Guilherme Debiazi Cordini</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A rara Síndrome de Proteus é uma desordem genética, progressiva, multissistêmica, hamartomatosa e hipertrofica do tecido cutâneo e conjuntivo, com malformações de membros e face uni e ipsilaterais de alta variabilidade, bem como vasculares; acompanhada de lipomas, hiperpigmentação, macroglossia, retrognatia, hiperplasia plantar cerebriforme, hipoplasia renal sem terapêutica definitiva. Intervenções cirúrgicas são múltiplas na vida desses pacientes, com consequente sofrimento físico e psíquico dos portadores. O tratamento cirúrgico é limitado, sendo descritas opções de dermolipectomia, osteotomias e amputações de hipertrofias.</p> <p>RELATO DE CASO: M.W.V., 13 anos, masculino. Hipertrofia de todo o membro superior esquerdo (MSE), às custas de hiperplasia de partes moles e discretamente de estruturas ósseas, com macrodactilia e sindactilia cutânea do 3º e 4º quirodactílos do MSE, assimetria renal com duplicação de ureteres sendo rim esquerdo maior. Hidronefrose controlada. Submetido a 4 procedimentos cirúrgicos prévios, de ressecção de partes moles no MSE, sendo o último há dois anos; com resultado satisfatório, mas com hipertrofia residual. Foi submetido sob anestesia geral, associado a bloqueio de plexo braquial esquerdo, com esvaziamento e bloqueio circulatório com faixa de Esmarch. Realizada a lipos aspiração de 1/3 médio posterior do diâmetro do membro, com pressão negativa por bomba em 600 mmHg, com cânula de 5 mm, com aparelho de vibrolipo, sendo obtido 150 ml de gordura em 40 minutos de aspiração interupta; volume menor que o estimado. Seguiu-se dermolipectomia aberta com incisão em "W", ressecção de 450 g de tecido dermogorduroso, hemostasia e fechamento clássico por planos anatômicos. Observou-se espessamento dos septos gordurosos e do tecido conectivo de sustentação da área lipospirada, que pode justificar a baixa quantidade de volume obtida com a lipos aspiração. Paciente não apresentou intercorrências circulatórias, sensitivas ou de motricidade no pós-operatório. Evoluiu sem coleções ou complicações infecciosas. Drenos retirados em 48 horas, com débito < 20 ml. Paciente liberado após 3 semanas, observado após 30 dias, bom resultado estético e funcional, semelhante às dermolipectomias isoladas.</p> <p>DISCUSSÃO: A lipos aspiração prévia de dermolipectomias é uma técnica consagrada com sucesso em braquioplastias, abdominoplastias e cruroplastias, proporcionando redução do panículo adiposo, manutenção do tecido de sustentação subcutânea e da rede linfática, com redução do tempo de hemostasia e melhores resultados no contorno corporal. No presente relato optou-se por lipos aspiração prévia da região subcutânea com vibrolipo, depois ressecção parcelada de pele, com objetivo de proporcionar maior redução tecidual que a dermolipectomia clássica. A conclusão obtida esclareceu que a lipos aspiração, como tratamento adjuvante, na dermolipectomia parcial do membro superior em Síndrome de Proteus não proporcionou maior redução tecidual do que a dermolipectomia clássica.</p>	<p>PO 094-1</p> <p>EFEITOS DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM TRATAMENTO DE TUMORES PERIAMPULARES: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>THAIS VASCONCELOS, RAIMUNDO JOSÉ CUNHA ARAÚJO JUNIOR, RAFAEL BERNARDO SILVA, CAIO PLÁCIDO COSTA ARCANJO, ERIKA SILVA SPESSERITS</p> <p><i>UFPI - TERESINA - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade mórbida é uma doença crônica cada vez mais comum na atualidade, dentre as possibilidades de tratamento a cirurgia bariátrica se sobressai como a mais eficaz para prevenção de complicações advindas dessa comorbidade, sendo o método de bypass gástrico em Y de Roux o mais utilizado. Porém esses pacientes podem ter repercussões futuras quando há a necessidade de procedimentos cirúrgicos gastrointestinais, devido alterações de anatomia que impossibilitam métodos diagnósticos, além de necessitarem de uma abordagem cirúrgica diferenciada dos métodos usuais. Relataremos o caso de uma paciente com nódulo a esclarecer em cabeça de pâncreas submetida previamente a bypass gástrico em Y de Roux, evidenciando as dificuldades diagnósticas e de procedimentos cirúrgicos propostos para tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: ZBC, 32 anos, realizou gastroplastia redutora com a técnica de bypass em Y de Roux em 2009 por obesidade mórbida sem intercorrência. Em 2015 iniciou quadro de colelitíase com exame de imagem (TC) compatível, foi submetida a colecistectomia aberta em 03/2016, procedimento sem intercorrências, após 2 meses apresentou quadro clínico e laboratorial compatível com pancreatite crônica. Em 09/2015 fez TC de abdome total que demonstrou pâncreas tóxico apresentando leve densificação da gordura adjacente, com imagem nodular hiperdensa em topografia de cabeça pancreática/processo uncinado, dando início ao seguimento seriado do nódulo. Em 06/2016 realizou novos exames, entre eles marcadores tumorais elevados e colangiograma que teve como achado área nodular, parcialmente delimitada, hipercaptante do meio de contraste paramagnético em relação ao restante do parênquima pancreático. A paciente foi submetida a LE no dia 21/06/2016 na qual foi encontrado pâncreas de consistência endurecida em sua totalidade não sendo encontrado plano de clivagem com vasos, sendo feito a biopsia de linfonodo retropancreático que teve como resultado do anatomo-patológico hiperplasia folicular reacional continuando com seguimento ambulatorial, devido ao aumento da massa e continuação dos sintomas álgicos da paciente tentou-se realizar ecodensoscopia sem sucesso devido o bypass anterior. No dia 29/11/2016, durante nova laparotomia, evidenciou-se lesão pancreática cística com características morfológicas benignas sendo realizada exérese da parede anterior do cisto e drenagem do seu conteúdo via anastomose cisto-jejunal, paciente evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Achados de tumores gástricos e pancreatoduodenais após bypass gástrico prévio, embora raros, tem aumentado à medida que o número de operações bariátricas se tornam mais frequentes. É fundamental uma investigação rigorosa para identificar tais lesões e propor opções terapêuticas, considerando a mudança anatômica. Diante do caso clínico exposto podemos considerar que apesar dos desafios, há possibilidades cirúrgicas potencialmente curativas para essa paciente com base nos casos clínicos semelhantes encontrados na literatura.</p>

PO 094-2	PO 095-1
<p>AMPUTAÇÃO ABDOMINOSSACRAL + VRAM PARA TUMOR DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO: RELATO DE CASO</p> <p>Rinaldo Moreira Pinto Filho, Igor Fernandes Gonçalves Silva, Raphael Henrique Gomes Melo, Luis Gustavo Sousa Zacarias, Anderson Sidney Almeida Bido, Letícia Maria Bezerra Cavalcanti Lemos, Bruno Leite Ramalho, Louise Cabral Gomes</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de reto localmente avançado é caracterizado pela aderência ou invasão do tumor primário a órgãos ou estruturas vizinhas. Nos tumores de reto localmente avançado que invadem a região sacral, as lesões são complexas e necessitam de cirurgias extensas, precisando quase sempre de rotação de retalhos miocutâneos para correção de extensos defeitos, um desses é o retalho vertical reto abdominal miocutâneo - VRAM.</p> <p>RELATO DE CASO: ARS, masculino, 52 anos. Paciente com tumor localmente avançado de reto, que fez colostomia em 11/2015 e realizou neoadjuvância com Xeloda e radioterapia 50,4 Gy. Foi submetido a nova cirurgia em agosto de 2016, onde foi considerado não ressecável, devido à invasão vascular e do forame obturatório. Começando quimioterapia paliativa com FLOX, 4 ciclos, com resposta parcial, quando foi proposto uma cirurgia de resgate. No dia 28/04/2017 foi submetido a exenteração pélvica total com extensão pélvica bilateral e colostomia úmida em alça, com VRAM e sacrectomia a nível de S3. A cirurgia foi R0, sem sangramento importante e com boa evolução e alta no 14º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Nesses pacientes, a realização de cirurgia alargada por meio de ressecção multivisceral em bloco constitui a melhor alternativa para prover perspectivas de cura. Com a cirurgia extensa, vem a necessidade da cirurgia de rotação de retalhos miocutâneos para a correção de extensos defeitos, a qual foi feita por meio do retalho vertical reto abdominal miocutâneo. São várias as complicações de cirurgias extensas para tumores de reto avançado, como complicações pós-operatórias, infecção da parede abdominal, íleo prolongado e deiscência da anastomose. Porém, como visto no relato, para doentes bem selecionados, a cirurgia ultraradical pode trazer benefícios.</p>	<p>GLUCAGONOMA: UM RELATO DE CASO</p> <p>TAYNAN FERREIRA VIDIGAL, DOMINGOS ANDRÉ FERNANDES DRUMOND, ARQUIMEDES NASCENTES COELHO DOS SANTOS, THAIS ROCHA DE SENA</p> <p><i>HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O glucagonoma é uma neoplasia endócrina de células alfa pancreáticas extremamente rara. Caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tipo de tumor neuroendócrino funcional do pâncreas, tem incidência anual de 1:20.000.000. A síndrome do glucagonoma é um fenômeno paraneoplásico, caracterizado pelos "4D's": Diarreia, dermatite, depressão e "deep vein thrombosis". O diagnóstico é baseado em achados clínicos como o eritema necrolítico migratório, níveis séricos elevados de glucagon e um tumor de células das ilhotas pancreáticas produtor de glucagon (critérios maiores). Em cerca de 87% dos casos o tumor se encontra no corpo ou cauda do pâncreas, sendo o restante localizado na região cefálica. Além disso, o tratamento considerado mais definitivo é a remoção cirúrgica do tumor, seja ela por via laparoscópica ou laparotômica. Entretanto, devido ao diagnóstico tardio, metástases hepática, linfonodal e óssea são comuns.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 82 anos, diabético tipo II de longa data, hipertenso e em tratamento para depressão, iniciou quadro de descontrole glicêmico grave, associado a diarreia. Propedêutica evidenciou nódulo em cauda de pâncreas, sendo posteriormente realizada RM de abdome que foi sugestiva de tumor neuroendócrino. Diante da suspeita, foram realizadas dosagens de marcadores tumorais: O nível sérico de glucagon foi de 600pg/ml. Foi submetido a pancreatectomia caudal por via laparotômica e acompanhado por equipe multidisciplinar para manejo da glicemia no pós-operatório. O paciente teve alta hospitalar no 7º dia pós-operatório, com bom controle glicêmico. Estudo imuno-histoquímico evidenciou cromogranina positiva e Ki67 de 2%.</p> <p>DISCUSSÃO: Nos últimos anos, devido à evolução tecnológica dos métodos de imagem, houve aumento na incidência de diagnósticos de lesões pancreáticas. Por outro lado, na suspeita clínica, se faz imprescindível a investigação adequada do quadro, associando apresentação clínica, marcadores laboratoriais e imagem. O diagnóstico precoce do glucagonoma prediz um melhor prognóstico, porém atrasos são atribuídos à sua rara incidência, o não reconhecimento da síndrome, laudo histológico equivocado e baixa especificidade dos vários sintomas. O caso apresentado ilustra uma condição na qual o paciente apresentava mal controle glicêmico, diarreia e depressão, sendo estes, sintomas comuns a muitas outras afecções clínicas. Sendo assim, o conhecimento das bases fisiopatológicas dessa doença se faz de grande importância, para que o diagnóstico diferencial dos tumores neuroendócrinos com outros quadros clínicos comuns na prática clínica sejam feitos em menor intervalo de tempo, poupando assim, o paciente de longos períodos de propedêuticas sem diagnóstico, e consequentemente um pior prognóstico.</p>
<p style="text-align: center;">PO 096-3</p> <p>RELATO DE CASO: RETALHO SURAL DE FLUXO REVERSO</p> <p>Gilvan Luis Gava, Assaad Assaad Naim, Victor Augustho Barbosa, Fábio Henrique Mendonça Oliveira, Carlos Eduardo Rodrigues Lopes, Luiz Antonio Zanotelli Zanella, Romeu Leandro Rotta, Roberson Yukishigue Matunaga</p> <p><i>UFMT - SINOP - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Amputação primária é definida como a amputação na admissão, sem tentativa de revascularização; apresentando, desse modo, indicação complexa. Para facilitar a tomada dessa decisão, são utilizadas algumas escalas de gravidade, sendo a mais comum a Escala de MESS (Mangled Extremity Severity Score). O Retalho Sural de Fluxo Reverso (RSFR) é uma importante opção para reconstrução da região distal de pernas e pés, sobretudo, de áreas mais extensas. Em virtude da grande versatilidade que seu pedículo pode atingir, permite um grande arco de rotação para recobrir tais áreas. Diante disso, buscou-se comparar o uso de uma escala de decisão (Escala de MESS) com o uso alternativo do retalho para salvar o membro.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 19 anos, vítima de acidente automobilístico, apresentando lesão traumática em pé direito, com grave laceração da região do calcâneo, foi submetido à cirurgia ortopédica para estabilização das fraturas. Após a alta, retornou para avaliação pós-operatória, na qual foi constatada a necessidade de nova cirurgia para debridamento de tecido necrótico. Após o procedimento, a lesão foi reavaliada, indicando uma possível amputação de região distal do MID (MESS 7 pontos). As equipes de cirurgia vascular, ortopedia e cirurgia plástica optaram pela preservação do membro e reparo da lesão com uso da técnica de RSFR e enxerto. No pós-operatório imediato, o paciente apresentou-se estável e o retalho viável, sendo encaminhado, após alguns dias, para reabilitação fisioterápica. Passados 60 dias do procedimento, o paciente apresentava boa evolução, com uso de muletas e bota ortopédica. Atualmente, mesmo com discreta limitação da mobilidade do tornozelo, o paciente, com 22 anos de idade, deambula sem necessidade de apoio/órtese, sem interferências em suas atividades de vida diária.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões na região do calcâneo são graves e de difícil reconstrução, devido ao alto grau de especialização dos tecidos envolvidos e proximidade de estruturas nobres, como ossos, tecidos neurovasculares e tendões; sendo a amputação primária bastante empregada nesses casos. A primeira opção para a reconstrução de partes moles do calcâneo deve ser pelo uso de retalhos fasciocutâneos, por proporcionarem uma cobertura cutânea resistente e possuírem um padrão de anatomia vascular bem definido. Entretanto, o reparo vascular com restauração efetiva da circulação, não determina necessariamente o salvamento do membro, tampouco a recuperação funcional em casos muito graves. No caso descrito, a melhor conduta foi a manutenção e reparo do membro através da técnica do RSFR, pois proporcionou um desfecho clínico favorável com preservação do membro e da mobilidade. É necessário o aprimoramento das escalas de avaliação de membro lacerado hoje disponíveis, por não serem suficientemente sensíveis para predizerem o melhor desfecho clínico. A reconstrução do calcâneo através da técnica descrita ainda é pouco utilizada, sendo necessário uma maior casuística para comprovar sua melhor relação risco/benefício.</p>	<p style="text-align: center;">PO 097-1</p> <p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO</p> <p>Jefferson Matos Menezes, Marco Antonio Santos Oliveria, Pedro Henrique Batista Pereira, Vanessa Silveira Aguiar Cruz, Hígor Rabelo Guedes, Paolla Dorneles Ferraz Sousa, Walfredo Gonçalves Quadros Jr, Rodrigo Vieira Gomes</p> <p><i>Irmãdade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os pseudocistos são formados por coleções de suco pancreático consequentes à inflamação e/ou traumas sobre a glândula. Normalmente estão completamente formados entre 4 a 8 semanas após o início do episódio agudo. Estes tendem a regressir com o tempo, não necessitando de abordagem cirúrgica, podendo ser acompanhados clinicamente. Entretanto, pacientes sintomáticos podem necessitar de tratamento cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 54 anos, etilista, tabagista, natural e residente em cidade no interior de Minas Gerais, foi internado em 08/2018 com dois episódios agudos de pancreatite em intervalos de 20 dias. Iniciou com quadro de dor abdominal em região epigástrica que se intensificava após a alimentação; associado a náuseas, vômitos e perda ponderal. Na admissão, foram realizados exames complementares que evidenciaram elevação de enzimas pancreáticas (Amilase: 7080 U/L e Lipase de 1336 U/L) e ausência de colecolitíase. Realizada tomografia de abdome que evidenciou cabeça pancreática de dimensões discretamente aumentadas; apresentando formação cística de contornos lobulados, de aspecto inespecífico ao método. Com isso, o paciente foi submetido à hidrocolangiorensonância que constatou dilatações focais da porção cranial do ducto pancreático principal junto à papila, de contornos pouco definidos, que apresentou alto sinal de T2, medindo 1,0x1,0 e 1,3x1,2 cm. Associa-se aumento focal das dimensões da cabeça pancreática. Vias biliares intra-hepáticas e ducto cístico estão com calibres preservados. Realizado coleta de CA19-9 contendo valor de 20U/mL. Paciente submetido à gastroduodenopancreatectomia, devido à alta suspeição de doença oncológica, com boa evolução no pós-operatório. Anatomopatológico evidenciou histologia compatível com pseudocisto pancreático, pancreatite crônica e de sulco.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões císticas pancreáticas podem corresponder a tumores de natureza benigna ou maligna e são diagnosticadas em 0,7% a 24,3% da população. O pseudocisto pancreático é a complicação mais frequente após um episódio de pancreatite aguda, incidindo em 2% a 8% dos casos. É definido como uma coleção de suco pancreático encapsulado por uma parede fibrosa não epiteliada. É necessário de quatro a seis semanas para que ocorra o encapsulamento da coleção. Atualmente, para um pequeno cisto (< 5 cm) ou a ausência de complicações secundárias preconiza-se conduta expectante, apresentado regressão em até 40% dos casos. A ausência de regressão espontânea ou em cistos superiores a 5 cm pode levar a sérias complicações, como infecção, ruptura e sangramento, além de obstrução biliar, trombose de veia esplênica ou porta e dificuldade no esvaziamento gástrico. Nestes casos, o tratamento de drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica está indicado. No relato apresentado, devido à persistência da dor abdominal e quadros recorrentes de pancreatite, além da dificuldade de distinção radiológica entre doença benigna ou de potencial maligno, instituiu-se a abordagem cirúrgica.</p>

<p style="text-align: center;">PO 098-1</p> <p>RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÍSTULA BILIAR COMPLEXA POS-COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO</p> <p>Hianny Ribeiro Cabral, Paulo Roberto da Silva Júnior, Anna Heloysa de Almeida Ludgério Roberto, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Victor Emanuel Gregório de Andrade, Jessé Clementino de Araújo Filho, José Alencar de Sousa Segundo</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - campina grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Fístulas biliares são complicações diretamente relacionadas ao cálculo biliar. Eles podem afetar o trato biliar ou gastrointestinal e são geralmente classificados como primárias ou secundárias. As fístulas primárias estão relacionadas à litíase biliar, enquanto as secundárias estão relacionadas a complicações cirúrgicas. A cirurgia laparoscópica é uma opção terapêutica para o tratamento de fístulas biliares primárias. No entanto, pode ser o primeiro responsável pelo desenvolvimento de fístulas biliares secundárias.</p> <p>RELATO DE CASO: I.C.L., 32 anos, submetida a colecistectomia aberta por colecistite aguda litíase. No 2º DPO apresentou dor intensa em hipocôndrio direito (HD) e icterícia. A abordagem, identificou-se lesão e ligadura do colédoco, procedendo-se soltura da ligadura, coledocografia e drenagem coledociana à Kehr. No 1º DPO da reabordagem, a paciente referiu dor em HD associada a drenagem de secreção biliar nas adjacências do dreno de Kehr. No 5º DPO da reabordagem foi submetida a CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica), constatando-se dreno de Kehr fora da via biliar principal, fístula biliar coledococutânea e lesão do hepatocolédoco (HC), sem progressão do contraste para via biliar intra-hepática. Após várias tentativas, obteve-se sucesso na progressão do fio para via biliar intra-hepática, possibilitando seu estudo contrastado. Realizada papilotomia endoscópica e passagem de prótese biliar plástica através do segmento lesionado do HC. Após oito semanas, realizou-se nova CPRE com retirada da prótese biliar plástica. À contrastação, observou-se via biliar extra-hepática de paredes irregulares e calibre reduzido, fino trajeto fistuloso coledococutâneo e progressão normal do contraste para via biliar intra-hepática. Realizada remoção do dreno de Kehr e passagem de nova prótese biliar plástica. Transcorridas mais oito semanas, a paciente foi submetida a terceira CPRE com remoção da prótese biliar plástica e novo estudo contrastado que revelou vias biliares intra-hepáticas discretamente dilatadas, terços proximal e médio de HC com paredes irregulares e importante redução do calibre, bem como resolução do trajeto fistuloso. Optou-se por dilatação balonada hidrostática desta subestenose para 10 mm, observando-se boa drenagem do meio de contraste e secreção biliar após o procedimento. A paciente segue sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A literatura vigente evidencia baixa taxa de sucesso na abordagem endoscópica de lesões circunferenciais do HC. No tocante a dilatação de estenoses benignas das vias biliares, orienta que seja seguida de calibração com próteses para moldagem do diâmetro. Tais dados demonstram a relevância do caso em questão, cuja evolução destoa do habitual. Mesmo com lesão quase circunferencial do HC, foi possível a resolução endoscópica da fístula biliar, evidenciando a evolução desta modalidade terapêutica minimamente invasiva.</p>	<p style="text-align: center;">PO 098-2</p> <p>TOPOGRAFIA EM UMA APENDICECTOMIA RETROCECAL-SUBSerosa: RELATO DE CASO</p> <p>Giabella Fernandes Trindade, Angélica Souza Duarte, Silas Fernandes Cunha Junior, Ellen Cristine Pacheco Ramos, Carolline Damas de Andrade Damas de Andrade Oliveira, João Paulo Santos Tenório, Vitor Vinicius Queiroz Sousa, Karolline Evangelista Souza</p> <p><i>Uniceplac - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico. Sua etiologia principal é a hiperplasia linfóide, podendo ainda, ocorrer devido à obstrução do lúmen por fecalito. A maioria dos casos ocorre em homens jovens. O diagnóstico é clínico, sendo caracterizado por náuseas, vômitos, dor na fossa ilíaca direita, febre e sinais semiológicos, como Blumberg e Rovsing. A importância consiste em salientar as disposições anatômicas do apêndice e suas peculiaridades na apendicectomia. Ademais, deve-se ressaltar a importância da intervenção cirúrgica precoce para prevenir complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: RCO, 20 anos, masculino, refere quadro álgico na fossa ilíaca direita, há 5 horas, associado a náuseas e vômitos. No primeiro atendimento, foram executados testes de Blumberg, Murphy e Giordano, no qual apenas o primeiro era positivo e foram solicitados exames laboratoriais de rotina. Ao hemograma, leucocitose. Foi encaminhado ao centro cirúrgico após 18 horas da admissão com apendicite aguda. Na cirurgia, foi feita uma incisão de Davis e abertura por planos até a cavidade, evidenciando presença de líquido citrino na cavidade e ausência de secreção purulenta. Foi encontrado apêndice retrocecal, subseroso e ascendente, hiperemiado, com presença de fibrina, sem presença de perfuração ou necrose. Feita exérese do apêndice. Instituiu-se suporte clínico. Apresentou boa evolução no pós-operatório, com alta hospitalar no segundo dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice insere-se no ceco, no seu contorno póstero-medial, no exato ponto de convergência das três tênis musculares. Mede cerca de 8 a 10 cm de comprimento. A disposição anatômica do apêndice pode ser pélvica, retrocecal, retrocecal-subserosa e subserosa. Cerca de 5% dos apêndices tem localização retrocecal-subserosa. Habitualmente, o apêndice encontra-se a 5 cm da espinha ilíaca ântero-superior, na linha que vai desta espinha à cicatriz umbilical. Na apendicite aguda, a conduta de primeira escolha é a apendicectomia. Nos casos não complicados são feitas incisões na fossa ilíaca direita. Quando existe processo inflamatório intenso na parte distal do apêndice, especialmente na localização subserosa e retrocecal, pode-se efetuar a apendicectomia de forma retrógrada. Devido à posição do apêndice ser variável em cada indivíduo, a inflamação desse órgão tem influência na apresentação clínica, com variação dos sinais e sintomas, dificultando e prolongando o tempo para o diagnóstico. Dessa forma, a apendicite aguda deve ser diagnóstico diferencial de outras patologias. Destarte, é inegável que o tempo de evolução da apendicite tem influência no prognóstico do paciente. Sendo assim, quanto maior o tempo de evolução, maior a chance de perfuração e, consequentemente, de complicações. Além disso, a localização é de grande importância para o cirurgião, pois pode prolongar o tempo operatório devido à dissecação mais trabalhosa.</p>
<p style="text-align: center;">PO 098-3</p> <p>LINFOCITOMA CUTÂNEO EM EXTREMIDADE AURICULAR, UM RELATO DE CASO</p> <p>Marcio Yuri de Souza Ferreira de Souza Ferreira, Marcelo Paulo Serafini Gonçalves, Natássia Cristina Carboni Truzzi, Edivaldo Ribeiro Prado Junior, Jose Roberto Melchiori Bucco, Marcio Jose Cardoso do Amaral, Fernando Oliveira de Carvalho Peixoto</p> <p><i>Uninove - Guarulhos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Linfocitoma cutâneo, também conhecido como pseudolinfoma é um processo linfoproliferativo de células T ou B policlonais reativas, que se desenvolve por mecanismos conhecidos e outros desconhecidos que podem se apresentar localizados ou disseminados pela pele. Pseudolinfomas também podem ser denominados como hiperplasia cutânea linfóide (CLH). É uma doença rara com distribuição mundial que afeta igualmente todas as raças e etnias. Os fatores etiológicos conhecidos desta doença até o momento, são: picadas de artrópodes, infecções, tatuagens recentes, vacinação, medicamentos e tratamentos com a utilização de sanguessugas, entretanto, a maioria dos casos são definidos como idiopáticos. As opções de tratamento incluem o uso de agentes farmacológicos intralesionais e/ou sistêmicos ou abordagem cirúrgica e excisão total da lesão. A evolução dessa doença varia tanto para uma remissão espontânea ou para a progressão (linfoma maligno). Em uma revisão sistemática de 2018 (a mais atual sobre o assunto) publicada no Medical Journals da Suécia, Miguel, et al. concluem que mais casos desta patologia precisam ser relatados para prevenir vieses no conhecimento sobre o assunto por se tratar de pouca literatura disponível e que estudos randomizados são difíceis devido à raridade da alteração e um protocolo ouro para tratamento não pode ser sugerido.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 37 anos procurou atendimento médico com história de lesão abaulada em sulco de pavilhão auditivo esquerdo de crescimento progressivo há 5 anos, com piora há 6 meses. O cirurgião optou por excisão total da lesão e o produto cirúrgico foi enviado para análise laboratorial. Ao exame anatomopatológico, observou-se um fragmento nodular de pele de 1,1 cm de diâmetro, pardo-esbranquiçado e rugoso; O qual foi submetido a biópsia que constatou infiltração linfocítica atípica e dérmica. O diagnóstico, foi realizado a partir uma análise imuno-histoquímica (IHQ) que revelou Linfocitoma Cutâneo, com expressão do onco gene BCL-2 em linfócitos de etiologia desconhecida (idiopático).</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem cirúrgica com excisão total da lesão foi escolhida levando em consideração o benefício e a possibilidade de um procedimento único bem como a estética. A literatura médica atual carece de casos relatados sobre essa patologia para que possa se estabelecer melhores fundamentos etiológicos e subsequentemente terapêuticos, olhando-se para um possível protocolo de tratamento/abordagem conforme concluram Miguel, et al. na revisão sistemática em 2018.</p>	<p style="text-align: center;">PO 099-1</p> <p>COLEÇÃO LÍQUIDA EM LOJA VESICULAR COMO COMPLICAÇÃO POS-COLECISTECTOMIA – RELATO DE CASO</p> <p>Lara Almeida Ferreira, Daniel Maia Lima, Ana Carolina Alcântara, Clarice Maria Brito, Nathalia Sobreira Fonseca, Ithalo Medeiros Lima, Adriano Pereira Sampaio</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Colecistectomia é tratamento de escolha para as doenças da vesícula biliar, sendo a via laparoscópica a mais utilizada, porém estudos apontam que esta técnica gerou o aumento da incidência de lesão iatrogênica da via biliar (LIVB), responsável pela persistência e desenvolvimento de sintomas após o procedimento. As complicações pós-colecistectomia são diversas, com atenção para as LIVB que podem ser responsáveis pelo aparecimento de fístulas biliares, a principal causa de morbidade. O tratamento destas é variável a depender da localização e do tipo.</p> <p>RELATO DE CASO: APM, 53 anos, feminino, natural de Belo Horizonte – MG. Em março de 2018 iniciou quadro de dor periepigástrica irradiando para hipocôndrio direito, indigestão e intenso mal estar, piorando ao se alimentar. Realizou USG de abdome que evidenciou “alteração em loja vesicular”. Possui história prévia de colecistectomia videolaparoscópica em 2012, e desde o POI apresenta queixas inespecíficas. Realizou RNM apresentando coleção líquida em loja vesicular provavelmente sequelar à manipulação cirúrgica pós-colecistectomia. Encaminhada à primeira drenagem percutânea, observou-se saída de material purulento, enviado para cultura. Fez uso de antibióticoterapia EV por 14 dias. Retornou ao serviço e realizou fistulografia, revelando coleção abdominal em loja da via biliar com trajeto fistuloso para abdome posterior. Nova drenagem foi feita, com saída de material não purulento encaminhado para cultura. Realizou CPRE com passagem de prótese biliar plástica em via biliar intra-hepática direita, após suposto orifício fistuloso. Em seguida, fez TC de abdome e pelve, constatando ausência de coleção líquida residual. Após um mês, realizou nova RNM de abdome superior, indicando passagem de dreno biliar sem complicações e vias biliares sem alterações. Em, nova CPRE apresentou a prótese plástica biliar obstruída, que foi retirada com alça de Polipecc. Não apresentava sinais de fístulas ou estenoses.</p> <p>DISCUSSÃO: As LIVB possuem difícil entendimento pela diversidade dos mecanismos de lesão e da clínica variável e inespecífica, assim como o acúmulo de líquido biliar em loja hepática, apresentando dor abdominal superior podendo irradiar para ombro, náuseas e hipertermia. Normalmente, as fístulas biliares culminam em sepsis abdominal, o que não foi observado neste caso. No caso das fístulas biliares, a TC é o exame de eleição e CPRE pode ser útil para excluir lesões iatrogênicas complexas, identificar localização anatômica da fístula e possibilitar o tratamento durante procedimento. A Fistulografia, permite observar o trajeto da fístula por injeção de contraste através de dreno trans-hepático, podendo ser utilizado. O tratamento das fístulas pode ser por via endoscópica, papiloesfinterectomia e drenagem da via biliar com prótese que pode ser utilizado o dreno “pigtail” por possibilitar aspiração de maior quantidade de líquido. Apesar da alta taxa curativa das complicações pós-colecistectomia, há um aumento da morbimortalidade dos pacientes.</p>

PO 099-2	PO 099-3
<p>CONDILOMA GIGANTE DE BUSCHKE-LOWENSTEIN: ABORDAGEM TERAPEUTICA EM PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO</p> <p>AMANDA PITA OLIVEIRA, LUCAS FERNANDES GODOY, FABRICION REIS OLIVEIRA, RAFAEL DE CARVALHO DA SILVA, KATYARA RODRIGUES FAGUNDES, ITALO FILIPE CARDOSO AMORIM, EMERSON ABDULMASSIH WOOD DA SILVA</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O condiloma anorretal gigante de Buschke-Lowenstein é uma lesão volumosa, exofítica, em aspecto de couve-flor, cuja morbidade consiste na compressão das estruturas adjacentes, dor, infecção, fistula, sangramento e possibilidade de transformação maligna. É induzido pelo papiloma vírus humano (HPV) e relacionado a estados de comprometimento imune, com infecção por HIV (GUOZHEN, 2016). O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica ampla, podendo em casos selecionados ser utilizadas quimio e radioterapia, como terapia adjuvante ou exclusiva (FANGET, 2016). O objetivo deste relato é descrever um caso do condiloma de Buschke-Lowenstein em um paciente não imunodeprimido e para o qual foi optado por tratamento radioterápico exclusivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente N.S.R, masculino, 70 anos, hipertenso e tabagista, com queixa de lesão grande em canal anal há vários anos, associada a fistulas para nádegas e drenagem de secreção fétida. Habito intestinal regular, diário, com fezes pastosas, sem sangramento. Toque retal não realizado pela extensão da lesão e inflamação adjacente. À ressonância de pelve evidenciou-se lesão vegetante em canal anal e reto, com extensão até a pelve, sem acometimento secundário. Ao exame anatomopatológico da lesão evidenciado carcinoma espinocelular (CEC) invasor. Foi, então, proposto tratamento cirúrgico com ressecção do tumor, todavia paciente não consentiu com procedimento. Dessa forma, optou-se desvio do trânsito intestinal por colostomia e início de radioterapia externa. Paciente mantém seguimento ambulatorial com regressão do volume tumoral e relato de melhora substancial na qualidade de vida.</p> <p>DISCUSSÃO: O condiloma de Buschke-Lowenstein tem sua localização mais comum no pênis, mas pode se manifestar na vagina, vulva, bexiga, e até canal anal e reto, como neste caso. As queixas do paciente configuraram uma manifestação clínica típica do tumor na região anorretal, todavia o paciente não possuía os fatores de risco tradicionais como imunossupressão, principalmente pelo HIV, e relação sexual anal receptiva (FAI, 2018). O tratamento considerado padrão ouro é o cirúrgico com ressecção ampla dos tecidos adjacente, que apesar de conseguir melhor controle da doença, diminuindo recidiva, leva a mutilação extensa e necessidade de reconstrução anatômica (FANGET, 2016). O paciente em questão optou por tratamento radioterápico da lesão, que apesar de trazer resultados mais pobres de acordo com a literatura (FAI, 2018), melhorou significativamente sua qualidade de vida. Dessa forma, apesar da raridade e morbidade da patologia, o plano terapêutico deve ser traçado junto ao paciente, e dentre as condutas validadas, optar por aquela que melhor atende as expectativas do paciente.</p>	<p>REDE HEMOSTATICA DE AUERSVALD NO TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES SUBCUTANEAS</p> <p>yasmin cardenas giordani soares, luiza costa silveira martins, paulo eduardo macedo caruso, marcelo lopes dias kolling, adriana elneceve herscovitz, marcos ricardo de oliveira jaeger</p> <p><i>pontifícia universidade católica do rio grande do sul - Porto alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões lipomatosas são comuns na prática cirúrgica ambulatorial. Normalmente não são passíveis de remoção por lipos aspiração pela necessidade de exame anatomopatológico, que confirma o diagnóstico, e também por se apresentarem multilobuladas na grande maioria. A remoção cirúrgica destas lesões é propícia à formação de espaço morto, o qual pode levar a formação de coleções locais - como seroma e hematoma. Demonstramos um caso da utilização da Rede Hemostática de Auersvald - descrita para uso em ritidoplastias - na exérese de lesão lipomatosa e prevenção na formação de hematoma local.</p> <p>RELATO DE CASO: YJF, 46 anos, hígida, apresentava lesão de aspecto lipomatoso única, que media 12cmx 14cm x 6cm no ombro esquerdo, próximo à crista da escápula. Queixava-se de desconforto e do inconveniente estético. O exame de ultrassonografia sugeriu diagnóstico de lipoma, e a ressonância magnética permitiu a avaliação mais precisa dos planos musculares envolvidos, que demonstrou aspecto multilobulado da lesão e distorção da porção lateral do músculo supraespinhoso. O aspecto resultante da cicatriz da abordagem cirúrgica da lesão foi explicado à paciente. Foi também explicado à paciente que seriam deixados pontos aparentes, como uma rede, a fim de evitar a formação de hematoma que poderia ocorrer neste tipo de dissecação. A exérese foi realizada de forma ambulatorial, sob anestesia local. A dissecação foi realizada por planos, compreendendo pele, tecido celular subcutâneo, até o nível da tumoração, que facilmente se identificava na região. Com auxílio da Halstead®, a lesão foi fracionada de forma a se destacar dos planos profundos, à medida que era realizada a dissecação romba ao redor. A totalidade da peça foi removida e enviada para o exame anatomopatológico, que confirmou etiologia benigna. Após, a pele foi fechada por camadas, evitando os pontos de aproximação onde havia tecido subcutâneo normal, o que acarretaria retração da pele. Por fim, foi realizada a confecção da Rede Hemostática descrita por Auersvald - utilizando fio de Nylon - a qual foi removida após 48 horas do procedimento. Não houve formação de coleções locais. O aspecto da cicatriz foi considerado satisfatório pela equipe médica e pela paciente. Não houveram cicatrizes perceptíveis resultantes dos pontos da Rede.</p> <p>DISCUSSÃO: Hematomas são complicações muito frequentes em cirurgias, principalmente quando há formação de espaço morto local. Há uma grande busca de métodos para evitar esta complicação pós-operatória, já que pode ocasionar edema, dor local, deiscência de sutura, infecção secundária e até necrose tecidual. A Rede Hemostática descrita por Auersvald tem se mostrado um método eficiente na prevenção de hematomas, tanto como na que o método foi descrito - ritidoplastia - como no tratamento de lesões subcutâneas, conforme relatamos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 100-1</p> <p>PANCREATITE GRAVE COM NECESSIDADE DE MULTIPLAS LAPAROTOMIAS: RELATO DE CASO</p> <p>Vitor Shiguelo Godoy Nakamura, Ana Paula Valério Araújo, Thayanne Alves Veras, Pedro Gabriel Gomes Sousa, Caio Ferreira Moraes, Stefanny Rodrigues Silva, Ronald Torres Olinda, Antonio Aurelio Fagundes</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite é uma doença onde ocorre a inflamação do parênquima pancreático através do extravasamento de enzimas proteolíticas e sua ativação intracelular, podendo ser aguda ou caso haja seu prolongamento e consequente agravo crônica. A patogênese da pancreatite aguda depende de um fator causal que pode ser tanto fisiológico quanto mecânico, dentre os mais recorrentes podemos citar coledolitíase, alcoolismo e hipertrigliceridemia. O quadro clínico é bem definido encontrando principalmente dor abdominal difusa, diminuição do peristaltismo, febre e icterícia. Exames radiológicos como tomográfica computadorizada são de suma importância para a definição de um prognóstico de qualidade para que se possa tomar a melhor conduta para cada caso individualmente e evitar possíveis complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 45 anos de idade, sexo feminino, atendida no serviço de pronto atendimento em 06 de julho de 2017 relatando dor abdominal em barra por aproximadamente 2 dias sendo associada a náuseas e vômito. Foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva após confirmação do quadro de pancreatite grave. Evoluiu para um quadro de choque séptico e insuficiência, secundário a pancreatite e SARA, respectivamente, além de Insuficiência Renal Aguda. Houve a realização de 5 Laparotomia no total durante a internação na unidade, com colecistectomia, lavagem de cavidade e culturas das coleções com resultado positivo para KPC no líquido abdominal, peritonectomia, drenagem de hematoma de parede abdominal, ressecção da parede e uso de curativo com pressão negativa. Paciente recebeu alta após os 162 dias de internação, aos cuidados do home care.</p> <p>DISCUSSÃO: Enquanto os efeitos sistêmicos da PA são tratados clinicamente, as condições associadas e as lesões locorregionais são os principais focos de interesse cirúrgico. Em geral, a intervenção cirúrgica está indicada para os pacientes que apresentam necrose pancreática infectada e complicações peripancreáticas (abscesso, perfuração ou obstrução de vísceras, hemorragia, pseudocistos, dentre outras), e para tratar a doença biliar, como condição associada. O desbridamento cirúrgico, precoce, da necrose pancreática, seguido de reintervenções programadas, está sendo, gradualmente, substituído pela abordagem cirúrgica retardada, que tem se tornado seletiva, orientada pela presença da falência orgânica e do aparecimento de infecção. O desbridamento cirúrgico da necrose pancreática estenil não previne ou melhora a falência orgânica já instalada. Ademais, aumenta o risco de infecção e há indícios de aumento das complicações e das taxas de mortalidade. Por outro lado, o desbridamento cirúrgico convencional e a drenagem da loja pancreática são as abordagens indicadas para a necrose pancreática infectada, apesar de relatos ocasionais, de tratamento bem sucedido com a drenagem percutânea ou endoscópica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 100-2</p> <p>SINDROME DISAUTONOMICA NO AMBIENTE CIRURGICO</p> <p>Leonardo dos Santos Ferreira, Karoline Laurentino Lopes Pinto, Carolina Martins Pereira, Bruna Stéfany Bento de Sousa Teles, Alexandre Rodrigues Alves, Adriano Pamplona Torres, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Victor Mateus Xavier de Santana</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Disautonomia é um transtorno neurológico provocado por alterações do sistema nervoso autônomo, responsável pelo controle das funções involuntárias do corpo, como pressão arterial, frequência cardíaca, dilatação e contração das pupilas, temperatura corporal e digestão. Pacientes acometidos com disautonomia apresentam sintomas, como fadiga intensa, hipotensão postural, taquicardia, distúrbios gastrintestinais, alterações oftalmológicas. As disautonomias podem surgir de modo idiopático ou serem deflagradas por outras patologias, como doença celíaca, diabetes, Doença de Parkinson, trauma, procedimentos cirúrgicos e carência de vitaminas. O tratamento da disautonomia incide sobre a doença de base, diminuindo os sintomas disautonômicos, porém, não existe cura para esse transtorno. O objetivo deste relato é mostrar que a síndrome disautonômica é um diagnóstico diferencial em quadros de dismotilidade intestinal, deixando o tratamento cirúrgico de ser a primeira opção terapêutica.</p> <p>RELATO DE CASO: N. M. L. F., 49 anos, gênero feminino, foi admitida no Pronto-Socorro de Cirurgia Geral do HRAN, com quadro de dor e distensão abdominal, inapetência, anorexia, constipação intestinal e vômitos. Ao exame de admissão apresentava abdome distendido com peristaltes visível e taquidispnéia. Exames complementares evidenciavam distensão de alças a montante sem ponto de stop determinado. Paciente relatava que há aproximadamente 19 anos, faz acompanhamento com a gastroenterologia, por constipação crônica, quadros frequentes de dispepsia, distensão abdominal, eructações e halitoses, apresentando piora em janeiro 2018, sendo realizadas diversas intervenções cirúrgicas por abdome agudo obstrutivo (colectomia total com ileostomia terminal após diagnóstico intra-operatório de megacólon sem ponto de obstrução intestinal evidenciado; piloroplastia em decorrência de disfagia esofágica, reconstrução de trânsito intestinal, bypass jejunal, ooforectomia direita). Realizou previamente duas cirurgias de sling por incontinência urinária. Encaminhada novamente à sala de cirurgia para realização de laparotomia exploradora com confecção de ileostomia em alça. Em decorrência ao quadro de midríase fixa, variações pressóricas, taquicardias persistentes e ileo paralítico, a equipe de neurologia do HRAN sugeriu diagnóstico de Síndrome de Disautonomia e iniciou tratamento com betabloqueador, apresentando boa resposta.</p> <p>DISCUSSÃO: A dismotilidade gastrointestinal é um diagnóstico complexo, pois os sintomas de disautonomia são inespecíficos, como ileo paralítico, sintomas autostáticos, náuseas e vômitos. É necessário realizar uma investigação neurológica, com uso de testes de função autonômica, em pacientes com sintomas sugestivos, a fim de se atingir o diagnóstico. O tratamento visa tratar a doença de base, minimizando sintomas, proporcionando maior qualidade de vida ao paciente, não sendo possível, entretanto, atingir a cura do transtorno.</p>

PO 101-1	PO 101-2
<p>RELATO DE CASO COLECISTITE ENFISEMATOSA E COLEPERITONEO</p> <p>ANGELICA SOUZA DUARTE, CAROLLINE DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, ELLEN CRISTINE PACHECO RAMOS, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, SILAS FERNANDES CUNHA JUNIOR, JOAO PAULO SANTOS TENORIO, VITOR VINICIUS QUEIROZ SOUSA</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistite enfisematosa (CE) corresponde a 1% das colecistites agudas, é uma infecção aguda causada por bactérias formadoras de gás. Pode ser ocasionada por um comprometimento vascular da parede da vesícula biliar, infecção aguda bacteriana, imunodepressão e cálculos biliares. É mais comum em pacientes idosos, com arteriosclerose e Diabetes Mellitus (DM), fatores que estão diretamente envolvidos na evolução da doença, pois, causam imunossupressão aumentando o risco de infecções. O tratamento é a retirada da vesícula biliar pela via da colecistectomia aberta, de preferência, pois, a cirurgia laparoscopia tem elevada taxa de conversão. As complicações, independentes da via de acesso, é o coleperitônio.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente W,R,L, 87 anos, com história de perda ponderal de 10kg em 1 ano, constipação intestinal e histórico de anemia, chegou ao pronto socorro com quadro de distensão abdominal e oligúria, associado a inapetência e hiporexia. Apresenta ainda piora progressiva da dor abdominal. Ao exame físico: Fascies de dor, anictérico, acianótico, taquipneico. FC 95 bpm, PA 160 x 111 mmHg, Sat O2 85 % em ar ambiente. MV diminuído bilateralmente em ambos os 1/3 inferiores dos hemitóraces. Sem ruídos adventícios Abdome: distendido, doloroso difusamente, pior em hipocôndrio direito, com Murphy presente. Foi realizada tomografia de abdome com contraste sugerindo imagens compatíveis com quadro de colecistite, espessamento da parede da vesícula, coleção perivesicular. O diagnóstico foi de colecistite enfisematosa. Foi realizada uma laparotomia exploratória, colecistectomia e drenagem de bilioma (coleperitônio), aspirou cerca de 1500 ml de secreção biliar da cavidade abdominal. Colou o dreno laminar sobre leito da vesícula, exteriorizado no flanco direito.</p> <p>DISCUSSÃO: A CE tem maior taxa de morbidade quando comparada a colecistite aguda não enfisematosa, pela alta prevalência de isquemia e perfuração da vesícula biliar. A fisiopatologia é multifatorial, entre elas a obstrução da artéria cística que leva a uma isquemia e necrose da vesícula, tornando propício a uma infecção. A proliferação bacteriana cursa com um acúmulo de gás na vesícula biliar, pode ser intraluminal, intraparietal e dentro das vias biliares. Os principais microrganismos causadores mais comuns são espécies de Clostridium, Escherichia coli e Klebsiella. Na apresentação clínica o paciente apresenta sintomas similares ao da colecistite aguda: febre, dor no quadrante superior direito, náuseas e vômitos e dor abdominal generalizada. Os sintomas são de início mais rápido quando comparado com a colecistite aguda. O diagnóstico é clínico e radiológico, sendo uma forma de diagnóstico precoce, pois, a CE demonstra gás intramural e intraluminal na vesícula biliar, na radiografia simples, ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Pode cursar com o coleperitônio, uma complicação que resulta no extravasamento de bile na cavidade abdominal.</p>	<p>NEUROMODULAÇÃO SACRAL PARA TRATAMENTO DE INCONTINENCIA FECAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Mercadante de Assis, Maria Bianca De Lacerda Fernandes Côrte, João Vítor Vilar Silveira</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Aparecida de Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A disfunção do assoalho pélvico, que inclui incontinência urinária, incontinência fecal (IF) e prolapso de órgãos pélvicos, é uma condição debilitante que afeta cerca de 25% das mulheres. A IF é definida como perda involuntária de fezes sólidas ou líquidas e gás em pacientes com idade superior a 4 anos. A IF tem um grande impacto na qualidade de vida (QV) e o tratamento é fundamental para prevenir seu declínio progressivo.</p> <p>RELATO DE CASO: SMMS, 60 anos, com IF há 5 anos, associado a dor ao defecar e sensação de bloqueio evacuatório. Score da escala de Wexner= 15. Queixava-se de dificuldade para urinar com sensação de abaulamento vaginal. G3P3N2C1, primeiro parto vaginal com uso de fórceps por período expulsivo prolongado. Paciente com hipotonia de repouso, contração voluntária pobre e retocele. Ressonância magnética de pelve e canal anal: canal anal entreaberto com acentuado afilamento da musculatura do esfíncter externo e do músculo puborretal esquerdo associado a descontinuidade das fibras musculares. Manometria anorretal: Pressão média de repouso:27,4mmHg; Pressão média de contração:36,67mmHg; Canal anal funcional: 4cm; Zona de mais alta pressão:1cm e incapacidade da sustentação de contração voluntária em 40s. Feito correção cirúrgica de cistocele via transvaginal, com melhora das queixas uroginecológicas e disquéricas. Após 5 meses foi realizada a fase de teste da neuromodulação sacral, com implante de eletrodo conectado a gerador externo temporário. Evoluiu com melhora de 70% dos sintomas. Devido à resposta satisfatória, foi submetida à segunda etapa, o implante do gerador definitivo, Interstim II. Após 3 meses relatava perda de gases esporádicas e negava perda de fezes líquidas. Melhora significativa nos escores de qualidade de vida.</p> <p>DISCUSSÃO: A incontinência pode ocorrer por doenças que afetam a musculatura esfíncteriana e/ou àquelas que promovem a sua desnervação. As causas mais comuns de IF em mulheres são lesões obstétricas. A avaliação da incontinência requer um estudo anômico e fisiológico. Recomenda-se a sigmoidoscopia para avaliar doença luminal, se ausente, testes como ultrassom e manometria anal são indicados. Segundo o Guideline da Sociedade Americana de Cirurgiões Colorretais, a neuromodulação sacral é a primeira opção terapêutica após falha do tratamento conservador (dieta/fisioterapia). Seu mecanismo não é totalmente conhecido, acredita-se que há uma modulação da resposta aferente, aplicando uma corrente elétrica de baixa voltagem por meio de um eletrodo implantado através do forame sacral de S3. A terapia consiste em uma fase inicial de teste em que o eletrodo é implantado e acoplado a um gerador externo provisório. Caso tenha redução em mais de 50% dos sintomas então um gerador permanente é implantado e programado para o padrão do indivíduo. É a terapia padrão ouro para incontinência de todos os níveis e está associado a uma baixa morbidade e uma melhora importante na QV, justificando o tratamento mesmo quando a cura completa pode não ser possível.</p>

PO 101-3	PO 102-1
<p>RECONSTRUÇÃO DE LABIO INFERIOR APOS MORDEDURA CANINA: RELATO DE CASO</p> <p>LAINÉ RIBEIRO ANTONELLI, ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO, ANDRESSA RIBEIRO DA COSTA, LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO, VICTOR DE ALBUQUERQUE TEIXEIRA, LAUANA VANESSA DOS SANTOS MAURICIO</p> <p><i>PUC GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os lábios são o elemento de maior evidência do terço inferior da face e apresentam funções de deglutição, articulação, expressão e competência oral. As mordeduras envolvendo animais domésticos são comuns, sendo 90% infligidas por cães. São caracterizadas por avulsões, ferimentos profundos e irregulares, podendo ou não haver comprometimento funcional e estético. O objetivo do estudo é apresentar o uso do retalho em avanço na reconstrução do lábio inferior após mordedura canina.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 14 anos, sexo masculino, vítima de ferimento em lábio inferior causado por mordedura canina, foi atendido no serviço do interior Mato Grosso há 6 anos. Observou-se ferimento que abrangia pele e vermelhão do lábio de aproximadamente 1/3 da extensão lábio inferior. Realizado sutura primária no primeiro atendimento. Devido retração e fibroses cicatriciais o paciente procurou o serviço por melhora da parte estética. Na segunda cirurgia foi indicada retalho do vermelhão mais lipoenxertia seguido de reavaliação posterior para segunda sessão de lipoenxertia, caso necessário. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e após antisepsia o paciente foi submetido a reconstrução labial com retalho em avanço e rotação do vermelhão do lábio, com liberação das fibroses e lipoenxertia (Lipocaptção do abdome anterior) de 3 ml de gordura no lábio. A sutura da pele, junção mucocutânea e vermelhão do lábio foi feita utilizando Vicryl 4-0. A profilaxia antimicrobiana foi realizada com o uso Cefazolina. Vacinas realizadas no primeiro atendimento conforme protocolo do Ministério da Saúde (2011).</p> <p>DISCUSSÃO: Alencar et al. 2015 revela que crianças e adolescentes são frequentemente os mais acometidos por mordeduras caninas. Tal fato deve-se a maior curiosidade, brincadeiras bruscas e barulho que podem despertar agressividade do animal. Stefanopoulos et al. 2009 e Paranhos et al. 2013 apontaram que indivíduos do sexo masculino são as vítimas mais prevalentes desse tipo de lesão. Assim, o caso apresentado corrobora com os achados literários. Para a reparação do lábio inferior é importante avaliar a extensão labial perdida. Jackson et al. 2002 propõe-se utilizar retalhos locais, pois tecido local fornece cor, textura, espessura e epitélio com características do tecido a ser reconstruído. Siqueira et al. 2012 apontou que o retalho em avanço mantém a inervação para o lábio inferior, enquanto minimiza a perda da dimensão transversal e o risco de microstomia. O volume e a estética labial são mantidos em decorrência do recrutamento de tecidos similares adjacentes. A incisão é facilmente camuflada no próprio vermelhão. O presente estudo optou pela técnica do retalho em avanço devido as vantagens elencadas pela literatura. Segundo Siqueira et al. 2012, o retalho em avanço possibilita o emprego de tecidos remanescentes do próprio lábio, mesmo que ocorra um certo grau de microstomia. No caso apresentado tal fato foi observado, porém o paciente evoluiu com preservação favorável da função e estética labial.</p>	<p>NEOPLASIA NEUROENDOCRINA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO DE PACIENTE INTERNADA NO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS</p> <p>Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, Augusto Cardoso Sgarioni, Rafael Fontana, Fernando de Marco dos Santos, André Rombaldi, Alesandra Bassani, Scheila dos Santos Cardoso, Jean Pierre Aschidamini</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias neuroendócrinas são cânceres epiteliais com diferenciação neuroendócrina predominante, e podem ocorrer em diferentes órgãos. Apresentam comportamento biológico variável, diferenciando-se na aparência histológica e na resposta ao tratamento. As neoplasias de vesícula biliar ocupam a quinta posição entre os cânceres do trato gastrointestinal, sendo a forma de carcinoma neuroendócrino muito rara.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 55 anos, hipertensa, soropositiva, tabagista, procurou atendimento em novembro de 2015 por quadro de dor abdominal, febre, vômitos, inapetência, diarreia, linfadenomegalias, sendo diagnosticada com linfoma de Hodgkin, com achado ocasional de colelitíase. Seguiu tratamento com hematologista, realizando quimioterapia. Em setembro de 2018 interna eletivamente para colecistectomia videolaparoscópica, procedimento sem intercorrências, mas com vesícula pétreo, aderências e placas esbranquiçadas na sua parede. O anatomopatológico determinou neoplasia maligna indiferenciada de vesícula biliar, com imuno-histoquímica positiva para carcinoma neuroendócrino de pequenas células. Realizou-se ampliação de margens em novembro de 2018 com linfadenectomia do ligamento hepatoduodenal, ressecção da via biliar extra-hepática, da placa hilar e segmentectomias dos segmentos IV e V hepáticos, com ligadura do pedículo Glissoneano dos segmentos anteriores V e VIII e reconstrução através de anastomose intra-hepática com Y de Roux. Havia infiltração por carcinoma na via biliar extra-hepática e em segmento hepático. Paciente reinterno por quadro de dor torácica, dispnéia e fraqueza em janeiro de 2019, apresentando derrame pleural moderado e pericárdio leve, sendo submetida a decorticção pulmonar, biópsia e drenagem de pericárdio por suspeita de recidiva de linfoma, sendo a patologia negativa. Paciente em seguimento ambulatorial com a oncologia cirúrgica, infectologia e hematologia.</p> <p>DISCUSSÃO: Entre as neoplasias gastrointestinais a de vesícula ocupa a quinta posição, sendo o tumor maligno biliar mais frequente, geralmente diagnosticado após uma colecistectomia eletiva, sendo de 0,5-1,5% dos casos neoplásicos. Os tumores neuroendócrinos primários de vesícula biliar são particularmente raros e apresentam prognóstico ruim. São mais frequentes no sexo masculino e em idade mais jovem, divergindo do caso relatado. Originam-se, geralmente, em um contexto de inflamação crônica, principalmente com calcinose associada. A etiologia desses tumores não é clara, podendo originar-se da mucosa vesicular com metaplasia, sendo secundária à colelitíase ou colecistite crônica, ou por tecidos ectópicos pancreáticos. Clinicamente os sintomas são confundidos com os da cólica biliar. O tratamento curativo inclui colecistectomia, ressecção hepática e linfadenectomia regional. Assim, aconselha-se durante a laparoscopia, avaliar toda a cavidade sistematicamente, em busca de diagnósticos diferenciais e doenças não identificadas.</p>

PO 102-2	PO 102-3
<p>ADENOCARCINOMA COLORRETAL METASTÁTICO PARA FÍGADO EM PACIENTE JOVEM GESTANTE</p> <p>Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Paulo Henrique Rodrigues Correia, Rodrigo Carvalho Almada Melo, Rachel Gonçalves Nihari, Pedro Maia Nobre Rocha Saffi, Eduarda Sabá Cordeiro Oliveira, Juacy Bezerra Oliveira</p> <p><i>Hospital Santa Helena - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aproximadamente 0.1% das gestantes desenvolvem alguma malignidade durante a gravidez, sendo as mais comuns e complicadas o câncer de mama, de colo de útero, de ovário, o linfoma e o melanoma. A incidência de Câncer Colorretal (CCR) reportada em mulheres grávidas é 0,002% sendo a maioria dos tumores localizados em reto (63%) e sigmoide (20%). Dessa forma, há pouca experiência na conduta terapêutica do CCR durante a gestação.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 29 anos, gestante, apresentou, desde a 20ª semana de gestação, quadro algíco em flanco direito e hipocôndrio, associado à melena e hematocquezia. Durante investigação ultrassonográfica na 24ª semana, foi identificado acentuado espessamento parietal de ceco e cólon ascendente, que, ao ser correlacionado com Ressonância Magnética Nuclear (RMN), evidenciou processo expansivo medindo 9,2 cm, associado a linfonodos regionais aumentados, e nódulo único em segmento VII de fígado. Colonoscopia mostrou lesão úlcero-vegetante em ceco e cólon ascendente. Foi internada com quadro agudo de enterorragia, resolvido inicialmente com conduta clínica, havendo recidiva no 7º dia de internação. Foi optado portanto por tratamento cirúrgico, na 28ª semana gestacional, em que foi realizada colectomia direita alargada com anastomose íleo-transverso anisoperistáltica laterolateral grampeada. A análise anatomopatológica evidenciou adenocarcinoma mucinoso invasivo, pT4aN2a. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sendo submetida a parto cesáreo 4 semanas após a cirurgia e iniciado quimioterapia com esquema FOLFOX por 10 ciclos. Exames de seguimento com tomografia por emissão de pósitrons (PET) e RMN mostraram regressão completa da lesão hepática. Após avaliação com PET e RMN um ano após a cirurgia, não foram evidenciadas recidivas da lesão. Um ano e nove meses após a primeira cirurgia, foi submetida a colicistectomia videolaparoscópica em decorrência de litíase e inventário da cavidade também não evidenciou recidiva tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência de CCR durante a gravidez é rara, ocorrendo em cerca de 1:13000 gestantes. O diagnóstico clínico de tal acometimento pode ser mascarado pelos sintomas inespecíficos que podem ser atribuídos à própria gestação, inclusive o sangramento evacuatório, que pode estar relacionado com o aumento da incidência de hemorroidas nessas pacientes. A ecografia e a RMN são os exames indicados por serem os mais seguros na gestação. A colonoscopia é considerada o exame definitivo em casos de CCR e, mesmo que seja relacionado a riscos durante a gravidez, deve ser considerado junto à paciente, sendo no caso apresentado utilizado como um exame confirmatório. O tratamento ainda é controverso, mas existem descrições na literatura de que, em casos de emergência em gestantes com fetos não viáveis, há indicação de ressecção cirúrgica ou implante de stent, ambos seguidos da indução do parto quando feto viável. A adjuvância recomendada é o esquema FOLFOX, que foi aplicado após o parto para segurança do feto.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO DE PALPEBRA INFERIOR REALIZADA COM RETALHO DE MUSTARDE: RELATO DE CASO</p> <p>INGRID BOTELHO RIBEIRO, INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO, MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, MAIRA RODRIGUES TEIXEIRA CAVALCANTE, GABRIELA ROCHA NASCIMENTO, ARTUR DE HOLANDA PAES PINTO</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma basocelular (CBC) palpebral é o tumor maligno mais frequente das pálpebras. Sabendo ser a face o local mais frequentemente acometido pelo CBC, o conhecimento e o domínio de uma variedade cada vez mais ampla de técnicas de reconstrução facial tornaram-se verdadeiros fatores diferenciais. A reconstrução total da pálpebra inferior após exérese de neoplasia cujo defeito envolva mais que 50% da pálpebra é um desafio. A cirurgia plástica, por meio da reparação, busca restabelecer a função protetora da pálpebra, usando de preferência técnicas que também proporcionem bons resultados estéticos. A anatomia cirúrgica que orienta o planejamento da reconstrução divide a pálpebra em três lamelas. A lamela anterior é composta pela pele e músculo orbicular do olho. A lamela média é definida como a combinação do septo orbital, tecido do corpo adiposo da órbita e tecido fibroadiposo submuscular. A lamela posterior inclui a fásia da pálpebra inferior, o tarso e a túnica conjuntiva da pálpebra. Com isso, nos defeitos de espessura total, se faz necessário restaurar a sustentação da pálpebra, função naturalmente desempenhada pelo tarso, composto por tecido conjuntivo denso, desprovido de cartilagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 63 anos, sem comorbidades crônicas, caucasiana, portadora de dois carcinomas basocelulares nodulares: um na pálpebra inferior e outro no canto lateral palpebral direito, lesões confluentes, ocupando cerca de 70% da extensão palpebral inferior. Foi realizada a ressecção em bloco das duas lesões, em plano total, sob orientação das margens pela congelação e em virtude da ampla ressecção do tarso inferior, foi realizada a reconstrução palpebral com cartilagem auricular (região da escafa) para substituir o tarso ressecado retalho de mustardé para cobertura cutânea do defeito gerado. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências, tendo alta no 2º pós-operatório, sem isquemia de pele, sem ectrópio ou lagofalmo.</p> <p>DISCUSSÃO: A reconstrução palpebral inferior é um desafio para o especialista em Cirurgia Plástica que dispõe de diversas técnicas para executá-la. Diante do panorama de crescimento das doenças neoplásicas da pele, de sua incidência em pacientes cada vez mais jovens e de seu caráter sincrônico e metacrônico, há uma exigência cada vez maior da capacidade de propor soluções de reconstrução com técnicas que gerem bons resultados funcionais aliados a um compromisso estético. O relato de caso mostra que o uso do retalho de mustardé é um método seguro e considerada uma das melhores opções para lesões extensas na pálpebra inferior. O enxerto para reconstrução do tarso habitualmente é extraído da cartilagem nasal, auricular ou do periósteo, sendo mais recentemente descrita a utilização da fásia temporal posterior. No caso optou-se pela utilização da cartilagem auricular (região da escafa) que é uma ótima escolha para reconstrução palpebral e proporcionou bom resultado estético e funcional.</p>
<p>PO 103-2</p> <p>CIRURGIA HÍBRIDA COMPLEXA ILIACO-FEMORO-POPLITEA COM ACESSOS MÚLTIPLOS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Brenda Emily Dias Tavares, Elton Correia Alves, Wellington Bispo Mandinga, Maria Andreia Lopes de Freitas, Diego Espindola, Mario Amorim, Achilles Lima, Bruno Leonardo Freitas Soares</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença Arterial Obstrutiva Periférica multissegmentar(DAOPm) é um subgrupo de maior complexidade dentre os pacientes com DAOP, acometendo um subgrupo mais grave de pacientes, comumente homens idosos, diabéticos de longa duração, tabagistas e geralmente com comorbidades cardiopulmonares e renais que os colocam em um subgrupo bastante delicado de pacientes devido à alta morbimortalidade. A opção de cirurgia híbrida e estagiada pode ser uma alternativa útil na resolução de situações complexas e de difícil resolução.</p> <p>RELATO DE CASO: Idoso, 79 anos, tabagista, hipertenso, diabético insulino-dependente, cardiopata severo com antecedente de IAM prévio e fração de ejeção de 33%, com isquemia crítica de membro inferior direito(sem pulsos), com dor de repouso e amputação recente do hálux direito por lesão trófica há 30 dias da admissão. Angiografia evidenciou estenoses suboclusivas em bifurcação aortoilíaca(placas coraliformes), com estenose suboclusiva semelhante em artéria femoral comum e obstrução femoropoplíteia longa, reabilitando segmento P1 por colaterais de profunda. Optado por revascularização pela técnica de Kissing Stent recoberto por via braquial esquerda e femoral direita com sucesso, seguido de endarterectomia femoral direita com acesso retrógrado poplíteo e captura por varal aberto com implante de stents em AFS e patch venoso safeno interno ipsilateral em AFC, com sucesso técnico.</p> <p>DISCUSSÃO: Estima-se que a prevalência de DAOP seja de 10 a 25% na população acima de 55 anos. O envelhecimento da população associado à baixa qualidade da assistência básica de saúde e ausência de programas sócio-educacionais têm elevado o número de pacientes que aferem à atenção terciária em situação de isquemia crítica grave, muitas vezes multissegmentar e complexa e em um contexto de descompensação grave de enfermidades crônicas, tais como diabetes, IRC e miocardiopatias. Neste subgrupo de pacientes, a morbimortalidade chega a ser maior que a de neoplasias graves (mama, por ex.) ou assemelhada a cardiopatas severos (ICC classe funcional IV). O uso de procedimentos minimamente invasivos, às vezes estagiados e com a melhor associação de técnicas de cirurgia aberta e endovascular com acessos complexos, pode ser uma alternativa a revascularizações amplas que viabilizem o tratamento que, de outra forma, carregaria uma morbimortalidade proibitiva. Assim, em situações graves de DAOP multissegmentar em pacientes severamente enfermos, a abordagem híbrida com acessos complexos pode se configurar em uma opção viável e benéfica em um subgrupo gravíssimo de pacientes.</p>	<p>PO 103-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE LÁBIO SUPERIOR APOS DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE CASO</p> <p>LAINE RIBEIRO ANTONELLI, ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO, ANDRESSA RIBEIRO DA COSTA, LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO, LAUANA VANESSA DOS SANTOS MAURICIO, VICTOR S DE ALBUQUERQUE TEIXEIRA</p> <p><i>PUC GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular (CEC) é um tipo de câncer cuja etiologia está relacionada a fatores como exposição ao sol, etilismo e tabagismo e tem maior prevalência em indivíduos do sexo masculino. Atinge os lábios em 20 a 30% dos casos, sendo o lábio inferior o local de maior ocorrência. O CEC é uma neoplasia maligna agressiva e invasora com capacidade de metastatizar se não for diagnosticado e tratado precoce e radicalmente. A exérese é considerada a primeira linha de tratamento, no entanto representa um desafio para o cirurgião ao considerar a região labial de grande importância estética e funcional. Na literatura médica há descrições de inúmeras técnicas para a reconstrução dessa nobre região da face. Os objetivos do presente estudo são: apresentar o uso do retalho de Karapandzic na reconstrução do lábio superior após uma cirurgia de retirada de um CEC e elencar as vantagens da técnica de escolha.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, branca, 75 anos foi submetida a exérese de lesão ulcerada em lábio superior com comprometimento do tecido subcutâneo e musculatura há 5 meses no Hospital do Câncer do Mato Grosso (Cuiabá-MT). O exame anatomopatológico da biópsia da lesão de lábio superior apontou CEC. Quanto ao planejamento cirúrgico foi realizada remoção total das lesões e reconstrução do lábio superior utilizando o retalho de Karapandzic invertido.</p> <p>DISCUSSÃO: Das neoplasias labiais, o lábio inferior é o sítio mais acometido em 95% dos pelo CEC devido a área ser mais exposta à radiação ultravioleta. Já o presente estudo apresenta a ocorrência de CEC em lábio superior. Cerci 2017., aponta que feridas cirúrgicas nos lábios superiores constituem um desafio para o cirurgião. Uma reconstrução ideal deve manter a simetria do arco do cupido, filtrum, triângulos apicais, sulco nasogeniano e margem livre do lábio, camuflar as incisões entre as subunidades anatômicas e preservar a cor e textura. Sendo assim, optou-se pela utilização do retalho de Karapandzic. Descrita em 1974, tal técnica configura-se como opção para reconstrução de grandes defeitos labiais e baseia-se na preservação anatômica dos pedículos vaso-nervosos faciais o que mantém a irrigação e funcionalidade do lábio. Apresenta como vantagens de ser um método cirúrgico em tempo único e de preservação da mobilidade e sensibilidade do lábio. A literatura aponta como desvantagens do retalho o encurtamento labial, o apagamento das comissuras e a microstomia. A maioria dos estudos descrevem a utilização do retalho de Karapandzic na reconstrução do lábio inferior. O presente caso utilizou tal retalho no lábio superior corroborando com Stocco et al. 2013, que ressaltou a aplicação do retalho em sua forma invertida na reconstrução do lábio superior. No presente estudo, houve conservação da mobilidade do lábio superior. Portanto, a escolha da técnica de reconstrução labial visa a cura da lesão, restauração da função e mais próximo do natural.</p>

PO 104-1	PO 104-3
<p>COLECISTITE AGUDA PERFURADA</p> <p>BRUNA LEMOS SILVA, CLAUDIO HENRIQUE FORMIGONI REVIRIEGO, CAIO CESAR FACIROLI CONTIN SILVA, RAFAEL GRAMULHA NAGASSO, PRISCILLA SANTOS DE MELO</p> <p><i>SANTA CASA DE FRANCA - FRANCA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tempo decorrido entre a perfuração, o diagnóstico e o tratamento é crucial para a recuperação do paciente. Este relato tem como objetivo retratar um quadro atípico de colecistite aguda com evolução rápida, sem alteração laboratorial específica e com perfuração da vesícula biliar ocorrido na Santa Casa de Franca.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.C.A., 55 anos, deu entrada na Santa Casa de Franca, vindo do Pronto Socorro de referência, com história de dor abdominal difusa, inespecífica, de intensidade moderada, com início súbito há 10 horas e piora progressiva. Negou febre, vômitos ou diarreia. Sem cirurgia prévia. Relatou internação anterior em 2015 por pancreatite aguda não biliar. Ao EF: FC 120bpm, PA 200 x 110 mmHg, FR 24 irpm, SO2 96% em ar ambiente. Em regular estado geral, fácies de dor, prostrado, corado, hidratado, anictérico, consciente e orientado. Abdome: globoso, tenso, com dor a palpação difusa, sem massas palpáveis, com irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciando leucócitos 16.200 bastões 3%. À TC, foi identificado vesícula biliar com paredes espessadas e halo hipodenso ao redor e grande quantidade de líquido livre nos recessos peritoneais. Indicado laparotomia exploradora, sendo encontrado grande quantidade de líquido intra-abdominal de aspecto bilioso, processo inflamatório intenso perivesicular, vesícula biliar contendo cálculos no seu interior e perfuração do fundo vesicular. Realizado colecistectomia com lavagem exaustiva da cavidade abdominal. Deixado dreno no leito hepático e iniciado antibiótico terapia. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 5º dia pós-operatório. Resultado do anatomopatológico: colecistite aguda e hiperplasia reacional em linfonodo hilar, sem indícios de malignidade no material enviado.</p> <p>DISCUSSÃO: A colecistite aguda perfurada é uma doença rara e grave, com incidência que varia de acordo com o gênero, presença ou não de litíase biliar e doenças crônicas ou imunossupressoras. Apresenta altas taxas de morbimortalidade, a depender do tempo do diagnóstico. Pode ser classificada de acordo com Niemeier em tipo I ou peritonite biliar generalizada, tipo II ou peritonite localizada e tipo III ou fistula colecistoentérica. Na maioria dos casos o diagnóstico é intra-operatório. O quadro clínico é variável e os sintomas mais comuns são dor abdominal, náuseas e vômitos, com febre presente em cerca de metade dos casos. Exames de imagens podem contribuir com o diagnóstico, com alterações que incluem espessamento da parede e distensão da vesícula biliar, líquido livre peritoneal difuso ou perivesicular e Murphy positivo na ultrassonografia. Diante o diagnóstico, deve ser instituído tratamento precoce, combinando antibiótico terapia e abordagem cirúrgica, que poderá ocorrer em tempos diferentes ou simultaneamente.</p>	<p>O USO DO RETALHO FRONTAL PARAMEDIANO NA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS NASAIS.</p> <p>Victor Machado Guimarães Santos, Alyne Suellen Silva Pedrosa, Eduarda Cavalcante Santana, Lorena Barros dos Santos Mariz Costa, Willian de Oliveira Neri, Felipe Camilo Santiago Veloso, Antônio Carlos Barros Lima Junior, Anna Cristina de Freitas Coelho Barros Lima</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nariz oferece inúmeros desafios ao cirurgião plástico para sua reconstrução. O carcinoma basocelular (CBC) constitui o tipo mais prevalente, comprometendo, frequentemente, as subunidades nasais mais fotoexpostas, a exemplo da asa e do dorso. As lesões que comprometem a asa apresentam diversas possibilidades para sua reconstrução. O retalho frontal paramediano promove uma adequada reconstrução de defeitos extensos na parte distal do nariz.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 53 anos, leucodermo, apresentou lesão ulcerada, com bordas irregulares e infiltrativas em asa nasal esquerda. Realizou-se a marcação intraoperatória da área a ser ressecada com verde brilhante, respeitando-se as margens de segurança, seguida de infiltração de xylocaina a 2% com vasoconstrictor. Ressecou-se a lesão tumoral em plano total até a visualização da cartilagem alar que não se encontrava comprometida. A biópsia de congelação evidenciou ressecção tumoral completa. Efetuou-se o desenho do retalho frontal paramediano contralateral, baseado em uma única artéria supratrocLEAR, o que permitiu que sua base fosse mais estreita e seu comprimento maior. Adotou-se uma compressa de gaze para mensurar o comprimento do retalho e verificar o arco de rotação requerido para alcançar o defeito. O descolamento do retalho ocorreu em plano subperiosteal e o fechamento da área doadora foi efetuado de forma primária. Realizou-se sutura contínua, do tipo chuleio festonado, nas bordas do retalho, objetivando minimizar o sangramento. O retalho foi acomodado no leito receptor através de sutura hemi-donati. Enquanto aguardava o período para realizar a re-abordagem operatória para secção do pedículo, o paciente efetuou trocas diárias de curativo com compressa de gaze impregnada com petrolatum, o que possibilitou a preservação e hidratação do pedículo, bem como a saída de secreções para o curativo secundário. A re-intervenção para a liberação do pedículo do retalho ocorreu quatro semanas após sua transferência para o leito receptor. Os retornos do paciente ocorreram semanalmente, mensalmente e, finalmente, anuais. O paciente evoluiu com resultado estético satisfatório e não houve qualquer intercorrência.</p> <p>DISCUSSÃO: O nariz frequentemente é comprometido por diversos tipos de cânceres de pele. A asa constitui uma estrutura essencial na manutenção da estética nasal e, por isso, diversas técnicas de reconstrução foram desenvolvidas. O retalho frontal paramediano desponta frente à reconstrução desta estrutura por possibilitar o refinamento da porção distal do retalho já na primeira intervenção. A confecção de um retalho de pedículo contralateral é uma opção, quando do comprometimento unilateral de asa nasal, pois minimiza a rotação excessiva do pedículo e evita a obstrução do campo visual. No reparo dos defeitos superiores a dois centímetros, este retalho constitui excelente opção com resultados cosméticos e funcionais adequados por utilizar tecido de igual textura, espessura e cor.</p>
<p>PO 105-1</p> <p>COLECISTECTOMIA ABERTA EM SITUS INVERSUS TOTALIS: RELATO DE CASO</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Francisco Martins Mesquita Júnior, Ana Osmira Carvalho Saldanha, Maurício Cruz Castro Júnior, Matheus Lucena Holanda, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Lara Poti Nobre, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Hospital Maternidade Jesus Maria José - Quixadá - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Situs Inversus é uma doença autossômica recessiva rara e silenciosa em que os órgãos internos estão em uma perfeita imagem espelhada, cuja prevalência varia de 0.04% até 0.30%. Essa condição pode ser dividida em 2 grupos: situs inversus partialis, condição que envolve os órgãos torácicos (dextrocardia) ou os órgãos abdominais; e situs inversus totalis, que envolve tanto os órgãos abdominais quanto os órgãos torácicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 37 anos, branca, solteira, procedente de Quixadá-Ceará. Deu entrada no hospital referindo dor no hipocôndrio esquerdo, que piorava com alimentação. Nega diabetes, hipertensão arterial sistêmica, alergias, tabagismo e alcoolismo. Durante o exame físico, apresentava estado geral regular e orientada. Ausculta cardiopulmonar sem alterações, exceto o fato de que a ausculta cardíaca foi realizada à esquerda. Abdome em tábua e com dor à palpação em hipocôndrio esquerdo. Apresentou exames prévios: ECG realizado no hemitórax direito, radiografia de tórax com dextrocardia e ultrassonografia abdominal evidenciando fígado em hipocôndrio esquerdo sem alterações, ducto colédoco medindo 7 milímetros e vesícula biliar com paredes espessadas e irregulares, apresentando múltiplas imagens hiperecogênicas compatíveis com cálculos. Foi solicitado hemograma, enzimas hepáticas (TGO, TGP), glicemia, sumário de urina, creatinina e bilirrubina (direta, indireta e total). A única alteração encontrada foi uma bilirrubina direta de 0,54 mg/dl. A paciente foi submetida à colecistectomia aberta, com cuidadosa dissecação do hilo. Após a identificação do ducto cístico, foi mantido o ducto cístico e a artéria cística isoladas. A vesícula biliar foi dissecada de seu leito, sendo realizada ligadura da artéria cística, seguido da ligadura do ducto cístico. Após o procedimento cirúrgico, a paciente teve uma boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a Situs Inversus Totalis ser uma condição geralmente assintomática, o diagnóstico de colecistite é consideravelmente difícil, pois o paciente possui sintomatologia em quadrante esquerdo superior, normalmente relacionado à outras doenças, fato que pode atrasar o diagnóstico. Uma boa identificação do triângulo cistopático (triângulo de Calot) durante o procedimento cirúrgico associado com bons exames complementares pré-operatórios (ultrassom, bilirrubinas, tomografia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, etc) são fundamentais para auxiliar o cirurgião na realização do procedimento.</p>	<p>PO 105-3</p> <p>POROCARCINOMA ECRINO: RELATO DE CASO</p> <p>Davi Farias Pereira, Huri Brito Pogue, Victor Barroso Camilo Cunha Ataide, Izabella Rezende Oliveira, Pedro Carvalho Brandão</p> <p><i>Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Porocarcinoma Écrino (EPC) é um tipo raro de câncer de pele, decorrente da porção intraepidermal de glândulas sudoríparas écrinas ou acrossíringeo, sendo um tumor primário ou, ainda mais comum, uma transformação maligna de um poroma écrino (EP), representando 0,005 – 0,01% de todos os tumores cutâneos. O primeiro caso relatado data de 1963. Ocorre principalmente em idosos, com igual incidência em ambos os sexos. Aproximadamente menos de 300 casos de EPC foram relatados na literatura médica, desde que foi descrita pela primeira vez. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. Há 17% de incidência de recorrência local e incidência de 11% de metástases à distância. A taxa de mortalidade é de 67% para os pacientes com metástases linfonodais. Embora rara, a ocorrência de metástase a distância já foi relatada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 71 anos, apresentando lesão tumoral em pálpebra inferior esquerda, com bordas elevadas, centro ulcerado e crostas, com evolução de, aproximadamente, 3 anos. Paciente sem comorbidades, com histórico de exposição solar prolongada sem fotoproteção. Realizado a exérese da lesão seguindo margens de segurança de 0,5cm, seguido de amplo descolamento subcutâneo e retalho de rotação para fechamento. Não houve intercorrências cirúrgicas ou anestésicas. O resultado anatomopatológico foi de EPC, com margens cirúrgicas livres. Paciente teve boa evolução pós-operatória e está em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidivas ou de complicações em suas reconstruções.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do EPC ser um tipo raro de câncer de pele, é de suma importância o conhecimento de suas características, permitindo com isso a detecção precoce, controle de recorrências e do risco de metástases. Ele deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas suspeitas, especialmente em pacientes idosos, com tumores de curso prolongado nas extremidades e cabeça e, devido ao pequeno número de casos relatados, torna-se difícil estabelecer protocolos exatos de tratamento, o qual atualmente consiste em excisão local com amplas margens de segurança e acompanhamento para detecção precoce de recidivas ou metástases.</p>

PO 106-1	PO 106-2
<p>DIAGNOSTICO INTRAOPERATORIO DE VESICULA BILIAR EM "PORCELANA"</p> <p>Vanessa Araújo Alves, Gabriella Bento de Moraes, Fernando Salvo Torres de Mello, Alisson Cordeiro Moreira, Cássio Virgílio de Oliveira, Igor Nunes de Souza, Marinna Karla da Cunha Lima Viana, Wandemberg Gomes de Albuquerque</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A vesícula em porcelana é uma rara forma de colecistopatia crônica, em que as paredes da vesícula biliar (VB) estão parcialmente ou completamente calcificadas. Por estar associada a risco aumentado de carcinoma nesse órgão (20%), recomenda-se a realização da colecistectomia profilática frente a essa condição. Apresentamos um caso de paciente portadora de colecistopatia litíase crônica com achado intraoperatório de calcificação completa da VB.</p> <p>RELATO DE CASO: M.N.M.S., sexo feminino, 75 anos, com história de dor em hipocôndrio direito, náuseas e plenitude pós-prandial há 10 anos, com exacerbação nos últimos 3 anos. Ultrassonografia evidencia colecistopatia litíase crônica, com cálculos de cerca de 2cm. Sem história de colestase. Após indicação cirúrgica foi realizada colecistectomia videolaparoscópica em hospital privado em João Pessoa-PB. O procedimento foi realizado com 4 portais, em que se observou a presença de vesícula volumosa e de difícil manipulação por extremo endurecimento de sua parede. Foram dissecados o ducto e artéria císticos com sucesso, e realizada clipagem convencional; cautelosamente, ressecou-se a vesícula biliar do leito hepático. Sua retirada foi feita por ampliação supraumbilical dessa incisão, devido à ausência de elasticidade e maleabilidade da estrutura. A abertura da peça foi feita por serragem, e verificou-se espessamento e calcificação total da parede vesicular, com presença de 4 cálculos em seu interior. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e teve alta no dia seguinte. No momento aguarda-se resultado de estudo anatomopatológico.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico da vesícula biliar em porcelana respalda-se na correlação entre o padrão "em porcelana" identificado nesse caso, e o risco de evolução para neoplasia. Portanto, indica-se colecistectomia, por via aberta ou laparoscópica, independentemente da clínica apresentada. Contudo, a presença dessa condição é considerada uma contraindicação relativa à colecistectomia laparoscópica, pelo risco de implantes tumorais nos portais cirúrgicos, caso já se verifique a neoplasia de vesícula. Salienta-se também que em muitos casos, a vesícula em porcelana não oferece um plano que permita a colocação de dois cliques e secção do conduto cístico, especialmente porque em cerca de 20% das situações já se trata de um adenocarcinoma de vesícula. Portanto, descrevemos caso raro de evolução de colecistopatia litíase em vesícula totalmente calcificada, cujo diagnóstico só foi determinado no ato operatório. Ademais, a despeito da dificuldade técnica e de alguns relatos da literatura, optou-se por concluir o procedimento por videolaparoscopia.</p>	<p>TECNICA CIRURGICA ENDOVASCULAR NA SINDROME DE COMPRESSAO DA VEIA ILIACA (COCKETT): RELATO DE CASO</p> <p>Luan Cayke Marinho de OLIVEIRA, Alexandre Ferreira da Silva VALE, Hígina Rolim CORREIA, José Humberto de Oliveira LISBOA JÚNIOR, Paloma Medeiros Gomes CAVALCANTI, Rafaella Maria de Freitas ESTRELA, Vinicius Costa CALADO, Paulo Roberto da Silva LIMA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de compressão da veia íliaca (SCVI) ou síndrome de Cockett é uma patologia pouco frequente causada por uma alteração anatômica na qual a veia íliaca comum esquerda é comprimida de modo extrínseco pela artéria íliaca comum direita. Essa compressão ocasiona dor e edema assimétrico em membros inferiores (MMII), podendo progredir para varizes e trombose venosa iliofemoral esquerda. Nos últimos anos, o tratamento clínico é pouco eficaz e a técnica cirúrgica aberta deu espaço para o manejo cirúrgico endovascular minimamente invasivo com a colocação de stent. Esse novo procedimento trouxe um melhor prognóstico frente a essa doença que afeta bastante a qualidade de vida dos pacientes e ainda é, na maioria dos casos, subdiagnosticada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.V.S, sexo feminino, 41 anos, branca, relatou dor e presença de microvarizes em ambos os membros inferiores (MMII) sem presença de edema vesperino. Realizou-se USG doppler de MMII venoso, o qual evidenciou refluxo da veia íliaca interna direita. A proposta cirúrgica foi imediatamente sugerida tendo em vista a duração dos sintomas, com prescrição de Venoruton 500 de 12/12h e solicitação de USG de membro inferior direito no pré-operatório. Para o procedimento cirúrgico, a técnica endovascular consistindo em angioplastia com balão e colocação de stent traz excelentes resultados na recanalização do sistema venoso ilíaco foi realizada, submetendo o paciente a um trauma cirúrgico mínimo. No 19º Dia Pós-cirurgia a paciente apresentou ferida operatória sem infecção e negou qualquer alteração. A conduta realizada foi a retirada de pontos bem como a manutenção do Venoruton e a realização de USG Doppler de MMII em 3 meses após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Cockett é considerada uma enfermidade rara que predomina no sexo feminino entre a segunda e a quarta décadas de vida e sem fatores de risco, como é o caso da paciente de 41 anos. Apesar de poucos estudos sobre sua prevalência, estima-se que a síndrome acomete apenas 2 a 5% dos pacientes portadores de doença venosa dos membros inferiores, sendo entre 18 a 49% diagnosticado com trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. O desconhecimento clínico da síndrome e a consequente dificuldade e atraso em seu diagnóstico é associado a um pior resultado terapêutico. A importância deste caso mostra-se na apresentação atípica da síndrome, não apresentando o sintoma mais comum, o edema do membro inferior esquerdo presente em 85% dos casos, bem como a presença de varizes em ambos os membros inferiores e não apenas no esquerdo, o que ocorre de forma infrequente. Ainda assim, recebeu um diagnóstico e terapêutica precoces, evitando complicações como a trombose venosa profunda.</p>
<p>PO 107-2</p> <p>A IMPORTANCIA DA ANGIOPLASTIA RENAL TRANSLUMINAL PERCUTANEA COMO TRATAMENTO CIRURGICO DE ANOMALIA ESTENOSANTE : RELATO DE CASO</p> <p>Vinicius Costa Calado, Luan Cayke Marinho Oliveira, Guillard Soares da Fonseca Ataíde, Paulo Roberto da Silva Lima, Victor Magalhães Feitosa Salazar de L'Armée</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As alterações anatômicas das veias renais não são raras e muitas vezes acabam implicando em modificações morfofuncionais que podem resultar em complicações sistêmicas. O caso a ser apresentado é de um paciente com modificação representada por veia renal esquerda dupla acompanhada de porção inferior retroaórtica, sendo evidenciada como principal causa de patologia por aumento da pressão do sistema venoso. Também foram observados efeitos secundários manifestados em adulto jovem, tendo como correção cirúrgica vascular imediata a melhor opção para manejo da sintomatologia apresentada pelo paciente e também para solucionar seu problema anatômico compressivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, branco, 36 anos, encaminhado pelo urologista com história pregressa de hematuria há 5 anos, trazendo angiorressonância e tomografia de vias urinárias que mostravam a presença de Veia Renal esquerda (VRE) dupla com a renal inferior em posição retroaórtica. Diante disso, a ocorrência de uma hipertensão venosa renal esquerda tornava-se o reflexo dessa variação, sendo necessária uma angioplastia de VRE como terapêutica. O procedimento cirúrgico realizado foi a angioplastia transluminal percutânea a partir da punção da veia femoral direita. A partir da angiografia seletiva foi visto que a porção inferior da VRE apresentava estenose, enquanto que a porção superior não apresentava anormalidades. Foram colocados dois stents sobrepostos, sendo um de 8x40 mm e o outro de 10x40 mm após a insuflação do balão. Os stents escolhidos foram de material auto expansível para assegurar que a pulsatilidade da aorta em sua porção abdominal não comprimissem esses dispositivos. O paciente no oitavo dia de pós operatório (DPO) apresentava-se sem queixas, sendo orientado retorno após 30 dias da cirurgia. Exames de Ultrassonografia de VRE, Raio x de abdome total, Clearance de creatinina, proteinúria de 24h, sumário de urina e microalbuminúria de 24h foram solicitados para a próxima consulta. O uso de Clopidogrel 75mg e Xarelto 15mg foi prescrito para o paciente nesse período. No retorno após 1 mês de cirurgia, o paciente apresentou exames sem alterações relevantes e referiu uma melhora na qualidade de vida.</p> <p>DISCUSSÃO: Do ponto de vista clínico, a grande maioria das anomalias vasculares renais apresentam espectro variável de manifestação, podendo até ser incompatíveis com a vida. Nos casos de implicações sintomatológicas de cunho relevante como, por exemplo, os sintomas compressivos causados pelo encarceramento entre a veia renal e a aorta abdominal, torna-se imprescindível destacar a importância da cirurgia para correção de situações dessa magnitude. Portanto, o caso relatado trás consigo a eficácia da angioplastia transluminal renal percutânea com implante de stent no controle da hipertensão e na preservação/restauração da função renal bem como a escolha da técnica cirúrgica mais adequada como ponto preponderante na recuperação e bem estar do paciente ao longo do pós operatório.</p>	<p>PO 107-3</p> <p>ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULA SUDORÍPARA: RELATO DE CASO</p> <p>Alan Mounzer, Angela Genoefa Rudell, João Victor Huayllas, Samantha Cavalcante Brito, Marcio José Cardoso Amaral, Mauro Henrique Sa Adami Milman, José Antonio Scrocco Silva, José Roberto Melchiorri Bucco</p> <p><i>Hospital Regional de Cotia - Cotia - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasia de glândulas sudoríparas são raras. Geralmente não é diagnosticado clinicamente, mas encontrado na análise histológica. O carcinoma de glândulas sudoríparas possui potencial para infiltração local e metástase à distância.</p> <p>RELATO DE CASO: PCR, 56 anos, masculino, tabagista, queixando-se de dor em nádega direita, dificuldade de deambular, apresentando uma massa em nádega direita com crescimento progressivo há 03 meses e perda ponderal de 4 Kg nesse tempo. Ao exame físico, evidenciou massa endurecida e dolorosa à palpação em região glútea direita. A Tomografia Computadorizada (TC) de pelve apresentou imagem hipodensa, com calcificações laterais, realce marginal pelo meio de contraste, localizada em partes moles da raiz da coxa direita, com 8,2 x 5,9 x3,6 cm. Com a hipótese de Sarcoma, foi realizada cirurgia para ressecção da tumoração, incluindo o músculo glúteo máximo. O estudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado infiltrando tecidos moles de origem em anexo cutâneo. Identificado nódulo de aproximadamente 0,5cm de diâmetro, próximo à região mamária esquerda, de consistência firme. Realizada excisão, identificou-se adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando a derme. O paciente foi encaminhado ao serviço de referência para realização de terapia adjuvante. Faleceu após 60 dias, manifestando metástases hepáticas.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma de glândula sudorípara é raro, sendo o tratamento cirúrgico a exérese da lesão com margens amplas associado ao tratamento com terapia adjuvante. Importante avaliar metástase linfonodal, que traduz em uma sobrevida menor caso esteja comprometido.</p>

PO 108-1	PO 109-1
<p>TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSE DE VIA BILIAR DECORRENTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.</p> <p>CARLOS DORACIO JUNIOR, LEONARDO HATSUO TANAKA, LETICIA AKEMI SUZUKI, RODRIGO SIQUEIRA BONACHI, THIAGO CARELI DE ALMEIDA, MARIO LUIZ QUINTAS</p> <p><i>HESAP - HOSPITAL ESTADUAL DO SAPOEMBA - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Desenvolvimento Da Tecnologia Endoscópica Nas Últimas Duas Décadas Tem Oferecido Uma Opção Segura À Terapêutica Cirúrgica Das Lesões Das Vias Biliares. Sendo Que A Terapêutica Endoscópica Contribui Pela Documentação, Diagnóstico Histopatológico E Intervenção Definitiva. Principais Causas De Estenoses Benignas São Decorrentes De Procedimentos Cirúrgicos E Colangite Esclerosante Primária. A Lesão Iatrogênica Do Ducto Biliar Ocorre Frequentemente Após Colectistomias. Nas Cg Abertas De 0,1-0,5% E Nas Vdl De 0,25-1,0%, Outras Causas Podem Ocorrer Como Lesões Isquêmicas Microvasculares Após Dissecção Cirúrgica E Inflamação Adjacente Ou Uso De Cauterização Monopolar</p> <p>RELATO DE CASO: Pct A.V.M. 30 A, Feminino Com Ap Colelitíase Sintomática, Sem Outras Comorbidades. Interna Eletivamente Para Realizar Colectistomia Vdl, No Descolamento Da Vesícula Cístico-Fundica De Leito Hepático Inicia Sangramento Volumoso, Não Sendo Possível Identificar Sua Topografia, Optam-Se Por Converter Cirurgia. Realizado Incisão De Kocher Com Colectistomia Fundo Cística, Identificado Sangramento Ativo De Arteria Hepática Direita, Hemostasia Com Ponto Em X Com Prolene 4-0, Com Parada De Sangramento. Locado Dreno Túbulo Laminar Em Leito Vesicular, Com Exteriorização Em Fd. 3º Po Evolui Sem Dor Abdominal, Debito De Dreno Sem Quantificação, Com Discreto Aumento De Bilirrubinas Totais 3,70 E Bilirrubinas Direta 3,3, Dieta Leve Hipogordurosa 5º Po Pct Com Dor Abd E Náuseas Após Dieta, Dreno Sem Quantificação. Realizado Usg De Abd Total Fígado Sem Alt Nos Trajetos Vasc. Ausência De Dilatação De Vias Biliares Intra-Hepáticas. Colédoco Com Calibre Preservado (5 Mm). Bt 5,6 E Bd De 5,0, Em Ascensão. Solicitado Cpre. 9º Po Mantem Queixas, Pct Em Jejum, Dieta Parenteral, Ictérica 4/4+ Dreno 30 Ml Seroso, Bt 12,4 E Bd 11,3 11º Po Realizado Cpre, Visualizado Subtenose Cicatricial Em Hepatocolédoco Médio Proximal, Dilatação Da Area Subestenotica Com Soehndra 7 Fr E Passagem De Protese Biliar Plástica 7 Fr X 12cm. Reagendado Nova Cpre Para 1 Semana Apos. Apos Cpre Pct Evolui Com Melhora Dos Sintomas, Queda De Bt E Bd Para Dreno Dos Valores Da Normalidade. 18º Po Nova Cpre Com Sinais Endoscópicos De Papilotomia Previa, Prótese Biliar Plástica Transpapilar Com Drenagem De Secreção Biliar. Retirada De Protese Biliar Plastica Transpapilar Com Auxilio De Stent Retriever Soehndra. Estenose Biliar Em Hepatocolédoco Médio. Dilatacao Guiada Da Estenose Biliar Medindo 8.5 Fr. Dilatação Balonada Da Estenose Biliar Com Balão Hurricane 6 Mm X 4 Cm. Passagem De Prótese Biliar Plastica 10 Fr X 10 Cm. Apos 2 Dias, Recebe Alta, Anictérica, Bt 1,7 E Bd 1,5. Sem Dor Abdominal, Náuseas. Aceitando Bem Dieta Oral. Segue Em Acc Com O Serviço. Retorno Ambulatorial, Nega Queixas E/Ou Intercorrecias Desde A Alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Estenoses Pós-Op. São Classificadas Por Bismuth-Starsberg. Frequentemente Estão Localizadas Abaixo Do Hilo. O Tto Cirúrgico Com Sucesso É De 73 - 90%. A Morbidade Varia De 7 - 96 % E A Mortalidade De 0 - 13 %.</p>	<p>RELATO DE CASO: COLECISTITE XANTOGRANULOMATOSA, UM IMPORTANTE ACHADO.</p> <p>Talita Trindade França, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Carolina Martins Vissoci, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Luis Otávio Amarante Franco, Paula Campos de Mendonça, Rodrigo Soares Pereira, Vitor Paiva Pires</p> <p><i>UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistite xantogranulomatosa (CX) é uma doença rara da vesícula biliar (VB) caracterizada por um processo inflamatório destrutivo focal ou difuso e por um acúmulo de tecido fibroso e macrófagos carregados de lipídios em sua parede. Pode se estender a diversas estruturas adjacentes, provocando significativa morbidade. Tem grande importância por, apesar de benigna, apresentar grande semelhança clínica e de imagem com o câncer de VB, causando dificuldade diagnóstica. O presente relato descreve um caso de CX complicado com pancreatite aguda biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: D.M.S., feminino, 32 anos, admitida no HRAN em 18/02/2018 referindo dor em porção superior do abdome, com irradiação dorsal, associada a náuseas e vômitos, sudorese e palpitações após ingestão de cachorro-quente. Ao exame, abdome distendido, flácido e doloroso à palpação difusa, sem visceromegalias. Amilase 1228, TGO 374, TGP 292, leucócitos 15.000. É hipertensa e possui histórico familiar de colelitíase. Exames de imagem indicaram pancreatite biliar com formação de pseudocisto. Apresentou melhora clínica no início do tratamento, com ressurgimento da dor na tentativa de reintrodução da dieta. A tomografia computadorizada (TC) de abdome que indicou coleção em cauda pancreática. Em 06/03/18, houve novo quadro de dor abdominal intensa, refratário a morfina, associado a náuseas e vômitos, distensão abdominal e sudorese após reintrodução de dieta oral. TC de abdome evidenciou sangramento ativo em cápsula pancreática, realizando-se laparotomia exploradora por abdome agudo hemorrágico. Identificou-se rotura do pseudocisto e coágulos em sua topografia e retrocavidade, além de necrose em corpo e cauda pancreática e presença de pingos de vela. Realiza-se drenagem de pseudocisto e necrosectomia. Uma nova TC de abdome em 06/06/18 sugeriu colecistite crônica e possível neoplasia associada. Em colangiorrsonância de 12/06/18, VB com parede espessa e irregular, com infiltração do parênquima hepático adjacente e cálculos no seu interior, além de líquido pericolestístico. Uma segunda laparotomia exploradora é feita em 06/10/18, realiza-se colectistomia e encaminha-se a peça cirúrgica para estudo que constatou infiltrado linfocítico transmural composto por histiócitos xantomizados, fibrose da parede e áreas de metaplasia intestinal do epitélio de revestimento, confirmando caso de colecistite xantogranulomatosa.</p> <p>DISCUSSÃO: A teoria mais aceita acerca da fisiopatologia da CX é a de que o aumento da pressão intraluminal da VB causaria extravasamento da bile para sua parede, aumentando a atividade dos fibroblastos e histiócitos, seguida por resposta imune e fibrótica e formação dos xantogranulomas, como constatado no estudo histopatológico do caso. A inflamação pode ser intensa, com infiltração e fibrose levando ao espessamento assimétrico de parede da VB e formação de nódulos em órgãos vizinhos, como fígado e duodeno. O acometimento de vários órgãos dificulta ainda mais o diagnóstico, que tem o estudo histopatológico como padrão ouro.</p>
<p>PO 109-2</p> <p>INCIDENCIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM VEIA ILIACA CONTRALATERAL APÓS ANGIOPLASTIA COM STENT DE VEIA ILIACA ESQUERDA – RELATO DE 2 CASOS</p> <p>Adriana Nascimento Silva, Vinícius Bertoldi, Caroline Godinho de Andrade, Bruna Campos Oliveira, Luiz Sérgio Landini Filho, Guilherme Tafner Jorge, Fernão Araújo, Maria Carolina Dal Ponte</p> <p><i>Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A abordagem endovascular já é considerada padrão ouro para tratamento de pacientes com síndrome de compressão da veia ilíaca esquerda (Scvie). Já que ela garante altos índices de patência do vaso, além de ser segura e menos invasiva. No entanto, há algumas possíveis complicações da técnica, como a trombose de veia ilíaca contralateral após angioplastia com stent de membro inferior esquerdo. Porém essas complicações são em número limitado e de resolução relativamente fácil. Sendo assim, os benefícios do emprego da técnica endovascular parecem ser maiores que os possíveis efeitos deletérios.</p> <p>RELATO DE CASO: 1º: Paciente feminina, 53 anos, sem comorbidades e em uso de terapia de reposição hormonal. Em 2010 havia realizado angioplastia com stent de veia ilíaca esquerda por Scvie. Em 2016, vai ao Pronto socorro com quadro de flegmasia cerúlea dolens em membro inferior direito. Realiza angiogramia que confirma TVP da veia ilíaca até veia cava distal e visualiza o stent desmadiadamente introduzido na veia cava, causando obstrução de veia ilíaca direita. Realizado trombectomia farmacomecânica de urgência, com implante de stent, com a técnica de kissing stents. Tem boa evolução clínica e recebe alta em uso de anticoagulação plena. Mantendo seguimento ambulatorial, com quadro clínico estável. 2º: Paciente feminina, 23 anos, sem comorbidades. Havia realizado angioplastia com stent no membro inferior esquerdo, devido a TVP nesse membro (com diagnóstico de Scvie). Vai em consulta no Pronto Socorro em 2016, após 20 dias de parto cesáreo, e em uso de Enoxaparína. Submetida à angiogramia que demonstrou TVP de veia femoral comum à direita, ilíacas externas e comum à direita, além de trombose em seguimento de veia cava inferior. É então realizado trombectomia farmacomecânica, com implante de stent, após angioplastia, com a técnica de kissing stents. Recebe alta em uso de anticoagulação em dose plena. Segue em acompanhamento ambulatorial, assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem endovascular já é a terapia de eleição para tratar pacientes com Scvie. Através da angioplastia e implante de stent na veia ilíaca esquerda. No entanto, por dificuldade técnica no intraoperatório e para evitar migração, quebra e compressão do stent, é necessário que esse seja introduzido alguns centímetros no interior da veia cava inferior. Porém é possível, assim como ilustrado com os casos relatados, que o stent obstrua o fluxo de saída venoso da veia ilíaca direita. O que pode resultar em TVP de veia ilíaca direita. A trombose de veia ilíaca direita é uma complicação possível no seguimento pós operatório da angioplastia da veia ilíaca esquerda, por encarceramento da veia ilíaca contralateral. No entanto, é visto na literatura e na prática clínica, tratar-se de complicação rara e que pode ser tratada pela abordagem endovascular, técnica menos invasiva, com menores taxas de complicações e com altos índices de patência do vaso. Portanto, o tratamento endovascular é uma alternativa segura e eficaz nestas situações</p>	<p>PO 109-3</p> <p>RESSEÇÃO DE CARCINOMA BASOCELULAR E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MEDIO-FRONTAL: RELATO DE CASO</p> <p>Caio Victor Oliveira Ferreira, Artur Belo Azevedo, Carla Mariana Xavier Ferreira, Diandra Alcântara Jordão, Mirely Arcaño Gomes, João Vitor de Omena Jucá, Artur de Holanda Paes Pinto</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Seiscentos anos antes de Cristo, foi descrito o retalho médio-frontal pelo indiano Sushruta Samhita. Apesar de antigo, esse método ainda é utilizado na reconstrução do nariz por motivos como, ressecção de tumores nasais benignos ou malignos, infecções e traumas; sendo a principal causa secundária à ressecção de carcinoma basocelular. A técnica consiste na elevação do tecido da linha média e tem vascularização baseada nos vasos supraorbitais e supratrocleares bilateralmente, com base desenhada na altura das sobrancelha e seu comprimento é limitado pela linha de implantação do cabelo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 73 anos, caucasiana, encaminhada pela dermatologia com diagnóstico histopatológico de biópsia de um carcinoma basocelular em dorso/ponta nasal medindo cerca de 2,2x1,8cm. Em virtude do tamanho da lesão, foi proposta um ressecção com margens de 3mm e reconstrução nasal com retalho médio-frontal. Paciente evoluiu sem intercorrências, tendo alta no segundo dia de pós operatório, sem isquemia ou deiscências. No 21 de pós operatório, foi realizada secção do pedículo vascular do retalho, mantendo-se totalmente viável.</p> <p>DISCUSSÃO: Diante de procedimento cirúrgico de reconstrução, a escolha da técnica adequada é fundamental para garantir boa recuperação da lesão e uma unidade estética mais próximo do natural. Em decorrência da cor, textura e espessura de pele da região, bem como boa segurança vascular, o retalho médio-frontal ainda é uma importante ferramenta na reconstrução nasal e traz resultados satisfatórios.</p>

PO 110-2	PO 110-3
<p>ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA ESQUERDA: UM RELATO DE CASO DE RUPTURA ESPONTANEA</p> <p>Francisco da Silva, Fernanda Marcante Carlotto, Vinicius Renan Lima Dias, Jaber Nashat Saleh, Mateus Picada Corrêa, Juarez Antônio Dal Vesco, Lucas Duda Schmitz, Jorge Roberto Marcante Carlotto</p> <p><i>Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas de artérias viscerais são parte de um grupo de doenças vasculares incomuns, porém são uma urgência em cerca de 22% dos casos, com mortalidade de 8% a 21%. E, dentre os aneurismas viscerais, o de artéria hepática esquerda é o mais raro, com clínica inespecífica e apresentação dos sintomas geralmente somente na ruptura.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 71 anos, procedente de Marau-RS, hipertenso em tratamento, tabagista, etilista, vem à emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo-RS, com inapetência e dor abdominal em hipocôndrio esquerdo há 15 dias. Ao exame físico estava em regular estado geral, febril, taquicárdico, abdome com abaulamento em hipocôndrio esquerdo, sendo indicada a realização de uma angiotomografia de abdome total, evidenciando um aneurisma de artéria hepática esquerda. O paciente evoluiu com choque hipovolêmico e após a estabilização do quadro foi para a arteriografia de urgência, onde se identificou um aneurisma roto de artéria hepática esquerda e foi realizada embolização. No 4º dia de internação, evoluiu com importante perda de função renal e instabilidade hemodinâmica. No dia seguinte teve uma parada cardiorrespiratória e veio a óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: O aneurisma de artéria hepática esquerda é o mais raro entre os aneurismas das artérias viscerais, reportado em somente 5% dos casos. Em relação a etiologia, podemos citar a aterosclerose, a degeneração da camada média arterial, a displasia fibromuscular, a poliarterite nodosa e a vasculite. A apresentação clínica geralmente é assintomática até a ruptura, onde os sintomas mais comuns são a tríade de Quincke (dor abdominal, hemobilia e icterícia) e sangramento gastrointestinal. Dessa forma, a maioria dos aneurismas de artéria hepática são achados incidentais nos exames de imagem como a TC de abdome, e, a arteriografia é padrão-ouro no diagnóstico. A ruptura pode levar a choque hemorrágico, com mortalidade entre 20% a 80%. Como opções de tratamento temos a abordagem cirúrgica aberta (ligadura do aneurisma, ressecção/reconstrução) e embolização endovascular, decisão de acordo com a localização anatômica.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO DE TRAUMA EXTENSO EM ANTEBRAÇO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO</p> <p>Luciano Ornelas Chaves, Ricardo B M Rezende, Luciano Ornelas Chaves filho, Rairana Boska, André Luiz Monteiro Santos Marins, Jessica Lourenço</p> <p><i>unifenas BH - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: OBJETIVOS: O presente relato tem por objetivo apresentar um caso de trauma extenso em antebraço por Projétil de Arma de Fogo de grande calibre com enfoque descritivo em sua abordagem reconstrutiva.</p> <p>RELATO DE CASO: RELATO DO CASO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 41 anos, vítima de disparo acidental de Projétil de Arma de Fogo de alta energia a curta distância em antebraço direito. Apresentava grande perda cutânea e muscular do antebraço anterior e posterior conjuntamente à fratura cominutiva de rádio – ulnar e perda do segmento nervoso mediano e ulnar. Foram realizadas estabilização e fixação óssea. Em segundo tempo cirúrgico, confeccionou-se reparo neural por meio de enxertia nos nervos medianos e ulnar oriundos do nervo sural.</p> <p>DISCUSSÃO: Traumatismos extensos ou infecções necróticas constituem um desafio à especialidade. Dessa forma, diferentes técnicas, com diferentes graus de complexidade, podem ser utilizados. Perdas extensas, exposição óssea, tendínea, nervosa e/ou vascular demandam técnica adequada para sua correção e resultado estético-funcional satisfatório. Áreas com lesão tecidual extensa que necessitam de quantidade significativa de tecido doador, a indicação mais frequente é o uso de retalhos musculares, estes são mais indicados no preenchimento de cavidades. A reconstrução foi feita por retalho pediculado músculo-cutâneo rotado do grande dorsal que apresentou satisfatório resultado do ponto de vista estético-funcional sendo um dos mais utilizados na Cirurgia Plástica (quantidade de tecido e qualidade do pedículo). No caso de lesão por Projétil de Arma de Fogo em região do antebraço, os princípios que norteiam sua correção fundamentam-se nos cuidados às partes moles, na estabilização da fratura e na prevenção de infecção.</p>
<p>PO 111-1</p> <p>MELANOMA METASTÁTICO EM VESÍCULA BILIAR DIAGNOSTICADO EM PACIENTE SINTOMÁTICO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM</p> <p>Angélica de Oliveira Cardoso, Fernanda Osorio Alves, Rafaela Müller Franceschi, Everton Janoski de Menezes, Lucas Alano Sffair, Rafael Costa e Campos, Marcelo Garcia Toneto</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma metastático em trato gastrointestinal (TGI) é uma neoplasia agressiva, com sobrevida em cinco anos de apenas 18%. As lesões em TGI representam entre 2 e 4% de todas as metástases, e ocorrem principalmente em intestino delgado e cólon. A localização em vesícula biliar (VB) representa cerca de 15% das metástases gastrointestinais em registros pós-morte. A maioria dos casos descritos são implantes serosos em VB, que raramente causam sintomas relevantes. Os relatos de pacientes sintomáticos com diagnóstico em vida são escassos e a descoberta tardia das metástases em VB é responsável por um mau prognóstico. O objetivo deste relato é salientar que o melanoma pode metastatizar para locais incomuns, como a VB, devendo o profissional de saúde estar atento a sintomas do TGI em pacientes com história prévia de melanoma, já que o diagnóstico em fases avançadas está relacionado a um pior prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 64 anos, branco, com diagnóstico de melanoma invasivo ulcerado há 2 anos (Breslow 2 milímetros, linfonodo sentinela positivo, melanoma nodular metastático em derme 1 ano após diagnóstico). Além da linfadectomia, o paciente foi submetido a tratamento adjuvante com interferon e radioterapia. Apresentou queixa de dor pós-prandial em hipocôndrio direito. Foi realizada ecografia abdominal e ressonância magnética de abdômen que identificaram massa sólida de 5,3 centímetros em VB, com impregnação pelo contraste em fase arterial, sem infiltração dos planos adiposos adjacentes. Foi realizada colecistectomia videolaparoscópica e o aspecto histopatológico associado ao perfil imuno-histoquímico foi compatível com melanoma metastático, presente nas camadas mucosa e muscular própria da VB.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de ser incomum, o melanoma é a metástase mais frequente da VB. O diagnóstico requer alto grau de suspeita, visto que os sintomas são inespecíficos, sendo a colecistite aguda a apresentação mais comum. A ecografia é o exame de escolha na avaliação da VB. O diagnóstico diferencial é importante pelas diferenças no tratamento, uma vez que, se tratando de metástase de melanoma, não estaria indicada a ampliação de margem e ressecção do leito hepático; por outro lado, sendo uma neoplasia primária de VB o TNM deveria ser avaliado, a fim de definir o tratamento.</p>	<p>PO 112-2</p> <p>FISTULA AORTOENTERICA: RELATO DE TRATAMENTO CIRURGICO COMBINADO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Igor Rafael Sincos, Idalecio Souto Fonseca, Breno Falco, Fabio Orsi Ceribelli, Thais Monteiro, Renan Dias Rodrigues, Jaques Waisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Fístula aortoenterica é uma rara complicação de cirurgias vasculares, porém com alto índice de mortalidade. As fistulas podem ser primárias ou secundárias. Estas últimas, mais frequentes, ocorrem após reconstruções vasculares com prótese, sendo o tema desse relato de caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 59 anos, foi encaminhado pelo cirurgião vascular ao ambulatório de cirurgia geral devido queixas de tenesmo, fezes em fita e perda de peso. Os sintomas iniciaram logo após a uma revascularização dos membros inferiores com a colocação de prótese de Dacron aortobifemoral devido a insuficiência arterial crônica. Também apresentava cianose e claudicação de membro inferior direito, sem queixas em relação ao membro contralateral. Foi solicitado tomografia de abdome que evidenciou enxerto arterial aortobifemoral bem contrastado, estando o componente direito em íntimo contato com parede do cólon sigmoide. Realizado colonoscopia, onde foi visualizado corpo estranho na luz do reto a 10 cm da borda anal, pulsátil, podendo corresponder a extrusão da prótese vascular, sem sinais de sangramento ativo. Foi optado pelo procedimento cirúrgico para correção da fístula. Optado pela confecção de bypass femorofemoral cruzado e ligadura da porção femoral direita da prótese anterior, mantendo fluxo para o membro direito. Após, foi realizado laparotomia mediana onde foi identificado o ramo direito da prótese transpondo o retroperitônio, parede retal e acometendo a bexiga. Optado por colectomia a Hartman, com ressecção da área acometida, ráfia da bexiga e colostomia terminal.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de raro, as fistulas arteriais são complicações graves com alto índice de mortalidade. O uso de próteses vasculares aumenta a ocorrência, são as chamadas fistulas secundárias. O local de maior ocorrência é o duodeno, seguido pelo delgado, estômago e estômago, sendo o cólon raramente afetado (apenas 2% dos casos). O mecanismo de lesão é incerto, podendo estar relacionado a falhas na anastomose vascular, causando pseudoaneurismas que podem erodir e se comunicar com o intestino, ou erosão pelo material protético somada a falta de tecido retroperitoneal local, excessiva pulsatilidade do enxerto ou infecção local, havendo divergência na literatura. Os sintomas clássicos são sépticos ou hemorrágicos, o que não ocorreu no caso relatado por provável integridade da prótese. Também pode ocorrer hipotensão, dor abdominal e anemia crônica. O diagnóstico pode ser suscitado associando os sintomas clínicos com o antecedente cirúrgico e exames de imagem (preferencialmente angiotomografia), endoscopia digestiva alta e colonoscopia. O tratamento deve ser realizado de forma imediata, visando corrigir rapidamente o defeito para evitar sangramentos de grande monta e instabilização hemodinâmica do paciente. A taxa de mortalidade para pacientes que não recebem intervenção médica de 100%. O tratamento proposto se mostrou efetivo no caso de fístula com o cólon.</p>

PO 113-2	PO 113-3
<p>HIPERTENSAO RENOVASCULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Coêlho de Mélo Leite, Ana Paula Coêlho de Mélo Leite, Crislanny Regina Santos Silva, Alberto Sousa Videres Filho, Carlos Alexandre de Albuquerque Maranhão, Laécio Leitão Batista, Antonio Vasconcelos Lima Filho, Francisco Rasiah Lachumananandasivam</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hipertensão renovascular (HR) é definida como hipertensão arterial sistêmica decorrente de isquemia renal, geralmente por lesão obstrutiva das artérias renais. A estenose aterosclerótica é mais frequente em homens idosos e possui caráter progressivo, já a displasia fibromuscular é mais comum em mulheres jovens e, geralmente bilateral. A possibilidade de HR deve ser suspeitada na presença de assimetria renal pela ultrassonografia, hipertensão associada a insuficiência renal e necessidade de mais de três medicamentos para controlar a pressão arterial. O diagnóstico é confirmado por angiotomografia ou angioresonância, pois fornecem informações da anatomia das lesões e permitem definir a melhor conduta. O tratamento intervencionista é a melhor opção, seja por angioplastia, que apresenta alto risco de recidiva a longo prazo, ou por revascularização, quando angioplastia não é tecnicamente possível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 62 anos, apresenta história de hipertensão arterial sem controle efetivo há cerca de 7 anos, mesmo com uso de quatro medicamentos anti-hipertensivos em dose máxima: clortalidona, hidralazina, anlodipino e enalapril. O paciente realizou angioresonância magnética, a qual demonstrou achados de estenose suboclusiva bilateral de artérias renais e ilíacas. Foi então solicitada arteriografia de aorta abdominal, artérias renais, ilíacas e dos membros inferiores, cujos achados foram: diminuição do calibre na porção distal da aorta abdominal e artéria ilíaca comum esquerda com estenose de 50% na sua origem, já no tocante à perfusão renal, foi encontrada estenose bilateral das artérias renais, sendo de 80% em terço médio na esquerda, com sinais de nefropatia crônica deste rim, e 60% em terço proximal na direita. O paciente foi, então, submetido ao implante de stent de 6 milímetros de diâmetro para resolução da estenose da artéria renal direita, sendo bem sucedido. Posteriormente, foi submetido ao implante de outro stent de 6 milímetros de diâmetro na artéria renal esquerda, com resolução da estenose.</p> <p>DISCUSSÃO: A HR corresponde a 5% das causas de hipertensão secundária na população geral, logo pode cursar com evolução arrastada da patologia sem o diagnóstico preciso definido, assim o reconhecimento oportuno é de grande importância prognóstica, já que possui potencial de melhora importante com terapêutica precoce, assim como risco de complicações irreversíveis.</p>	<p>RELATO DE CASO: RESSECÇÃO DE CARCINOMA SEBACEO EM PALPEBRA INFERIOR COM PRESERVAÇÃO DO GLOBO OCULAR</p> <p>Mayara Rios Camardella da Silveira, Breno Wellington Mesquita Silveira, Kevyn Alisson Nascimento Gurgel, Patrick Castelo Branco Ramada Campos, Giovanni Lucas da Silva Gonçalves, Ana Elisa Biesek Leite, Irapuan Teles de Araújo Filho, Annya Costa Araújo de Macedo Goes</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma sebáceo corresponde a 1.0% a 5.5% de todas as malignidades palpebrais. O retardo em seu diagnóstico, devido principalmente à dificuldade de diferenciação de outras lesões de pele, frequentemente resulta em tratamentos cirúrgicos agressivos. O caso relatado refere-se a um carcinoma sebáceo em pálpebra, submetido a exérese do tumor e posterior reconstrução palpebral.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 75 anos, diabético e sem histórico familiar de câncer, relata que há cerca de 2 anos houve o surgimento, com contínuo crescimento, de uma nodulação na pálpebra inferior esquerda, associada a dor local e dificuldade de abertura ocular. Ao exame físico ambulatorial apresentava lesão de aspecto granulomatoso com áreas que lembravam exulceração no tarso e conjuntiva palpebral adjacente, com aproximadamente 0,5 cm de diâmetro. Realizou-se, então, duas biópsias incisionais, uma em janeiro de 2018, cujo o anatomopatológico foi compatível com ceratose actínica, e outra em maio do mesmo ano, cujo o resultado foi compatível com carcinoma sebáceo e confirmado por imunohistoquímica. Foi submetido a estadiamento radiológico com ressonância magnética que evidenciou formação nodular heterogênea com contornos parcialmente definidos medindo 2,2 x 2,3 x 1,7 cm, com topografia da metade lateral da pálpebra esquerda estendendo-se posteriormente para a região pós-septal, em íntimo contato com a superfície anterolateral do globo ocular. Em novembro, o paciente foi submetido a exérese do tumor através da ressecção quase total da pálpebra inferior esquerda, incluindo tarso, parte do conteúdo orbitário e musculatura orbicular, preservando-se o globo ocular. No mesmo tempo cirúrgico foi submetido à reconstrução palpebral utilizando-se enxerto autólogo muco-cartilaginoso do septo nasal e retalho de Mustardé. Paciente seguiu em recuperação tendo alta ao terceiro dia, sem complicações pós-operatórias e com bom resultado funcional e estético. O resultado anatomopatológico final confirmou tratar-se de ressecção de carcinoma sebáceo com margens exígua na sua borda conjuntival. Diante deste resultado paciente foi encaminhado para avaliação com a radioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma sebáceo constitui uma condição rara e devido ao seu crescimento lento e sua semelhança com condições benignas, como blefarocconjuntivite e calázio, costuma ter seu diagnóstico atrasado, o que contribui para o avanço desse agressivo tumor que, em 41% dos casos, está associado com metástase. O tratamento cirúrgico torna-se mais agressivo à medida que o tumor avança, comumente chegando a ser necessário o procedimento de exenteração orbitária. O caso relatado, além de evidenciar a importância de um diagnóstico acurado, demonstra a possibilidade de um tratamento eficaz com menor agressividade cirúrgica e, ainda, a preservação do globo ocular.</p>
<p>PO 114-1</p> <p>WALLED-OFF NECROSIS COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO E ISQUEMIA INTESTINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Thais Lemos da Costa Dias, Alessandra Helena Gonsalves de Andrade, Karen Monteiro dos Santos, Ronald Reverdito</p> <p><i>Santa Casa de Campo Grande - Campo Grande - Mato Grosso do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda pode evoluir para necrose pancreática ou peripancreática em quase 20% dos pacientes. A formação de uma cápsula fibrótica ao redor do tecido necrótico denota uma progressão para necrose pancreática delimitada (NPD) ou "walled-off pancreatic necrosis" (WOPN) que costuma ocorrer após quatro semanas do quadro inicial.</p> <p>RELATO DE CASO: D.S.R.J., 55 anos, masculino. Dor abdominal em flanco direito há dois dias, tipo cólica, de média intensidade, aumento do volume abdominal, náuseas e vômitos biliosos. História prévia de pancreatite aguda grave, biliar, internação hospitalar prolongada e cirurgias prévias de colecistectomia convencional e necrosectomia pancreática corpo-caudal com esplenectomia há dois anos. A tomografia computadorizada (TC) de abdome da admissão apresentou dilatação de vias biliares por compressão extrínseca do colédoco, hidronefrose à direita por compressão uretral extrínseca e volumoso cisto abdominal de origem não definida. No 4º dia de internação hospitalar, ainda sob cuidados de outra equipe cirúrgica, realizada drenagem percutânea do cisto abdominal, com inserção de dreno pigtail, com drenagem de mais de dois litros por dia de conteúdo seroso acastanhado. Após cinco dias da drenagem, evoluiu com sintomas de obstrução intestinal, distensão abdominal importante, náuseas, vômitos de conteúdo entérico e parada de eliminação de flatos. TC de abdome deste dia evidenciando hérnia interna encarcerada com distensão de alças de delgado à montante. Indicada laparotomia exploradora de urgência pela nossa equipe cirúrgica, evidenciado "walled-off necrosis" com liquidação parcial do conteúdo, com estrangulamento de mesentério pelo cisto e isquemia de intestino delgado entre 125 a 130cm do ângulo de Treitz. Realizada ressecção da lesão cística e enterectomia segmentar com entero-entero anastomose termino-terminal.</p> <p>DISCUSSÃO: A WOPN não consta na classificação de Atlanta original, o termo foi oficialmente aceito em 2006 no meeting da American Gastroenterological Association. Erroneamente relatada como pseudocisto que, diferente da WOPN, não contém restos necróticos e geralmente é formado nos espaços peripancreáticos. O diagnóstico diferencial dessas duas entidades é importante para definição de prognóstico, mais favorável no pseudocisto e a conduta endoscópica ser mais facilmente realizada do que na WOPN. As indicações de tratamento são divergentes. Infecção evidente, crescimento progressivo, dor ou obstrução gástrica ou intestinal são aceitas como indicações de tratamento. Há diversas opções terapêuticas como drenagem percutânea, endoscópica, laparoscópica, necrosectomia cirúrgica ou técnicas mistas. Nesse caso foi optado por tratamento cirúrgico pela refratariedade a drenagem percutânea, grande dimensão da lesão e evolução para estrangulamento de alça de delgado, configurando urgência cirúrgica.</p>	<p>PO 114-2</p> <p>PRIAPISMO DE ALTO FLUXO: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Coêlho de Mélo Leite, Ana Paula Coêlho de Mélo Leite, Crislanny Regina Santos Silva, Tyssia Nogueira Lima, Mariana Albuquerque Luna, Carlos Alexandre de Albuquerque Maranhão, Laécio Leitão Batista, Antonio Vasconcelos Lima Filho</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O priapismo caracteriza-se pela ereção prolongada e persistente, não desencadeada por estímulo sexual. É classificado em isquêmico, tipo mais frequente, e não-isquêmico, mais raro, o qual destaca aumento do fluxo arterial na presença de retorno venoso preservado, levando ao aumento da pressão parcial de oxigênio no sangue presente nos corpos cavernosos. O diagnóstico pode ser realizado pela gasometria dos corpos cavernosos, que possui níveis semelhantes ao sangue arterial e sem acidose ou hipoxemia. Também pode ser detectado pela ultrassonografia peniana com Doppler evidenciando sinais de fístula arterio-cavernosa e aumento do fluxo nas artérias cavernosas. O tratamento de escolha é a embolização seletiva da artéria lesada, usando material não permanente, não sendo indicado esvaziamento e lavagem dos corpos cavernosos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 21 anos, apresentou entumescência do pênis e hematúria macroscópica após episódio de trauma perineal fechado em bicicleta. Foi realizada ultrassonografia após 10 horas do trauma, na qual foi evidenciado aumento das dimensões do corpo cavernoso direito, caracterizando lesão intracavernosa de 2,5 centímetros, com aumento do fluxo ao Doppler, bem como continuidade com a artéria cavernosa adjacente, e configurando assim a presença fístula arterio-cavernosa. A conduta adotada foi realizar arteriografia para localizar a fístula e embolização da artéria bulbar direita com micro-mola de 2x2 milímetros e 0,2 mililitros de histoacryl, obtendo completa oclusão da fístula e sucesso terapêutico.</p> <p>DISCUSSÃO: O priapismo de alto fluxo é uma patologia rara, e seu diagnóstico preciso e tratamento rápido e resolutivo é crucial para a integridade do paciente, já que com o atraso na instituição da terapêutica, pode ocorrer complicações, como fibrose precoce e disfunção da musculatura lisa, levando os pacientes à condição de disfunção erétil permanente.</p>

PO 115-1	PO 115-2
<p>FISTULA COLECISTOCUTANEA APOS COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE COLECISTITE CRONICA</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Carlúcio Cristino Primo Júnior, Luisa Freire Barcelos, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Pedro Henrique Nunes de Araújo, Vanessa Mohamed Rassi, Melissa Giovanucci</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As fístulas biliares podem ser internas – mais comuns e associadas com duodeno e cólon, ou externas – raras e comunicam vesícula biliar (VB) e pele. A Fístula Colecistocutânea (FCC) é uma complicação rara da colecistite (CC) calculosa. Entretanto, há relatos associado-a com CC acalculosa e carcinoma de VB. Ela se dá pelo aumento da pressão na VB secundária à obstrução do ducto cístico, com redução do suprimento sanguíneo e subsequente necrose e perfuração. Possui alta morbimortalidade. Este trabalho visa relatar um caso de FCC após colecistostomia percutânea(CP) para tratamento de CC crônica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 67 anos, hipertenso, diabético. Referiu dor abdominal difusa, vômitos, queda do estado geral e febre há 90 dias. No Pronto Socorro, apresentou leucocitose, alteração de enzimas hepáticas sem aumento de bilirrubina. TC evidenciou VB repleta, de paredes espessas e bloqueio de alças perivesicular. Realizou-se CP e uso de ciprofloxacino e metronidazol. Com melhora do quadro infeccioso, recebeu alta. Após 30 dias, houve saída de secreção biliar e cálculos pelo orifício da punção. Em hospital terciário, negou sintomas coléctáticos/febre. USG evidenciou VB com cálculos, paredes espessas, sem massas abdominais inespecíficas. Foi indicada colecistectomia (CT). Durante CT aberta, foram observados subcutâneo inflamado com bolsas de líquido biliar, bloqueio de omento/alças intestinais em região perivesicular/vesicular e inflamação intensa. CT foi realizada sem intercorrências, com lavagem do subcutâneo. Foi deixado dreno túbulo-laminar e mantidos os antibióticos(ATB). Houve deiscência de sutura de pele. Foram feitos lavagens e curativos diários com resolução do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso relatado, a FCC decorre de processo inflamatório crônico prévio e da não resolução da CC, facilitada pela descontinuidade da pele/subcutâneo pós-CP e por fatores sistêmicos subjacentes que retardam a cicatrização: idade avançada, hipertensão e diabetes. O quadro clínico abrange dor abdominal, abaulamento ou a própria comunicação externa com extravasamento de conteúdo biliar. A USG e TC são os meios diagnósticos de eleição. O tratamento é realizado com ATB de amplo espectro. Após melhora do quadro, faz-se a CT com reestabelecimento do trajeto fisiológico das vias biliares. A CP é utilizada como tratamento temporário da CC em pacientes graves, até obterem condições clínicas para CT. Porém, vários estudos relatam eficácia da CP como tratamento definitivo, gerando controvérsias sobre a necessidade de CT subsequente. É uma opção para pacientes com alto risco cirúrgico e más condições clínicas. Possui vantagens como a redução dos custos e dos riscos relacionados a uma cirurgia. Mas, não evita a recorrência da CC. Apesar de ser rara, a alta taxa de morbimortalidade pela FCC requer diagnóstico e intervenção precoces. É possível considerar a CP como tratamento definitivo de CC em casos selecionados, mas a má resolução do quadro infeccioso e a recorrência são fatores de risco importantes para FCC.</p>	<p>RUPTURA ESPONTANEA DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLENICA: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Amanda de Lima Rodrigues, Camila Rodrigues de Oliveira Galhardo, Antônio Rêgo Clemente de Jesus, Rodrigo Costa Ferreira, Bruno de Oliveira Araújo Sousa</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - Palmas - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurisma de artéria esplênica (AAE) é o terceiro tipo mais comum de aneurisma intra-abdominal. São em geral assintomáticos, sendo que em 25% dos casos os sintomas ocorrem somente após ruptura, levando a mortalidade de 8,5%. AAE são mais comuns em mulheres, na proporção de 4:1, porém a ruptura é mais frequente em homens. A apresentação como abdome agudo torna essa entidade um diagnóstico diferencial de importância para o cirurgião geral no serviço de urgência e emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 49 anos, masculino, deu entrada no Hospital Geral de Palmas relatando dor abdominal difusa intensa, há 3 horas, em pontada, início súbito durante esforço miccional, associada a turvação visual, sudorese profusa e astenia. Sem história de trauma recente. Alterados ao exame físico: dor à palpação abdominal em hipocôndrio e fossa ilíaca esquerdos. Exame laboratorial de entrada: hemoglobina (Hb) 11,7 g/dL, hematócrito (Ht) 35,6%. Evoluiu com melhora de sintomas após analgesia e estavel por cerca de 12 horas. Após o período, iniciou novo quadro de dor súbita, sudorese profusa e hipotensão postural. Ao exame físico, regular estado geral, normotenso, hipocorado, desidratado, acianótico, taquicárdico, abdome distendido e tenso, descompressão brusca dolorosa difusamente; Hb 7,7 g/dL, Ht 23,7%. À tomografia computadorizada de abdome: presença de líquido livre e massa heterogênea periesplênica sugestiva de coágulo. Foi submetido à laparotomia exploradora. No intra operatório, foi observado AAE roto, realizado esplenectomia e drenagem da cavidade. Recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-operatório. Estudo histopatológico revelou formação pardo acinzentada e firme elástica no hilo esplênico com dimensões de 5,2 x 3,5 x 2 cm.</p> <p>DISCUSSÃO: AAE corresponde a 60% de todos os casos de aneurismas viscerais, acometendo mais mulheres que homens, sendo a ruptura mais comum nesses. No relato temos um paciente masculino. Geralmente assintomáticos, a ruptura ocorre em 25% dos casos, com mortalidade de 8,5%. Nosso paciente deu entrada com um quadro de dor abdominal súbita, sem sintomas prévios. Os AAE podem se apresentar também como hemorragia digestiva. Considerando sua etiologia e fatores predisponentes, não foi identificado na história do paciente comorbidade ou trauma que justificassem seu diagnóstico. A ruptura de um AAE pode ocorrer como um evento abrupto e único levando o paciente rapidamente ao choque hipovolêmico, entretanto também pode ocorrer como uma dupla ruptura. Dessa forma, decorre um período maior entre o evento inicial e o colapso circulatório, assim como descrito no caso, no qual o paciente se manteve estável hemodinamicamente por mais de 12 horas após o que acreditamos ter sido o momento da ruptura. A AAE roto é importante diagnóstico diferencial a ser considerado em pacientes que apresentem dor abdominal aguda associada à choque hipovolêmico. A alta mortalidade eleva a responsabilidade do cirurgião em reconhecer os sinais e indicar o tratamento adequado em tempo hábil.</p>
<p>PO 115-3</p> <p>MANEJO DA DEFORMIDADE AURICULAR DE STAHL: UM RELATO DE CASO</p> <p>João Maximiliano, Antônio Carlos Pinto Oliveira, Leonardo Milanesi Possamai, João Bombardelli, Marcus Vinicius Martins Collares, Thais Lins Soares Leite</p> <p><i>Hospital de Clínicas de Porto Alegre - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A deformidade auricular de Stahl é uma má formação rara, caracterizada por hipoplasia da raiz da anti-hélice com o alargamento de sua base e uma terceira raiz da anti-hélice conectando-a à parte posterior da hélice, deformando a porção posterosuperior do pavilhão auditivo. A correção cirúrgica é o tratamento definitivo, porém, pela diversidade de apresentações clínicas, não há uma técnica padrão para todos os casos. O método descrito neste relato é mais uma opção de tratamento e consiste na ressecção da terceira cruz e confecção da raiz superior da anti-hélice.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, branco, 18 anos, apresentando deformidade auricular de Stahl bilateral. Submetido à correção cirúrgica, realizando a infiltração das incisões com ropivacaína 0,75% e adrenalina, numa proporção 1:100.000. Realizado acesso retroauricular na transição concha-anti-hélice com descolamento para região anterior, possibilitando o desenlramento da orelha e exposição da terceira cruz. Realizada ressecção da terceira cruz com aproximação primária do defeito. Para confecção da raiz superior da anti-hélice, foi realizado enfraquecimento anterior da cartilagem com raspagem metálica e pontos de Mustardê com mononylon 4.0. Redefiniu-se contorno uniforme da hélice com enfraquecimento posterior da cartilagem com lâmina de bisturi 15 e pontos em X para eversão, com mononylon 4.0. Realizado fechamento da incisão posterior em barra grega com mononylon 4.0. Curativo com gaze e neomicina nas incisões e capacete com ataduras estereis e apósito mantido por 48 horas. Mesmo procedimento realizado em ambas orelhas. O resultado cirúrgico é demonstrado em pós-operatório tardio, no qual percebe-se pouca alteração de tamanho da orelha associada à ausência da terceira cruz, e hélice e raiz superior de anti-hélice presentes.</p> <p>DISCUSSÃO: Alterações congênitas auriculares são definidas como malformações ou deformidades. Estas são caracterizadas por apresentar um componente condrocitâneo normal, mas com arquitetura anormal, divididas como constritas, proeminentes e deformidade de Stahl. Diversas técnicas para a correção cirúrgica desta afecção foram descritas, variando desde zetaplastia para realinhamento da terceira raiz, ressecção em cunha da cartilagem e enxertia local após sua reversão a procedimentos mais complexos, como realização de retalho periosteal do osso temporal para sustentação auricular. Há relatos de tratamento não operatório com talas utilizadas para moldar o pavilhão auricular com resultados satisfatórios se realizados no período neonatal. Variedades se justificam, pois existem graus diferentes de apresentação clínica da deformidade, portanto, seria difícil conseguir resultados consistentes com uma técnica cirúrgica padrão. Atualmente, modificações da técnica de Chongchet são as mais utilizadas para o tratamento. A deformidade auricular de Stahl é uma malformação rara, que pode trazer estigmatização ao paciente quando inserido no meio social. Descreve-se mais uma alternativa para tratamento satisfatório.</p>	<p>PO 116-1</p> <p>ILEO BILIAR – UM RELATO DE CASO</p> <p>ISADORA Leonel Paiva, Eric Lima Mendonça Nascimento, Francielly Marques Leite, Marcelo Alencar Fonsêca, Jessica Souza Ferro, Daniella Daniella Mena, Albiton Albiton Borges, Rodrigo Oliveira Fernandes</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal e determina de 1 a 4% de todas as obstruções intestinais. Trata-se de uma emergência cirúrgica que acomete quase que exclusivamente pacientes idosos, tendo um pico de incidência entre 65 e 75 anos, com predominância do sexo feminino. Este trabalho, relata um caso de uma paciente portadora de cálculo da vesícula, sintomática, que apresentou quadro de obstrução intestinal por íleo biliar bem como a discussão do caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 75 anos, sabidamente portadora de colelitíase há 5 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal difusa há 5 dias com irradiação a hipocôndrio direito, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Ao exame físico mostrava-se discretamente hipocorada, taquipnéica, levemente taquicárdica e normotensa. Abdome difusamente doloroso à palpação, com redução dos ruídos hidroaéreos e descompressão brusca dolorosa presente, com timpanismo à percussão, sem sinais de irritação peritoneal. Neste período admissional, a paciente evoluiu com sinais de abdome agudo obstrutivo. Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, foi realizada tomografia de abdome total com contraste que mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrio além da presença de contraste nas vias biliares e na vesícula, caracterizando a existência de uma fístula biliar com o duodeno e imagem de falha de enchimento arredondada em região da transição jejuno-ileal compatível com íleo biliar. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora com acesso mediano, que evidenciou obstrução de intestino delgado devido a cálculo biliar de cerca de 3 cm de diâmetro à aproximadamente 90 cm da válvula ileocecal causando dilatação à montante de delgado até o ângulo de Treitz, além de um bloqueio ao redor da vesícula biliar. Optou-se pela realização de enterotomia com retirada de dois cálculos, com cerclagem pilórica e gastroenteroanastomose a 40 cm do ângulo de Treitz com corpo gástrico. A enterorrafia foi realizada em rafia primária de orifício fistuloso de duodeno além colecistectomia à Torek. No transoperatório, foi passada sonda nasotérica com função alimentar pela alça distal da gastroenteroanastomose para alimentação precoce. A paciente apresentou evolução satisfatória no decorrer da internação tendo previsão alta hospitalar no 35º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O íleo biliar é uma complicação rara da colecistite, que pode cursar com um quadro de obstrução intestinal mecânica que, se não tratada a tempo, pode cursar com altos índices de morbidade e mortalidade. O conhecimento prévio é de suma importância pois, o tipo de tratamento cirúrgico e sua abordagem com colecistectomia e correção das fístulas ou não dependerão de vários fatores, entre eles da experiência do cirurgião, do tipo de suporte oferecido no local de atendimento e, principalmente, do estado geral do paciente.</p>

PO 116-2	PO 116-3
<p>PSEUDOANEURISMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO APOS CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA, COM RECONSTRUÇÃO DE CIRCULAÇÃO COM VEIA AUTOLOGA, EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA NO NORTE DO PAIS.</p> <p>Eric Oliveira Soares Junior, Dórica Pereira Martins, Camila Fecury Cerqueira, Anna Carolina Pereira Gomes, Laís Rocha Brasil, Addressa Borges Brito, Juliane Lopes Nascimento, Camila Monteiro Rocha</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula arteriovenosa é uma anastomose realizada entre uma artéria, geralmente de baixo calibre, e uma veia superficial e de similar tamanho, com o objetivo de gerar uma dilatação nesta com um fluxo suficiente para à realização de hemodiálise nos pacientes portadores de doença renal crônica. A técnica, porém, possui algumas complicações e o pseudoaneurisma, apesar de não ser comum é uma delas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.N.T., 43 anos, portador de doença renal crônica de longa data, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína para realização de uma cirurgia eletiva de confecção de fistula arteriovenosa (FAV) em membro superior direito. Durante o procedimento foram escolhidas a artéria braquial e a veia basilica para a realização da FAV, ocorrendo tudo bem no tempo cirúrgico o paciente fora encaminhado para o leito recebendo alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório (DPO) com a fistula funcionante e sem edema ou sinais de flogose no membro. O paciente retornou no 15º DPO, relatando que no 13º DPO à noite, começara a apresentar dor sem sinais de melhora e concomitante a isto, o aparecimento de um pulso visível e uma equimose que a priori eram pequenos mas que aumentaram consideravelmente em menos de 24h. Paciente fora novamente internada e foi submetida a uma cirurgia para a remoção da FAV. No ato cirúrgico foi constatado a presença de um pseudoaneurisma no local de junção da fistula, devido à dissecção provocada pelo rompimento do fio utilizado. Optou-se desse modo por uma cirurgia de revascularização do membro com a utilização de um ramo da veia basilica invertida. Seccionou-se então a área de aproximadamente 3cm da artéria braquial utilizada para a FAV e realizou-se sua revascularização com o ramo selecionado da veia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta hospitalar no 3ºDPO e sendo encaminhado para o ambulatório de cirurgia vascular para o seguimento do caso.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de não ser comum o pseudoaneurisma em FAV pode ser provocado devido a falha na técnica aplicada, ou ainda por conta da má qualidade e/ou seleção errada do material utilizado em sua confecção. Porém é possível reverter o quadro realizando uma revascularização do membro, sendo deste modo capaz de manter o membro da paciente ainda sadio e operante.</p>	<p>RETALHO DE AVANÇO V-Y E MÉDIO FRONTAL EM RECONSTRUÇÃO DE BASE DORSO NASAL PÓS EXERESE DE TUMOR POR CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS</p> <p>JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, LEANDRO SANTIAGO CEPEDA</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Por ser uma das estruturas nobres faciais proeminentes, o fechamento de defeitos nasais requer técnica bem acurada no que diz respeito a um bom resultado funcional estético, apresentando-se como um desafio à cirurgia dermatológica. A escolha de um método reconstitutivo é fundamental, existindo parâmetros cirúrgicos que se inter-relacionam de paciente a paciente, tais como a idade do paciente, o tamanho e localização do defeito.</p> <p>RELATO DE CASO: F.B.A, masculino, 57 anos, deu entrada no HU de Florianópolis – SC com CEC de progressão avançada em dorso base nasal; o mesmo foi submetido à exérese de tumor através de cirurgia micrográfica de MOHS no dia 11/02/19. F.B.A permaneceu internado por mais 5 dias para vitalidade de região excisada. Após o tempo, estando com área já delimitada e sem infecções secundárias, foi encaminhado para equipe da plástica, onde adotou-se reconstrução do dorso através do retalho médio frontal, seguido de retalho de avanço v-y de pedículo superior em região nasogeniana orbicular oral. Dentre 15 dias, estando o paciente orientado quanto à curativos diários, antibioticoterapia oral e evoluindo com boa vivacidade de retalho, foi realizado segundo tempo cirúrgico para autonomização de fragmento; onde optou-se por refinamento em contornos do pedículo do retalho frontal mediano para suporte circulatório adequado, correção de distorções pós-operatória, e, portanto, melhora do aspecto funcional e estético.</p> <p>DISCUSSÃO: Condizente à literatura, apesar da disponibilidade de outros métodos, o retalho médio-frontal ratifica-se como opção mais eficiente de resgate ao remodelamento funcional e estético, mostrando-se uma técnica adequada em restaurar o contorno, textura e convexidade nasal; a qual utiliza-se de pedículo vascular regional vigoroso baseado nas artérias supratrocleares e supraorbitais, assegurando vitalidade confiável ao retalho. Mesmo possibilitando uma reconstrução com mínima deformidade de área doadora, é importante ressaltar que o médio-frontal exige tempo cirúrgico de refinamento do retalho que distem mínimo 15 dias do primeiro.</p>
<p>PO 117-2</p> <p>BYPASS ILIACO- FEMORAL DIREITO COM PROTESE DE PTFE ANELADA: RELATO DE SALVAMENTO DE MEMBRO APOS TRES TENTATIVAS DE TRATAMENTO CIRURGICO EM PACIENTE COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFERICA</p> <p>Gabriel Reichert, Marilya Santos, Rayanne Oliveira, Ana Rafaella Viana, Fernanda Mendonça, Paulo Roberto Lima</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma condição aterosclerótica presente em cerca de 20% da população entre a quinta e a sétima década de vida. Os principais sítios acometidos são as artérias femorais e poplíteas. As manifestações clínicas dos pacientes sintomáticos de maior importância são a claudicação e a ausência de pulsos periféricos à palpação. Assim, objetiva-se relatar o caso de uma paciente com DAOP, submetida previamente a uma angioplastia do membro inferior direito (MID) com stent em artéria femoral comum e femoral à direita; um bypass femoro-femoral distal com veia safena reversa, ambos procedimentos sem êxito, sendo, portanto, necessário novas intervenções.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.R.M, 60 anos, parda, doméstica, casada, deu entrada em um hospital de João Pessoa, com queixa de dor ao caminhar e ferimento em pé direito há cerca de um ano. Fumante dos 18 aos 30 anos, hipertensa há 40 anos, diabética há 5 anos, sedentária. Os exames solicitados revelaram ITB do MID = 0,31 e ultrassonografia (USG) arterial do MID com artéria femoral comum e superficial com stent ocluído, artéria femoral profunda com estenose em seu óstio e artéria poplítea proximal ocluída. Foi realizado inicialmente reabertura do stent por trombectomia endovascular e angioplastia, porém sem sucesso. Posteriormente, foi realizado um bypass ilíaco externa-poplítea distal direito com prótese de politetrafluoretileno (PTFE) anelada 7 x 70 na paciente. Houve certa dificuldade durante a cirurgia devido à extensa presença de fibrose e aderências em toda a porção proximal da perna, fossa poplítea, face medial distal da coxa direita e região inguinal direita. A paciente retornou em aproximadamente um mês com queixas de dormência e às vezes choques em face lateral da coxa direita, com discreto edema. A USG revelou placas difusamente distribuídas com artéria femoral profunda, superficial e fibular com oclusão, com enxerto bem adaptado e sem pseudoaneurismas. ITB restabelecido a nível satisfatório (ITB = 1).</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da DAOP não ser uma condição rara, o manejo da paciente em questão demonstrou-se atípico, visto que ela já havia sido submetida a procedimentos reconhecidos como eficazes pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, porém, fez-se necessário uma quarta intervenção para melhorar o fluxo arterial da paciente, que demonstrou-se desafiadora para a equipe. A aterosclerose é a principal responsável ainda pela isquemia cardíaca e acidentes vasculares encefálicos, o que demonstra a importância de saber dominar várias técnicas terapêuticas, a fim de oferecer esperança e estabelecer bem estar ao paciente, não se limitando aos tratamentos convencionais. Devem-se discutir relatos como o do caso supracitado em busca de ampliar o debate acerca das opções terapêuticas que melhor se enquadram na realidade específica de cada paciente, melhorando sua qualidade de vida e evitando eventuais complicações. Palavras-chaves: Bypass, aterosclerose, DAOP.</p>	<p>PO 117-3</p> <p>USO DOS RETALHOS FRONTAL E NASOGENIANO NA RECONSTRUÇÃO COMPLEXA DE NARIZ E LABIO SUPERIOR: RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, JOÃO SARAIVA LINS NETO, FLAVIANA RIBEIRO COUTINHO DE MENDOÇA FURTADO, GABRIELA TRIGUEIRO LOPES RAMALHO, MARIA EDUARDA SERAFIM CRISPIM, PEDRO HENRIQUE CARNEIRO DA CUNHA FLORENCIO, ANTÔNIO DE ARACOELI LOPES RAMALHO, LIZANDRA ALVES DE ALMEIDA SILVA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O retalho interpolado do sulco nasogeniano (RISN) é retalho essencial em reconstrução nasal. A pele da área doadora (bochecha medial) é muito semelhante à da asa nasal. Suas principais indicações são defeitos extensos e profundos da asa nasal e, menos frequentemente, pequenos defeitos da porção inferior da ponta nasal e columela. Treinamento adequado, boa técnica cirúrgica e planejamento cauteloso são necessários para atingir ótimos resultados. Além disso, o retalho frontal é adequado por diversos fatores, como sua segurança, quantidade de pele obtida, e semelhança de cor, textura e espessura cutâneas. A expansão prévia desse retalho permite superar sua maior limitação, o comprimento, disponibilizando material suficiente para confecção de columela longa, asas da narina e cobertura de grandes defeitos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 60 anos, com quadro de carcinoma basocelular comprometendo a região da asa nasal esquerda e lábio superior foi submetida a ressecção ampla e biópsia de congelação que revelou limites cirúrgicos livres de lesão. Foi confeccionado um retalho frontal baseado na artéria supra troclear direita com sua ponta dobrada sobre si mesmo para a reconstrução do forro e da asa nasal. Na mesma ocasião confeccionamos um retalho nasogeniano de avanço em VY e pedículo randomizado. No segundo tempo cirúrgico, realizado um mês após, foi seccionado o pedículo do retalho frontal, e refinada a asa nasal. O retalho frontal tem seu pedículo baseado na artéria supratroclear, ramo da artéria oftálmica, que tem seu trajeto a cerca de 1,5cm da cauda interna da sobrancelha, devendo ser desenhado o seu pedículo na região glabellar, de forma que o vaso esteja no centro do pedículo. Quando pretendemos realizar o retalho com a ponta dobrada, deixamos-a o mais fina possível para que não haja acúmulo de tecido no introito nasal, local onde será realizada a sutura.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato tem o intuito de demonstrar a versatilidade dos retalhos frontais e nasogenianos nas reconstruções da face, podendo ser utilizada na reconstrução de estruturas específicas como lábio superior, nariz e forro nasal. Neste caso mostramos a utilização desses retalhos em paciente portadora de carcinoma basocelular na face. É uma técnica de complexa execução, porém a melhor escolha do ponto de vista estético e funcional.</p>

PO 118-2	PO 118-3
<p>ERISPELA GRAVE</p> <p>Carlos Roberto Lima Filho, Ademário Cardoso Neto, Adolfo Araújo Neto, Moana Bastos Cavalcante, Victória Suarez Maia, Murilo Pereira Cappellesso, Lucas Lodi Espírito Santo, Thiago Melo Espírito Santo</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A erisipela é causada exclusivamente pelo <i>S. pyogenes</i>, sendo caracterizada pelo início abrupto de um edema rubro e brilhante na face ou extremidades. Apresenta margens bem definidas, especialmente ao longo da prega nasolabial, erupção cutânea escarlate ou vermelho-salmão, rápida progressão e dor intensa. Bolhas flicáidas podem desenvolver-se durante o Segundo ou terceiro dia, porém é rara a extensão para os tecidos moles mais profundos. Erisipela geralmente ascendente em forma de bota e necessita de um orifício de entrada, já a celulite não possui margens definidas e não é necessariamente ascendente. Em mais de 80% dos casos situa-se nos membros inferiores e são fatores predisponentes a existência de solução de continuidade na pele, o linfedema crônico e a obesidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente V.M.R, atendida no ambulatório de cirurgia vascular com história de aproximadamente 10 dias de lesão, sem tratamento em membro inferior direito, encaminhada para a emergência do Hospital do Oeste, em Barreiras-BA, submetida a debridamento cirúrgico para retirada de tecido necrótico e curativo diário, associado a antibiótico terapia com ceftriaxone 2g/dia e clindamicina 600mg de 8/8h endovenosa. Paciente evoluiu bem, recebendo alta após 21 dias de internação hospitalar com prescrição de curativo com gases vaselinadas para casa.</p> <p>DISCUSSÃO: Compreende-se que a erisipela é uma doença infecciosa da pele em que as bactérias penetram na pele através de pequenos ferimentos e produzem muitas toxinas que são rapidamente absorvidas. Dessa forma, a demora no tratamento pode levar a casos mais graves, sendo necessárias mudanças no tratamento. Em casos mais complexos e demorados, além do tratamento medicamentoso endovenoso, a cirurgia será indicada devido a ocorrência de necrose, abscesso ou gangrena, na qual há tecido desvitalizado que precisa ser retirado. As pessoas mais sujeitas a esses quadros graves são os imunodeprimidos, a qual a doença evolui mais rapidamente.</p>	<p>RETALHO MÉDIO FRONTAL PARA RECONSTRUÇÃO DE DOMUS NASAL PÓS MORDIDA DE PIT BULL: UM RELATO DE CASO</p> <p>JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, CARLO MOGNON MATEIELLO, CELTO PEDRO DALLA VECCHIA JUNIOR, LEANDRO SANTIAGO CEPEDA, NATALIA BIANCHA, RAFAEL GADENS, JORGE BINS ELY</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nariz, por ser uma das estruturas faciais mais proeminentes levanta complexos problemas reconstrutivos na cirurgia dermatológica, considerando que as perdas incluem estruturas extracutâneas, como músculo, cartilagem, mucosa endonasal, e eventualmente, osso. A ponta nasal é uma região muito delicada devido à elasticidade limitada da pele que a recobre, por isso, a adoção de técnica bem acurada é imprescindível. No caso abordado, utilizaram-se dois tipos de retalho cutâneo: a princípio, o retalho randomizado de Rintala e, posteriormente, o de defeitos complexos nasais: médio frontal.</p> <p>RELATO DE CASO: M.S.A., 63 anos, feminino, tabagista crônica, procedente de Florianópolis-SC, deu entrada no HU no dia 23/03/2018 após mordida de Pitbull no domus nasal e cartilagens alares. Foi manejada com sabão degermante e soro fisiológico 0,9% sobre a lesão, vacina antitetânica e antibioticoterapia com Amoxicilina e Clavulanato. Após utilização de curativos por 3 dias para redução de contagem bacteriana, no dia 26/03/2018, foi optado: realização de retalho de Rintala e pontos de reposicionamento da cartilagem alar esquerda e septal para reestruturação do defeito primário no domus. Por consistir em um retalho de avanço randomizado não baseado em artéria específica necrosou no 1º dia P.O. Após 7 dias, área da necrose já delimitada e sem infecções secundárias, fez-se o desbridamento, para, então, submetê-la à novo procedimento: retalho médio frontal, no qual eleva-se o tecido da linha média com pedículo supratrocleares; sendo a base do corte delimitada a partir da sobrancelha até a linha de implantação capilar. M.S.A permaneceu durante mais 3 dias internada com excelente viabilidade do retalho. Após 14 dias encerrou-se antibioticoterapia e recebeu alta com orientações de curativos diários, suspensão de tabagismo e marcado plano de segundo tempo cirúrgico em 30 dias para período de autonomização do retalho.</p> <p>DISCUSSÃO: O tamanho extenso de retalho com base de pedículo estreito associado a condição de tabagista crônica foi o fator preponderante indutivo da necrose em porção distal. Evidenciou-se, assim a indispensabilidade de preservação das artérias supratrocleares no transoperatório do primeiro retalho, uma vez que o médio frontal torna-se uma opção de resgate em casos de perda do fragmento previamente planejado e só é viável tendo em pauta a preservação deste pedículo sob qualquer circunstância de procedimento realizado.</p>
<p>PO 119-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO NASAL APOS TRAUMA POR ARMA BRANCA: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO, ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO, LAINE RIBEIRO ANTONELLI, ANDRESSA RIBEIRO DA COSTA, LAUANA VANESSA DOS SANTOS MAURICIO</p> <p><i>PUC GOIÁS - G - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A violência no Brasil é um grave problema social e, também, de saúde pública. Dentre as agressões, a arma de fogo e arma branca destacam-se como os instrumentos mais utilizados. MacKenzie 2000., aponta que lesões da cabeça e face podem representar 50% de todas as mortes por trauma. São casos de alta complexidade de tratamento e geram consequências funcionais e emocionais às vítimas. No Brasil, há maior incidência no sexo masculino e a faixa etária mais suscetível a ferimentos por arma branca (FAB) ocorre entre 15 e 35 anos. No entanto, o crescente número de mulheres vítimas de traumas faciais é evidente. A literatura aponta que a mandíbula é o osso mais acometido, seguido dos ossos do complexo zigomático. Vários fatores estão envolvidos nas lesões faciais, como: natureza, forma e tamanho do objeto, direção e intensidade do trauma e região acometida. O atendimento às vítimas de traumas faciais envolve as especialidades de trauma, oftalmologia, cirurgia plástica, maxilofacial e neurocirurgia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 42 anos foi submetida à cirurgia de reconstrução de face por trauma extenso por FAB no Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II (Porto Velho-RO). Foram identificadas lesões no supercílio direito, pálpebra direita, nariz (columela, asa nasal esquerda e septo nasal) e musculatura da região malar, decorrentes de amputação quase total (AQT) por FAB de origem crânio-caudal. Foi realizada assepsia e antisepsia, lavagem exaustiva da região e anestesia geral. Após revisão da hemostasia, verificou-se que grande parte das artérias haviam sido lesionadas, com exceção da artéria da asa nasal esquerda (AANE). Retalho composto por septo nasal, musculatura e pele, vascularizado apenas pela AANE, foi reposicionado e foi realizada síntese por planos utilizando fios monocryl e nylon.</p> <p>DISCUSSÃO: A reconstrução da pirâmide nasal após AQT compreende um desafio para cirurgia reconstrutiva facial. A vascularização do retalho é essencial para a redução do risco de infecções e de sequelas cicatriciais e a confecção de anastomose arterial é essencial em regiões amputadas quando estas representam grandes áreas (acima de 1 cm além do leito vascular). No entanto, o restabelecimento da vascularização é de difícil execução devido ao pequeno diâmetro e fragilidade dos vasos, bem como à frequente laceração dos vasos elegíveis no processo do trauma. As principais artérias elegíveis são as artérias nasais lateral e dorsal, artéria supratroclear, artéria angular e artéria labial superior. Diferentes técnicas têm sido descritas para revascularização: fistulas arteriovenosas, repetidas picadas de agulhas, injeções ou abrasão com heparina. Casos semelhantes ao reportado nesse trabalho foram descritos na literatura. Larsson et al. e Stillaert et al. publicaram relatos de reconstrução de lábio e nariz utilizando também uma única artéria, com resultados satisfatórios. No entanto, os autores fizeram uso de técnicas com uso de sanguessugas, diferindo do caso aqui relatado.</p>	<p>PO 120-2</p> <p>ANOMALIA CONGÊNITA DA CORONÁRIA DIAGNOSTICO E TRATAMENTO: RELATO DE CASO</p> <p>Carolline Damas Oliveira, Gabriella fernandes trindade, Angélica Souza Duarte, Silas Fernandes Cunha Junior, Ellen Cristine Pacheco Ramos, Alessandra Teixeira Quadros Lopes, Anderson Rodrigues Oliveira</p> <p><i>Uniceplac - GAMA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As anomalias das artérias coronárias (AAC) são alterações congênicas ao nível da origem, trajeto e estrutura das artérias coronárias epicárdicas. Anomalia congênita de coronárias é rara, com incidência entre 0,3 a 1,6%. A apresentação clínica em adultos pode ser como: angina, arritmias, síncope, IAM (infarto agudo do miocárdio) ou morte súbita. O manejo objetiva reduzir iatrogenia, melhorar a qualidade de vida e reduzir morbimortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: AATQ, 66 anos, feminino, aposentada, procurou o pronto-atendimento com história de dor torácica (DT), tipo queimação, de forte intensidade (9/10), com irradiação para membro superior esquerdo e duração superior a 30 minutos. Refere a ocorrência de episódio semelhante de DT, há 11 meses, cujo tratamento fora conservador. À admissão do quadro atual, o eletrocardiograma e os marcadores de necrose miocárdica mostraram-se dentro da normalidade, descartando o IAM. Diante da gravidade do caso solicitou a realização de uma cineangiogramia, a qual evidenciou: artéria coronária direita com origem anômala no seio de valvasa esquerdo e coronariopatia, com discreto comprometimento aterosclerótico da artéria circunflexa. Permaneceu hospitalizada por três dias, sem intercorrências e alta hospitalar em boas condições clínicas. Segue com terapêutica anti-ischêmica otimizada, sem queixas. Investigação de isquemia miocárdica: se presente, a paciente pode ser orientada para revascularização miocárdica.</p> <p>DISCUSSÃO: As anomalias congênicas incluem vários grupos de malformações que estão relacionadas com a morbidade e mortalidade prematura. São classificadas em: anomalias de origem e de trajeto; anomalias intrínsecas ou anomalias de terminação. A maioria dos portadores de AAC são assintomáticos e o diagnóstico é feito, incidentalmente, durante um cateterismo ou angiogramia de coronárias. O seu significado clínico depende de várias variáveis, entre elas, a sua origem, o trajeto, e a quantidade de miocárdio perfundido. Os sintomas, quando presentes, podem manifestar-se como dispnéia, IAM, arritmias complexas e morte súbita. Na maioria das vezes, há suspeita devido à presença de sopros contínuos. No diagnóstico desta entidade, os exames de imagem são imprescindíveis, podemos usar as seguintes ferramentas: ecocardiografiatransesofágica, angiografia, angiogramia computadorizada, ressonância magnética. O diagnóstico é fundamental para o tratamento dirigido, o qual pode ser empreendido através do uso de medicamentos, de angioplastia com o implante de endopróteses ou tratamento cirúrgico. A revascularização cirúrgica constitui uma possibilidade com bons resultados, a longo prazo, os quais poderão ser evidenciados, no pós-operatório, através de prova de esforço que não evidencie mais isquemia miocárdica. Diante disso, as anomalias congênicas são raras, mas letais, caso não sejam, precocemente, diagnosticadas e tratadas.</p>

PO 121-1	PO 121-2
<p>TUMOR DE FRANTZ</p> <p>lasmim Cristina Mendes Gomes, Natália Miranda Gava, Luciana Rizzo Cretton, Matheus Coutinho, Pedro Guerra, Ricardo Vasconcelos</p> <p><i>UFRJ-Macaé - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor sólido pseudopapilar de pâncreas (TSP), ou tumor de Frantz, é um tumor epitelial raro e de origem desconhecida, com potencial de malignidade incerto, porém, com evolução e prognóstico bons e elevada taxa de cura. Prevalente em mulheres jovens. O objetivo é relatar a experiência de diagnóstico e manejo da patologia em questão no Hospital Público Municipal de Macaé - RJ.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 30 anos, negra, obesa, admitida no HPM com queixa de prurido, náuseas, diarreia, colúria, acolia fecal, inapetência e perda ponderal de 8 kg há 30 dias, sem vômitos ou febre. Refere dor em hipocôndrio direito e epigástrico, leve e intermitente, em pontada, que se intensificara no dia anterior à admissão. Negativa patologias prévias. Ictérica 4+/4+, massa em epigástrico dolorosa à palpação. Hiperbilirrubinemia às custas de direta e sorologias não reagentes. Ultrassom e tomografia de abdome indicaram lesão cística em cabeça de pâncreas e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Submetida à CPRE com passagem de prótese biliar devido estenose dos terços médio e distal do hepatocolédoco. A ressonância magnética auxiliou na caracterização da massa e no planejamento cirúrgico. Foi realizada ressecção cirúrgica pela técnica de Whipple, que evidenciou tumor em cabeça de pâncreas em íntima relação com duodeno, sem invasão vascular, ausência de líquido livre em cavidade ou implantes. Reconstrução com anastomoses em Y de Roux. O anatomopatológico indicou lesão cística pancreática friável, parede fibrosa densa com áreas papilíferas atípicas, respeitando as margens de ressecção, com zonas de fibrose, hemorragia e necrose. A imuno-histoquímica confirmou o diagnóstico, com expressão dos marcadores beta-catenina e CD10, característicos de Tumor de Frantz.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões císticas de pâncreas formam um grupo heterogêneo, sendo menos de 10% TSPs. O nome faz menção à histologia do tumor: formações císticas, pseudopapilíferas com áreas de hemorragia e necrose, alternadas com regiões sólidas. É encapsulado e bem delimitado, com baixo grau de transformação maligna, bom prognóstico e possibilidade de cura, sendo rara a invasão de tecidos adjacentes. Metástases ocorrem em até 15% dos casos e prevalecem em mulheres idosas, com alta mortalidade. A predominância dos TSPs em mulheres sugere relação com hormônios sexuais femininos. A TC é um exame excelente para detecção inicial, mas a RM detalha melhor a morfologia das lesões, avalia invasão locorregional e comunicação com o ducto pancreático. O perfil imuno-histoquímico dos TSPs é variável, incluindo marcadores como beta-catenina, receptores de progesterona e de estrógeno, CD56 e CD10, E-caderina e α-1 antitripsina. A abordagem cirúrgica é mandatória, em especial em pacientes sintomáticos e com menos de 50 anos. A excisão completa prediz prognóstico favorável, com sobrevida 95% em 5 anos e o risco de recorrência é menor que 10% , ligado a sinais de gravidade, como invasão linfática e vascular, metástases sincrônicas e invasão da cápsula tumoral.</p>	<p>TROMBOSE DE RAMO DA VEIA ILIACA EVOLUINDO COM AMPUTAÇÃO DO MEMBRO EM PACIENTE POS-OPERATORIO DE ENDOPROTESE PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL NAO ROTO</p> <p>Gustavo Almeida Leão, Thiago Melo Espírito Santo, João Félix Ambrósio, Adolfo Rodrigues Araújo Neto, Ademario Cardoso Neto, Julia Pinho Costa, Murilo Pereira Cappelleso, Arthur Henrique Schmidt Cerqueira</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A laparotomia e substituição da aorta abdominal por uma prótese é o tratamento cirúrgico convencional para Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA). Com o tratamento endovascular, a laparotomia é evitada e, por incisões na região inguinal bilateral, a endoprótese pode ser implantada com um procedimento menos invasivo. A endoprótese é levada através de guias, retrogradamente, pela artéria femoral comum, via artérias ilíacas até a aorta abdominal. Uma vez posicionada adequadamente, é fixada imediatamente abaixo das artérias renais. As vantagens da via endovascular são: menor perda sanguínea, a aorta não precisa ser pinçada e a recuperação do paciente é mais rápida. Uma seleção criteriosa dos pacientes baseada em métodos de imagem confiáveis como a tomografia computadorizada (TC) deve ser sempre realizada, levando em conta vários fatores e um protocolo rígido de medidas. Mesmo na cirurgia endovascular para a correção do AAA há riscos de complicações, que podem ocorrer durante ou após o procedimento. A trombose parietal pode ocorrer sob a forma de pequeno trombo circunferencial na parede da prótese, ou como oclusão luminal da prótese, demonstrada nos estudos de imagem por angiografia digital (AD) ou por tomografia computadorizada (TC), com incidência estimada de 3% a 19% dos casos de tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal (TEAAA).</p> <p>RELATO DE CASO: EADS, masculino, 64 anos, tabagista, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Vascular com AAA infrarenal fusiforme de 5,3 cm de diâmetro até bifurcação de ilíacas, diagnosticado por angiotomografia com trombo mural ao longo de todo o aneurisma. Encaminhado para serviço de alta complexidade em Salvador, Hospital Ana Nery, submetido à correção cirúrgica do aneurisma com endoprótese. Após o primeiro mês pós-operatório evoluiu com dor súbita em membro inferior direito e cianose com frialdade. Diagnosticado isquemia do membro com mais de 6 horas de evolução e classificação Rutherford 3b foi indicado amputação do membro.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma das principais complicações do TEEAA diagnosticada pela angiotomografia é a trombose mural da prótese vascular. Os principais fatores determinantes para a formação de trombo em próteses, segundo a literatura, são: a característica trombogênica do material constituinte das endopróteses, o tabagismo, a necessidade de procedimentos adjuvantes à colocação da prótese e a experiência da equipe.</p>
<p>PO 121-3</p> <p>GALACTORREIA COMO COMPLICAÇÃO POS MAMOPLASTIA DE AUMENTO POR PROTESE DE SILICONE</p> <p>Madson Douglas Ribeiro Sousa, Lia Sousa Rocha, Leonardo Sousa Rocha</p> <p><i>Clínica Instituto Amazônia de Saúde e Bem Estar - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As mamoplastias de aumento representam uma significativa ocorrência nos consultórios e clínicas de Cirurgia plástica brasileiras, sendo consideradas uma das cirurgias de melhor benefício estético e psicológico para as pacientes. No Brasil são realizadas cerca de 1,2 milhões de procedimentos estéticos segundo dados da ISAPS - entidade que congrega os cirurgiões plásticos mundiais, em 2015. Por ser um procedimento seguro e tranquilo, suas complicações e intercorrências muitas vezes são negligenciadas pelos cirurgiões mais jovens. Hemorragias, seromas e infecções são as complicações precoces ou imediatas mais comuns. A ocorrência de galactorrhea é rara e pouco descrita na literatura científica. Muitas vezes apenas lembrada. O relato deste caso traz como objetivo, ressaltar a ocorrência e a importância de ser lembrado este evento, proporcionando uma intervenção rápida, precoce e eficaz.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente jovem de 36 anos, sexo feminino, separada, branca, técnica de enfermagem, primípara, tabagista e sem nenhuma co morbidade, foi submetida a um procedimento associado de Implantes de Próteses Mamárias de Silicone com Lipoaspiração Corporal em janeiro de 2017. Evoluiu na terceira semana de pós operatório com aumento de volumes das mamas, sem dor. No trigésimo pós operatório houve piora do aumento, com assimetria mamária, às custas de direita maior que a esquerda e dor. Não houve sinais de flogose e/ou febre. Submetida a ultrassonografia evidenciou líquido volumoso peri prótese, tendo sido indicada abordagem cirúrgica. Saída de secreção leitosa com característica de leite, coletado e enviado para laboratório para análises citológicas, bioquímicas e bacteriológica. Evoluiu satisfatoriamente. Ao longo destes dois anos de acompanhamento, sem contratura e/ou encapsulamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A necessidade de ser estabelecido um protocolo onde a hipótese diagnóstica de galactorrhea deva estar presente nos casos de aumentos de volume mamário independente de exteriorização de secreção láctea pela incisão ou como descarga papilar pode contribuir para uma tomada de decisão e acerto diagnóstico frente ao crescimento de volume mamário nos pós operatórios de implantes mamários por próteses de silicone. O algoritmo proposto por GRAF (2016) deve ser aperfeiçoado, com a inclusão de exames diagnósticos por imagens na fase de investigação, aliados a um exame clínico apurado e minucioso. Existem relatos de um caso descrito em literatura nacional por GRAF (2016) outro em literatura internacional.</p>	<p>PO 122-1</p> <p>COLECISTITE CALCULOSA EM SITUS INVERSUS TOTALIS: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA</p> <p>Adrielle almeida de Jesus, maria luiza coelho de Sousa, Yasmim Anayr Costa Ferrari, Mariana Alma Rocha de Andrade, Filipe Miguel Brito Fernandes da Silva, Marília de Macedo Cavalcanti, Naiana Mota Araujo, Sônia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade tiradentes - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Situs inversus é uma anomalia congênita rara caracterizada pela transposição dos órgãos abdominais, vísceras e vasculatura, em relação ao sentido sagital, oferecendo uma imagem chamada de "imagem no espelho". É classificado como total, quando associado à dextrocardia, enquanto o situs inversus parcial afeta apenas um ou mais órgãos. Ocorre como resultado de anomalias na rotação do tubo cardíaco durante o período embrionário e na maioria das vezes, não produz alterações funcionais. Apenas 5-10% dos pacientes com situs inversus têm doenças cardíacas associadas e malformações cardiovasculares, estreando com sintomas atribuíveis a essas patologias, os demais pacientes encontram-se assintomáticos. Geralmente, esta anomalia genética é descoberta incidentalmente, muitas vezes, quando uma avaliação de um paciente é realizada, particularmente para investigar trauma ou afecção abdominal, por exames de imagens. O situs inversus não se constitui como uma condição que afete a expectativa ou qualidade de vida, mas exige atenção mais cuidadosa de cirurgiões e endoscopistas, pois pode apresentar um diagnóstico confuso, além de influenciar diretamente a abordagem e/ou procedimentos invasivos. No Brasil, a colelitíase representa uma condição cirúrgica com 9,4% da prevalência global, com aumento da incidência em idosos e obesos. A litogênese biliar é influenciada por múltiplos fatores e pode progredir sem sintomas para mais da metade dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de sexo feminino, 42 anos, apresentava episódios de dor abdominal em cólica, localizada em epigástrico e hipocôndrio esquerdo. Solicitou-se ultrassonografia abdominal que revelou presença de fígado e vesícula biliar no quadrante superior esquerdo, sendo diagnosticada a colelitíase calculosa em situs inversus abdominal. Com a confirmação do diagnóstico de situs inversus totalis, através da radiografia simples de tórax em AP e perfil, realizou-se a colecistectomia com colangiografia videolaparoscópica.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de colelitíase sintomática, em um caso com situs inversus totalis, pode ser um dilema diagnóstico com dor atípica em hipocôndrio esquerdo. Não estão relatados na literatura evidências entre essa condição e a litíase vesicular. Mas, a presença de litíase vesicular sintomática em um paciente com situs inversus acarreta não só as dúvidas diagnósticas, mas também pode constituir um desafio terapêutico, já que qualquer procedimento cirúrgico é tecnicamente mais dificultoso nesses pacientes devido às variações anatômicas e o trabalho bidimensional do cirurgião nas mudanças no uso de sua mão dominante. A laparoscopia é a via de acesso mais utilizada para tratamento da colelitíase calculosa. No presente caso, foi factível a realização da colecistectomia com colangiografia por via laparoscópica com segurança e sem maiores dificuldades técnicas em pacientes com situs inversus totalis.</p>

PO 122-2	PO 122-3
<p>TROMBOSE DE ANEURISMA EM ARTERIA FEMORAL COMUM: RELATO DE CASO.</p> <p>Glória de Carvalho Palma, Daniel Machado Pereira, Guilherme Coelho da Silva, Victor Hugo Costa Palma</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora das Graças - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas da artéria femoral são relativamente raros, sendo dez vezes menos frequentes em comparação aos aneurismas da aorta. Todavia, sua relevância clínica é enorme tendo em vista as complicações desencadeadas por esses aneurismas como embolia, trombose e mais raramente ruptura. A trombose aguda ocorre em cerca de 10% a 30% dos casos e pode ocasionar isquemia aguda, geralmente grave. A prevalência dá-se em pacientes do sexo masculino, com idade acima dos 40 anos e tabagistas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.C.S., 60 anos, masculino, caminhoneiro, não tabagista, não hipertenso, não etilista. Admitido na Emergência com queixa de forte dor de início súbito em membro inferior esquerdo, associada a frialdade com 2 dias de evolução. Negava história prévia de claudicação intermitente, infarto agudo do miocárdio ou angina. No exame físico, o paciente apresentava membro inferior esquerdo pálido, com parestesia de pododactilos e com aumento de volume não pulsátil na região femoral esquerda. A imagem do Ecodoppler mostrou dilatação aneurismática com presença de um trombo agudo ocluindo a luz da artéria femoral comum. Nas artérias do membro inferior direito e no território aorto-iliaco, o Ecodoppler mostrou ausência de aneurismas bem como de placas ateromatosas. O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico, onde foi realizada a ressecção do aneurisma, tromboectomia distal com uso de cateter Fogarty e confecção de ponte fêmoro-femoral, com prótese de Dacron, dessa maneira mantendo o fluxo para as artérias femoral superficial e profunda. O aneurisma media 4 cm x 4 cm na artéria femoral comum, sem envolvimento da bifurcação. O paciente teve boa evolução pós cirúrgica e recebeu alta no 6 dia pós operatório, encontra-se assintomático, com ponte pérvia e pulsos distais presentes. No estudo anatomopatológico, foi apontada uma etiologia arteriosclerótica.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com a literatura médica, a trombose em aneurismas de artéria femoral comum ocorre em aproximadamente 30% dos casos, sendo a artéria mais acometida por aneurismas em território femoral. A origem da patologia tem relação arteriosclerótica, influenciada principalmente pelo tabagismo (o que torna o caso mais raro devido a ausência de doença arteriosclerótica significativa) E, em mais de 50% dos casos ela é assintomática. A cirurgia é indicada em aneurismas sintomáticos com ou sem complicações e nos assintomáticos com mais de 2,5cm de diâmetro. No Brasil, o tratamento desse tipo de patologia ainda ocorre maioritariamente de maneira cirúrgica, todavia as técnicas endovasculares tem se apresentado cada vez mais como uma excelente alternativa nos pacientes com elevado risco cirúrgico.</p>	<p>MANEJO CIRURGICO DE ULCERA DE MARJOLIN EM CICATRIZ DE LESAO POR ARMA DE FOGO: ESTUDO DE CASO.</p> <p>AMANDA MORIMITSU, CAIO CÉSAR VAZ LACET GONDIM, ANDRÉ LUÍS LOPES GOMES DE SIQUEIRA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia maligna de pele originada em células epiteliais tegumentares, correspondendo a cerca de 20% dos cânceres de pele. Pode surgir em pele sã, embora origine-se mais frequente em pele alterada por processo anterior. A úlcera de Marjolin desenvolve-se em tecidos cicatriciais e úlceras crônicas, sendo um câncer infrequente e agressivo e usualmente assumindo a forma de CEC. Áreas cicatriciais crônicas tendem a perder ação celular do sistema imunológico, assim, células malignas são pouco detectadas, possibilitando caráter mais agressivo e propensão a metástases. São fatores relacionados à recidiva tumoral: tamanho da lesão (> 2 cm), profundidade da neoplasia (> 4mm), diferenciação histológica, localização em áreas de exposição solar, carcinoma em cicatriz, evidência histológica de envolvimento perineural, tratamento anterior e imunodepressão.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 52 anos, leucoderma, natural e residente de Sousa, Paraíba, encaminhada ao serviço oncológico por ulceração exoftítica em dorso de mão esquerda medindo 5 cm, com relato de existência da lesão há um ano e história de ferimento por arma de fogo acidental na mesma região. Foi encaminhada para cirurgia, sendo indicada a ressecção do tumor associada à técnica de enxerto. Análise anatomopatológica revelou CEC moderadamente diferenciado com tamanho de 5,0cm e espessura da neoplasia de 1,4cm. Retornou após um ano, sem acompanhamento e com lesão recidivada, sendo agora indicada amputação de membro superior ao nível de antebraço. Contudo, por não assentir ao tratamento, foi realizada a ressecção do tumor de partes moles com margens amplas, juntamente aos músculos extensores da mão, com rotação de retalho miocutâneo para síntese da lesão. Evoluiu com lesão ulcerativa em região medial de antebraço e punho esquerdos, sendo solicitada avaliação de comprometimento do membro por RNM e realizada nova ressecção ampliada de tumor de partes moles e reconstrução regional com enxerto proveniente de área de fossa ilíaca esquerda. Um ano depois evoluiu com ulceração em região medial de braço esquerdo, sendo solicitados novos exames de RNM e TC. Não compareceu ao hospital na data marcada para o procedimento cirúrgico, sendo este realizado após alguns meses. Nesta data, já apresentava lesão ulcerativa em fase avançada, sendo então internada para realização de amputação e desarticulação de membro superior esquerdo com rotação de retalho miocutâneo do músculo deltoide esquerdo.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso relata desfecho desfavorável após evolução de neoplasia de pele por falta de acompanhamento adequado e múltiplas recidivas. Embora CEC seja relativamente comum, a amputação como tratamento é condição infrequente, estando associada à maior agressividade da neoplasia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e comorbidades do paciente.</p>
<p>PO 123-1</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOCISTO PANCREATICO GIGANTE RECORRENTE COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE CRONICA</p> <p>Gláucio Tasso Carvalho Junior, Vitor Simões Serrano, Renata Almeida Chaebub Rodrigues, Diego Elias da Silva Caldeira, Rafael Borella Pelosi, Luciana Almeida Chaebub Rodrigues, Eduardo Crema, Juverson Alves Terra Junior</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudocistos de pâncreas ocorrem como complicação local de pancreatite aguda ou crônica sendo formações císticas consequentes, no primeiro caso, à autodigestão tecidual cujas paredes são desprovidas de revestimento epitelial e compostas apenas por fibrose enquanto, nos casos crônicos, relacionam-se com a obstrução ductal e acúmulo de suco pancreático a montante. Geralmente, se formam entre 4 a 8 semanas após início do evento agudo. Não obrigatoriamente requerem abordagem pois, em cerca de 70% dos casos, ocorre regressão espontânea. O presente trabalho vem apresentar caso de paciente com pancreatite crônica e pseudocisto pancreático gigante recorrente como conteúdo de hérnia abdominal lateral esquerda e o tratamento desses.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, negro, 45 anos, natural de Uberaba, etilista inveterado, diagnóstico prévio de pancreatite crônica. Atendido no Ambulatório da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, diagnosticado com hérnia inguinal esquerda em março e tratado com hernioplastia inguinal. Tempos após, retornou ao pronto atendimento do HC-UFTM referindo abaulamento em região crural esquerda, palpável, doloroso que irradiava para face medial da coxa e marcha claudicante. Feito USG que evidenciou hérnia em região lateral na parede abdominal esquerda se estendendo à região inguinal anterior com imagem cística de conteúdo espesso. À TC de abdome e colangiorrsonância encontrou-se em contato com porção distal da cauda pancreática formação cística de paredes finas e conteúdo homogêneo que se estendia do hipocôndrio a raiz da coxa esquerda provocando dilatação do sistema colector esquerdo. Então, realizou-se pancreatenterostomia em "Y de Roux" com derivação interna para alça jejunal exclusiva e externa com sonda de Foley. Evoluiu sem dor, afebril, reestabeleceu trânsito intestinal no 3º dia pós operatório (PO), diminuiu débito através de derivação externa até alta no 5º PO. Um mês após cirurgia retornou em 35º PO para TC de controle sem recidiva ou queixa clínica, retirada derivação externa e alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Pseudocistos pancreáticos se desenvolvem mais frequentemente na pancreatite crônica incidindo em mais de 30% dos casos¹ em contraste aos 8% dos casos na pancreatite aguda². Definido como coleções de suco pancreático envolto por paredes finas de colágeno³, quando com diâmetro menor que 4 cm mais de 70% regredem espontaneamente. Nos casos em que há sintomas como dor persistente, saciedade precoce e perda de peso ou com diâmetro maior que 4cm está indicado terapia invasiva para drenagem. Estas podem ser endoscópicas (via transpapilar, cistogastrostomia e cistoduodenostomia) ou cirúrgicas. A indicação de cirurgia é para aqueles que não podem ser tratados via endoscopia ou falha desta modalidade de tratamento. O sucesso cirúrgico se dá em 90% dos casos e a recorrência em 12%⁴ como foi no caso relatado que havia histórico de abordagem cirúrgica em 2010 de pseudocisto pancreático.</p>	<p>PO 123-2</p> <p>ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO OPERADO POR LAPAROTOMIA E ANASTOMOSE AORTO-BIFEMORAL: RELATO DE CASO</p> <p>Arthur Henrique Schmidt Cerqueira, Gabriela Ricardi, Julia Pinho Costa, Thiago Melo Espírito Santo, Murilo Pereira Cappellesso, Gustavo Almeida Leão, Adolfo Rodrigues Araújo Neto, Victória Mutti Maia</p> <p><i>FASB - BARREIRAS - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurisma é definido como uma dilatação focal e permanente da artéria, com diâmetro >1.5 vez o diâmetro anteroposterior (AP) esperado para o segmento, considerando o sexo e o tamanho do corpo do paciente. O limiar mais comumente adotado é um diâmetro de 3 cm ou mais. Mais de 90% dos aneurismas se originam abaixo das artérias renais. Os aneurismas de aorta abdominal (AAA) são os mais comuns e geralmente resultam de uma degeneração da túnica média arterial, gerando um aumento lento e contínuo do lúmen do vaso. A causa mais comum é a degeneração da parede pela doença aterosclerótica e, entre outras causas, incluem-se infecção, necrose cística da túnica média, artrite, trauma, doença do tecido conjuntivo e degeneração anastomótica. A maioria dos AAA é assintomática e detectados de forma ocasional em exames de diagnóstico por imagem realizados com outros objetivos, ou ocasionalmente durante alguma complicação no qual pode levar ao rompimento arterial. O aneurisma de aorta abdominal roto trata-se de uma emergência cirúrgica no qual necessita de um procedimento de alta complexidade para seu devido manejo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.S.S, feminino, 68 anos, tabagista, hipertensa, admitida no pronto socorro do Hospital do Oeste de Barreiras, com dor abdominal, em choque hipovolêmico. O procedimento realizado para diagnosticar o surgimento do aneurisma infra renal roto foi uma angiogramografia e identificado um aneurisma roto que ficou restrito, pois não invadiu a cavidade abdominal, ficou preso no retro peritônio. Encaminhada ao centro cirúrgico e submetida a laparotomia com exclusão do aneurisma, anastomose aorto infra-renal bi-femoral com prótese de Dacron. Paciente encaminhado a UTI no pós-operatório imediato aonde permaneceu por três dias, com nenhuma alteração isquêmica e com função intestinal preservada, após uma semana de enfermaria teve alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Inere-se, portanto que o aneurisma roto de aorta abdominal se faz uma patologia de alta complexidade, demasiados custos e exige desempenho impecável de toda equipe cirúrgica, anestesiológica e intensivista. O quadro clínico presente no caso supracitado facilitou o rápido diagnóstico clínico pela presença de dor abdominal e sinal De Bokay positivo. Houve também possibilidade de confirmação da radiologia, pela estabilidade hemodinâmica, já que o AAA rompeu-se na parede postero-lateral o que ocorre em aproximadamente 80% dos casos. Ademais, destaca-se a importância do presente estudo para alertar a comunidade médica a respeito dessa problemática, uma vez que são poucas as publicações sobre a patologia, e que por serem de ambiente relativamente restrito, causam pouco efeito para fins de divulgação junto a população médica de forma geral.</p>

PO 123-3	PO 124-1
<p>A IMPORTANCIA DO CONHECIMENTO ANATOMICO NA RECONSTRUÇÃO LABIAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E RELATO DE CASO COM RETALHO DE ABBÉ</p> <p>João Paulo Santos Correia, Marina Ganem Ferreira Monteiro, Alberto José Oliveira Vieira, Elayne Magalhães Mendes, Maria Alice Barbosa Silva, Arthur Holanda Paes Pinto</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer labial é a neoplasia mais prevalente na cavidade oral, tendo como principal etiologia o carcinoma espinocelular (CEC), o qual apresenta incidência 20 vezes maior no lábio inferior quando comparado ao superior (ALVES et al., 2011). O tratamento é cirúrgico, através de remoção da lesão com margens de segurança e posterior reconstrução estética-funcional. Na maioria dos indivíduos, defeitos no lábio superior de até um terço de seu comprimento podem ser fechados diretamente, porém, na impossibilidade de fechamento sem causar distorção anatômica local, usa-se um retalho que repare toda a estrutura funcional do mesmo (FILHO et al., 2010). O retalho de Abbé é uma técnica de reconstrução que tem como objetivo manter a função, sensibilidade e estética, consistindo na transferência de tecido do lábio inferior para o superior, baseada na artéria labial. Tal procedimento proporciona a reposição de um segmento vertical completo formado por pele, músculo e mucosa, todavia, necessita de grande colaboração do paciente, pois o retalho permanece pediculado na artéria labial por 14 a 21 dias. Neste contexto, o conhecimento exato da anatomia local vai proporcionar um procedimento mais seguro e um melhor resultado final.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 58 anos, tabagista (45 maços/ano), com histórico de lesão cutânea em topografia central do lábio superior, na qual foi submetida a ressecção, há 3 anos, de cerca de 25% dessa região com síntese primária e anatomopatológico de CEC, com margens cirúrgicas livre. Paciente retorna com lesão recidivante, em que foi realizada biópsia incisional, cujo diagnóstico foi de CEC. O tratamento de escolha foi cirúrgico, com ressecção de cerca de mais de 25%. No entanto, em virtude da falta de tecido no lábio superior para síntese primária, optou-se por reconstrução em dois tempos através do retalho de Abbé. O primeiro tempo da cirurgia ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. Após 21 dias do procedimento, ocorreu o segundo tempo da cirurgia para secção do pedículo, com alta hospitalar da paciente logo após o procedimento. Paciente evoluiu bem, mantendo os critérios funcionais da região oral e satisfeita com aspectos estéticos locais.</p> <p>DISCUSSÃO: O trabalho foi realizado através da análise de um caso clínico de CEC mediante investigação documental, baseada no prontuário da paciente, a fim de enaltecer a importância da anatomia na confecção do retalho de Abbé para reconstrução labial. Concomitantemente, foi realizada revisão bibliográfica de revistas e artigos publicados nos últimos 18 anos nas bases de dados Pubmed e Scielo. O conhecimento anatômico mostrou-se fundamental em casos de reconstruções, a fim de restabelecer funções e devolver as formas das unidades corporais, sendo o retalho de ABBÉ uma das boas opções na reconstrução labial.</p>	<p>RELATO DE CASO: REALIZAÇÃO DE HEPATECTOMIA EM PACIENTE COM HEPATOLITÍASE DIREITA</p> <p>LETICIA CARVALHO SANTOS, ELIDA LORENA LEAL REIS, Vícktor Bruno PEREIRA PINTO, Manoel Francisco SILVA SANTOS, Luís Eduardo VERAS PINTO</p> <p><i>UNICEUMA - SÃO LUIS - Maranhão – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hepatolitíase consiste na obstrução das vias biliares intra-hepáticas através de cálculos de formação local ou que migraram de foco a distância, acometendo o lobo hepático esquerdo em aproximadamente 70% dos casos. As manifestações clínicas dessa condição estão relacionadas com o grau comprometimento das vias biliares, podendo permanecer desde assintomáticos a evoluir com colangite grave. O objetivo deste relato é discorrer sobre o caso de hepatolitíase em lobo hepático direito, assim como correlacionar com os critérios de avaliação para instituição do tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 44 anos foi admitido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Alta Complexidade Carlos Macieira, com dor em hipocôndrio direito associada à febre e colúria. O exame físico à admissão se apresentou sem alterações. Nos exames laboratoriais havia elevação de enzimas canaliculares e amilase; bilirrubinas e transaminases dentro da normalidade. A colangiressonância magnética evidenciou cálculo de 8 mm, localizado na confluência dos ductos hepáticos e determinando ectasia das vias biliares a montante. Observaram-se também níveis hidroaéreos, microcálculos e cálculos nas vias biliares intra-hepáticas, localizado na via biliar do segmento VIII do fígado. Hepatocolédoco com calibre e trajeto normais. O paciente foi submetido a hepatectomia direita com derivação biliodigestiva em Y de Roux. Manteve-se estável nas primeiras 48h, cursando posteriormente com drenagem de secreção biliar pela ferida operatória associada a dor abdominal difusa. Foi reabordado para realização de enterorrafia de anastomose, lavagem de cavidade abdominal e confecção de peritonostomia. Posteriormente, reabordado para reparo na anastomose de derivação biliodigestiva. Manteve-se em peritonostomia, com sucessivas reabordações para lavagem abdominal.</p> <p>DISCUSSÃO: A hepatolitíase é uma condição predominante o lobo hepático esquerdo. O tratamento, segundo a Sociedade Japonesa de Gastroenterologia, deve considerar a composição e localização do cálculo, tratamento prévio para desobstrução de estenose das vias biliares, presença de atrofia hepática, extensão da ressecção hepática e risco de colangiocarcinoma. No caso relatado, verificou-se que o paciente apresentava cálculo intra-hepático medindo 2,7 x 1,4 cm, localizado no segmento póstero-superior do lobo hepático direito, assim como atrofia do lobo acometido. Diante disso, instituiu-se tratamento através de hepatectomia direita com derivação biliodigestiva.</p>
<p>PO 124-2</p> <p>ULCERA VENOSA COM NECROSE POR TRATAMENTO COM VERUTEX: RELATO DE CASO</p> <p>Julia Pinho Costa, Victoria Mutti Maia, Murilo Pereira Cappellesso, Gabriela Ricardi, Gustavo Almeida Leão, Arthur Cerqueira Schmidt, Thiago Melo Espirito Santo, Adolfo Rodrigues Neto</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são responsáveis pela principal causa de úlcera de perna, podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos. O diagnóstico clínico de úlcera venosa baseia-se inicialmente na história e no exame físico. A dor é um sintoma frequente e de intensidade variável, não sendo influenciada pelo tamanho da úlcera. Em geral a úlcera venosa é ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. Considerando a importância de um atendimento adequado a esta população, há necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional. Além de se estabelecer o diagnóstico de úlcera venosa, é importante reconhecer e tratar com medicações que propiciem da melhor forma sua cicatrização. Realizar o manejo adequado do quadro é muito importante, na tentativa de evitar penetração e proliferação de bactérias profundamente nos tecidos ao redor da úlcera, no qual pode levar a complicações indesejadas como infecção secundária, e até mesmo a necrose.</p> <p>RELATO DE CASO: M.C.S. Feminino, 35 anos, obesidade grau II, admitida na Unidade Básica de Saúde com úlcera venosa ativa sem infecção, o médico de plantão como conduta prescreveu Verutex B® (Ácido fusídico + Valerato de betametasona). Esta medicação trata-se de um ácido com propriedade terapêutica totalmente contrária ao efeito cicatrizante da conduta apropriada para tal patologia. A conduta errada realizada pelo médico agravou o quadro da paciente, levando a necrose com maior abrasão tecidual e evoluindo para infecção secundária. Foi iniciada antibiótico terapia com levofloxacino 750 mg 1 vez ao dia por 10 dias e curativo local com Fitoscar®, pomada de 60 mg/g agente cicatrizante em vários tipos de lesões de pele e elasto compressão com meia elástica de média compressão(20 a 30 mmHg) associado a um venotônico Venula®(hidrosmina) 300 mg de 12/12 h.</p> <p>DISCUSSÃO: Além de uma adequada abordagem medicamentosa, é necessário medidas terapêuticas que contribuam para o retorno venoso. A terapia compressiva é a medida mais importante do tratamento da pessoa com úlcera venosa, melhorando a estase e o edema, o que se traduz em melhores condições clínicas na lesão e acelerando a cicatrização. Os métodos de compressão disponíveis são as ataduras compressivas, meias elásticas e compressão pneumática. Todos esses métodos são contra-indicados se o paciente apresentar doença arterial periférica grave. O Verutex® B não é apropriado para cicatrização de úlcera venosa, ele está indicado no tratamento das doenças inflamatórias de pele, em sua fórmula a ação de dois componentes: o ácido fusídico, que age combatendo as doenças infecciosas de pele e o valerato de betametasona, um esteroide que possui ação anti-inflamatória. A conduta da retirada ou esclerose da veia nutridora também faz parte da terapêutica, sendo a forma definitiva de resolução do caso.</p>	<p>PO 125-1</p> <p>Ileo biliar em paciente indígena no hospital de triplíce fronteira do extremo norte do Brasil</p> <p>Diego Guilherme Santos Portella, Poliana Lucena dos Santos, Marcello Santos da Silva, Miguel Henrique Ribeiro Da Silva, Éder Rodrigo Figueira Ribeiro, Kyldery Wendell Moura Cavalcante, Adelle Nicoll Martins Gai Costa, Ana Carolina Gonçalves Pires</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cálculo ileo biliar, que é em grande parte dos casos complicação de uma colelitíase já existente, causada pela impaction de um cálculo biliar em um segmento intestinal após ter passado por uma fistula entérica biliar, é uma infrequente, porém importante causa de abdome agudo obstrutivo, ocorrendo em menos de 4% dos pacientes que possuem obstrução intestinal mecânica, afetando principalmente adultos de idade avançada e mulheres.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente D.S.S. de sexo feminino, indígena, natural e procedente de comunidade indígena no município de Uiramutã-RR. Deu entrada no Hospital Geral de Roraima (HGR) no dia 20/11/17, devido à quadro de dor abdominal com 4 dias de evolução, associada a episódios eméticos e distensão abdominal progressiva. Paciente relatou que procurou atendimento médico na Unidade de Saúde da comunidade e recebeu diagnóstico de infecção do trato urinário, iniciando tratamento com ciprofloxacino (SIC). Após três dias de medicação, sem melhora do quadro, foi reavaliada na Unidade de Saúde da comunidade e encaminhada ao HGR. Relatou diagnóstico prévio de colelitíase no ano de 2002, apresentando crises esparsas e autolimitadas. Radiografia de abdômen do dia 20/11 evidenciou obstrução de conteúdo gástrico. Foi solicitada ultrassonografia na mesma data que evidenciou, vesícula biliar de volume acentuadamente reduzido e conteúdo amorfo, com sinais ecográficos de doença parenquimatosa hepática e vesícula escleroatrófica. No dia 22/11 foi realizada tomografia computadorizada de abdômen, que sugeriu infiltração gordurosa acentuada, vesícula biliar hipodistendida, moderada distensão de alças delgadas, destacando-se uma imagem arredondada com paredes calcificadas, medindo cerca de 3,5 cm, no interior da alça intestinal na topografia do íleo, devendo-se considerar a hipótese diagnóstica de ileo biliar. Após avaliação, paciente iniciou dieta zero e foi introduzida sonda nasogástrica (SNG) aberta, promovendo melhora do quadro clínico. Após retirada da SNG e progressão da dieta oral sem intercorrências foi iniciada a programação da cirurgia eletiva. Laparotomia do dia 29/11 vesícula biliar espessada aderida à segunda porção do duodeno com formação de fistula. Após revisão minuciosa da cavidade abdominal, foi realizada lise de aderências encontradas entre vesícula e duodeno. Neste relato, temos um caso de ileo biliar de evolução favorável.</p> <p>DISCUSSÃO: Segundo maioria dos autores, cálculo ileo biliar é uma forma incomum de obstrução mecânica, no qual a taxa de mortalidade rodeia a faixa dos 30%, além de o diagnóstico ser usualmente tardio e de difícil identificação, em razão de anormalidades bioquímicas que acompanham o íleo serem inespecíficas e os sinais abdominais serem comuns a outras etiologias mais frequentes. Com tratamento estreitamente cirúrgico esse tipo de caso é de grande importância para relato na clínica cirúrgica, pois a familiaridade com os sintomas e resultados laboratoriais são de suma importância para correto diagnóstico e tratamento dessa comorbidade.</p>

PO 125-2	PO 125-3
<p>SINDROME DE MAY THURNER: TRATAMENTO ENDOVASCULAR</p> <p>Marina da Costa Magalhães, Fabio Goulart da Silva, Alencar Junior Lopes Prouença</p> <p><i>Hospital de Caridade de Ijuí - Ijuí - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome de May-Thurner foi descrita anatomicamente por May e Thurner em 1956 em estudo com cadáveres e clinicamente por Cockett em 1965, é uma doença pouco frequente ou subdiagnosticada na população em geral, causada pela compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita, proporcionando uma série de sintomas dependendo do grau de compressão, podendo ocasionar trombose venosa profunda e graus variados de insuficiência venosa crônica. O diagnóstico é feito geralmente em um episódio de trombose venosa profunda (TVP), sendo necessária uma forte suspeita clínica para hipótese diagnóstica de síndrome de compressão da veia ilíaca. Dentre os métodos propedêuticos, a ecografia vascular é o método não invasivo de escolha para triagem dos pacientes com esta suspeita clínica. Angio-Ressonância Magnética, venografia por TC contrastada e a US intravascular são exames importantes no diagnóstico e seguimento. O não diagnóstico desta patologia e por consequente, o tratamento inadequado, pode gerar sequelas importantes aos pacientes, como por exemplo, trombose de segmento iliofemoral, obstrução da veia ilíaca, sintomas de desordem venosa crônica, entre outros. O objetivo deste relato é salientar a importância do diagnóstico e tratamento endovascular da Síndrome de May Thurner.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 36 anos, procurou atendimento devido dor e edema em membro inferior esquerdo (MIE), com início no dia anterior, sem resolução com analgésicos. Previamente hígida. Uso de anticoncepcional oral, desde longa data, nega uso de outras medicações, nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico, observou-se edema em MIE 4+/4+, pulsos palpáveis, boa perfusão periférica. MID sem alterações. Sem outras evidências de insuficiência venosa crônica. A avaliação com US com Doppler evidenciou TVP. O diagnóstico de Síndrome de May Thurner foi realizado devido alta suspeição clínica e flebografia, que evidenciou, estenose em veia ilíaca comum esquerda com circulação colateral. O tratamento realizado foi angioplastia com balão 14x60 e implantado stent Sioxx XL interessando veia cava inferior e ilíaca comum esquerda.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de edema unilateral associado a sinais e sintomas de insuficiência venosa crônica, principalmente, em indivíduos do sexo feminino, entre 20 a 40 anos, pode estar relacionada à síndrome e requer uma investigação mais profunda, visto que o subdiagnóstico pode gerar sequelas importantes aos pacientes. A eficácia do tratamento endovascular tem sido evidenciada em diversos estudos. Inicialmente o tratamento era realizado com derivação fêmoro-femoral cruzada, posteriormente outros métodos de correção com cirurgia aberta foram descritos, porém esses métodos demonstraram-se muito agressivos, causando trauma operatório e os resultados esperados ainda eram pouco promissores. Com o advento da cirurgia endovascular o tratamento da síndrome tornou-se mais promissor, com redução de morbidade, tempo de internação hospitalar e complicações pós operatórias.</p>	<p>LESAO DE DUCTO TORACICO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO</p> <p>Renata Gabriela De Moraes Vargas, Mariana Oliveira Santana, Mayara Maranhão Jorge, Eduardo Lenza Silva, Rodrigo Silveira Rocha, Otávio Magalhães Do Vabo Neto</p> <p><i>Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Quilotórax (QT) é a presença de linfa no espaço pleural devido a extravasamento do ducto torácico (DT). Em geral, secundário à doenças malignas ou congênicas, infecções e trombose da veia cava superior. Lesões traumáticas não iatrogênicas são causa rara, secundária a trauma penetrante. O DT é o principal vaso linfático do corpo. A linfa é inodora com aspecto leitoso e com origem no sistema gastrointestinal. Composta por: proteínas, linfócitos e lipídeos (MAIA, 2014). À clínica, tem-se taquipneia, taquicardia e desidratação até hipotensão e choque. É incomum dor, febre e inflamação na superfície pleural. Em alguns pacientes observa-se edema, ascite e icterícia (SANTANA,2018). As principais complicações são comprometimento do sistema imunológico e desnutrição. Diagnostica-se por seu aspecto, exames complementares. Efusões pleurais com valores de triglicérides em 111 mg/dL possuem 99% de início de QT (SRIPRASIT,2017). A terapia utilizada no QT é variada. Combina-se: drenagem torácica, dieta com triglicérides de cadeia baixa- pois são absorvidos direto pelo sistema porta -, análogos a somatostatina e observação (SENDAMA,2015). Neste caso, condução conservadora foi falha, seguida de nutrição parenteral total (NPT) e abordagem cirúrgica. A ligadura do DT oferece cerca de 90% de resolução em QT. A dificuldade está na sua identificação, pode-se solucionar com a ingestão de líquidos hipergordurosos – neste caso utilizou-se azeite-. Após a ligação do DT, a linfa passa a ser drenada por vias colaterais e anastomoses de vasos linfáticos (BROWN,2018).</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 18 anos, vítima de lesão por arma de fogo, entrada em ápice anterior do hemitórax direito e saída em ápice dorsal a esquerda. Admitido estável hemodinamicamente com incômodo respiratório. À TC de tórax: restos metálicos, pequeno pneumotórax e derrame pleural bilateral; opacidade em vidro fosco indicando hemorragia alveolar, com atelectasias. Feita drenagem bilateral. À análise do líquido notou-se o QT. Iniciado condução conservadora: dieta oral zero e NPT associado à octreotíde, sem sucesso após 18 dias de internação. Devido à persistência do QT em alto débito, optou-se por pleuroscopia com clipagem do DT absoluta. Até o 10º dia de pós-operatório em dieta oral zero e NPT, com diminuição até estase do débito pelos drenos, retirados no 12º DPO, e alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões por arma de fogo são raras como causa de QT, e são ocultas por lesões de estruturas torácicas, no entanto, deve ser considerada nestes pacientes.</p>
<p>PO 126-2</p> <p>SINDROME DE LERICHE: ESTUDO EM CADAVER</p> <p>ANA PAULA COELHO DE MELO LEITE, PEDRO HENRIQUE COELHO DE MELO LEITE, Alberto de Sousa Videres Filho, Flávia Tomé Cavalcante, Mariana Albuquerque de Luna, Tysia Nogueira Lima</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Leriche é uma doença arterial periférica obstrutiva, a qual apresenta três padrões diferentes de lesões mais recorrentes: acomete somente a Artéria Aorta distal, sendo mais comum em mulheres de meia idade e fumantes; acometendo Artéria Aorta e as Artérias Iliacas comuns e externas, sendo mais raro; e acometendo Artéria Aorta, Artérias Iliacas e Femorais, ocorrendo em 65% dos pacientes. Portanto esta patologia apresenta sintomatologia compatível com quadros de isquemia dos membros inferiores e da pelve, como: claudicação intermitente, fadiga e atrofia de membros inferiores, palidez, frialdade e impotência sexual.</p> <p>RELATO DE CASO: O estudo foi realizado para descrever achados anatomopatológicos da Síndrome de Leriche em cadáver. O estudo é uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, em que foi realizada a dissecação de cadáver do sexo masculino, no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em busca de lesões arteriais características da patologia. Durante a dissecação de cadáver do sexo masculino, que apresenta o pé direito amputado, foi encontrado uma prótese de Dacron unindo ambas as Artérias Femorais, logo então foram dissecadas outras artérias mais comumente acometidas pela patologia, assim foram observadas placas de aterosclerose nas Artérias Carótidas comuns, Renais, Coronárias e Iliacas comuns bilateralmente, além da Artéria Aorta abdominal. Também foi encontrada estenose importante na bifurcação das Artérias Iliacas comuns, fato que mostra uma possível má circulação dos membros inferiores e da pelve, apoiado pela amputação do pé direito do cadáver.</p> <p>DISCUSSÃO: O reconhecimento da localização anatômica específica dos ateromas é crucial para o entendimento da sintomatologia, realizar o diagnóstico mais preciso e instituir o melhor tratamento em pacientes com Síndrome de Leriche, assim estudo anatômicos se configuram métodos relevantes para o maior conhecimento acerca desta patologia.</p>	<p>PO 127-1</p> <p>PSEUDOCISTO PANCREATICO E SUAS DIFERENTES ABORDAGENS: RELATO DE CASOS</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, MATHEUS LEITE ROLIM, CAROLINE CARVALHO FERRO, CLAUDIO CIPRIANO MOURA, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, IGOR LIMA RIBEIRO, MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA, REGINALDO MELO FILHO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudocistos pancreáticos, na maioria dos casos, são resultados de complicações pós-pancreatite aguda ou crônica. Representam cerca de 20% de lesões císticas do pâncreas, e cerca de 41% dos pacientes com pseudocistos pancreáticos podem evoluir com complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: ASS, sexo masculino, 17 anos, vítima de trauma abdominal contuso, evoluiu com dor abdominal, vômitos biliosos, perda ponderal de 20 kg. Ao exame, abdome globoso com extensa massa ocupando flanco esquerdo e epigastro. Colangiressonância mostrou volumosa formação cística, de conteúdo homogêneo, em corpo/cauda do pâncreas, medindo 17,8 x 17,6 x 11,2 cm (Vol 1835 cm³), determinando compressão gástrica e da aorta. A abordagem terapêutica imediata foi a drenagem do cisto via percutânea para posição de dreno, retirando o paciente do quadro obstrutivo e melhora do status nutricional. Após 20 dias, foi submetido a derivação cisto-gástrica por videolaparoscopia. Boa evolução clínica, com alta no 3º dia. GF, 47 anos, sexo masculino, história de epigastralgia há 03 anos, associado a febre, vômitos e esclera icterícia, evoluindo no último ano com aumento do volume abdominal, plenitude gástrica e vômitos pós-prandiais. Diabético há 1 ano e meio, nega passado cirúrgico. Tomografia evidenciou volumosa formação cística pancreática na porção corpo-caudal (13,1x11,3x10,3 cm) e diminutas formações arredondadas hipodensas no lobo hepático direito. Ressonância confirma imagem cística pancreática comprimindo o ducto pancreático principal. Optado por videolaparoscopia com derivação cisto-gástrica, colecistectomia e biópsia hepática. Boa evolução pós-operatória com alta no 2º dia. CCPS, 29 anos, sexo masculino, quadro de perda ponderal de 34 kg em 2 meses, associado a náuseas e vômitos pós-prandiais após quadro de pancreatite aguda há 08 meses. Tomografia abdominal evidenciou área de hipocaptação de parênquima pancreático, compatível com sinais de necrose, e volumosa formação cística na gordura peripancreática medindo 11x9,1x9,5 cm (vol 4890 cm³). Realizada drenagem percutânea pela técnica de seldinger, com posicionamento de cateter pigtail para melhora do estado clínico e nutricional. Realizada ressonância de controle, com volume cístico de apenas 180 cm³ e pâncreas com pequenas áreas necróticas e colelitíase. Após melhora clínica, foi submetido a Colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatória e alcoolização da lesão pelo pigtail. Recebeu alta no 2º dia.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento para pseudocistos pancreáticos inclui procedimentos pouco invasivos, como drenagem percutânea guiada por imagem ou endoscópica, além de tratamento cirúrgico. A intervenção está indicada para quadros sintomáticos, com dor e obstrução alta. Embora a drenagem endoscópica seja o ideal, a drenagem externa e laparoscópica para derivação gastrocística disponível no serviço também são opções seguras, não sendo necessária a derivação no último caso, pois a drenagem externa e alcoolização foi resolutive.</p>

PO 127-2	PO 128-1
<p>RUPTURA ESPONTANEA DE ANEURISMA DA ARTERIA GASTRO-OMENTAL ESQUERDA: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Nunes de Araujo, Leticia Maiara Nunes Araujo, Bárbara Elis de Araujo, Vanessa Mahamed Rassi, Igor Diego Carrijo dos Santos, Poliana Ferreira Vieira, Bárbara Alves Campos Ferreira, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurismas de artérias gastroepiplóicas são raros, podendo a sua origem estar relacionada a processos traumáticos, infecciosos/embólicos ou ateroscleróticos. Há poucos relatos na literatura de aneurisma de artérias da circulação visceral, com incidência de cerca de 0,1 a 10,4%. Apesar de ser uma patologia rara, o risco da ruptura é alto, acarretando altos índices de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 75 anos de idade, realizou procedimento para correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal e artéria ilíaca interna direita, com implante de endoprótese bifurcada de aorta e embolização da artéria ilíaca interna direita. No 2º dia de pós-operatório apresentou queda nos níveis de hemoglobina séricos, mal-estar, sudorese, náuseas, rebaixamento do nível de consciência e choque, com necessidade de intubação orotraqueal. Uma tomografia computadorizada (TC) de abdome realizada em caráter de emergência evidenciou extravasamento do meio de contraste para a cavidade abdominal, que se iniciava em ramo arterial posterior ao cólon transverso no plano de L1, com volumosa quantidade de líquido livre de natureza hemática em cavidade abdominal. Durante a realização da TC o paciente apresentou parada cardiorrespiratória (PCR) e foi prontamente reanimado, com retorno da circulação espontânea. Foi levado imediatamente ao centro cirúrgico, onde foi realizada, em seguida laparotomia exploradora, com achado de cerca de 4.000 ml de sangue em cavidade abdominal, sangramento ativo de artéria gastro-omental esquerda, ramo da artéria esplênica, sendo realizada esplenectomia e controle de danos. Foram transfundidas 4 bolsas de concentrado de hemácias, 2 de plasma e 6 de crioprecipitado durante o procedimento. Paciente deu entrada na unidade de terapia intensiva (UTI) hemodinamicamente instável, em uso de noradrenalina 2 mcg/Kg/min e vasopressina. Progrediu com midríase fixa bilateral e livedo reticular. Por fim, evoluiu com nova PCR e óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Os aneurismas de vísceras abdominais são uma patologia vascular rara, que acomete principalmente pacientes do sexo masculino com idade entre 50 a 60 anos, histórico de hipertensão arterial sistêmica e doença aterosclerótica. Infelizmente a maioria dos aneurismas arteriais gastroepiplóicos são diagnosticados após o surgimento de uma complicação. Os aneurismas gastroepiplóicos representam cerca de 3,5% dos aneurismas de artéria esplâncica, no entanto, raramente são vistos, sendo que em 90% dos casos relatos são diagnosticados após sua ruptura. A maior parte dos aneurismas esplâncnicos são assintomáticos. O diagnóstico geralmente é realizado através de laparotomia em casos de instabilidade hemodinâmica, e em casos de menor urgência é realizado através da TC com contraste. O tratamento pode ser cirúrgico ou por meio da embolização endovascular. A manipulação cirúrgica é feita por meio da ressecção do aneurisma, que deve ser ligado do lado proximal, com a remoção da porção distal.</p>	<p>RETICOLITE ULCERATIVA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMARIA: DESAFIO DIAGNOSTICO DO ADENOCARCINOMA NAS ESTENOSES DOMINANTES DE VIA BILIAR</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, MANOEL ÁLVARO DE FREITAS LINS NETO, MATHEUS LEITE POLIM, JULIANA ARÔXA PEREIRA BARBOSA, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, JASON COSTA PEREIRA JÚNIOR, LUCAS CORREIA LINS, MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA</p> <p>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL - Maceió - Alagoas – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Colangite esclerosante primária (CEP) é uma afecção auto-imune levando à inflamação crônica, fibrose e destruição das vias biliares intra e extra-hepáticas levando a um risco vitalício de desenvolvimento de colangiocarcinoma entre 10 e 15%. Cerca de 5-7,5% dos pacientes com retocolite ulcerativa (RCU) desenvolvem CEP, o que aumenta em 2 vezes a chance de desenvolver câncer colorretal. (1).</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 31 anos, portador de retocolite ulcerativa desde 2009, estando controlada com uso de adalimumabe, mesalazina e azatioprina desde 2012. Em 2018 teve piora clínico laboratorial: aumento do quadro diarreico, aumento da calprotectina fecal; piora endoscópica (colonoscopia Setembro de 2018: doença em atividade – Mayo 03). Sem resposta satisfatória com otimização da medicação. Em janeiro de 2019 evoluiu com quadro de icterícia, prurido, acolia fecal e colúria. Internado para estabilização e investigação diagnóstica. Exames laboratoriais evidenciaram elevação de bilirrubina, enzimas canaliculares e alterações da função hepática. Realizou colangiorrsonância e ressonância de abdome superior com contraste que mostraram espessamento das paredes da porção média/distal do colédoco, determinando estenose do mesmo e importante dilatação do colédoco proximal a montante (1 cm de extensão) com transição abrupta. Além de imagem polipóide no interior do colédoco proximal, com base na parede posterior, medindo cerca de 0,7 cm, associado a moderada dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos de forma irregular, com áreas de estreitamento entremeados a áreas de dilatação. Com os achados radiológicos foi possível realizar o diagnóstico de colangite esclerosante primária. O paciente foi submetido a videolaparoscopia com realização de coledocotomia, polipectomia intra-coledociana, biópsia de estenose distal de colédoco e drenagem de via biliar e da cavidade abdominal. Anátomo-patológico diagnosticou adenocarcinoma de padrão papilar no fragmento da biópsia de estenose distal, sem atipias no restante das amostras. Paciente evoluiu no pós-operatório com melhora clínico-laboratorial, recebendo alta hospitalar com ambos os drenos no 6º dia pós-operatório e programação de retorno ambulatorial e programação cirúrgica de duodenopancreatocetomia. Não indicamos a quimioterapia adjuvante devido a pancolite em curso, o paciente seguirá em acompanhamento clínico no controle da retocolite ulcerativa e do rastreio de câncer colorretal.</p> <p>DISCUSSÃO: A manifestação hepatobiliar mais importante associada à DII é a colangite esclerosante primária (2). Prevalência de DII em CEP é de 90% e desses 80% são portadores de RCU (3). A característica clínica da CEP é a icterícia sem outros sintomas, podendo evoluir com cirrose, hipertensão portal e falência hepática. O único tratamento definitivo de CEP (1). Pacientes portadores de CEP e DII geralmente cursam com pancolite. (2), entretanto após transplante hepático 1/3 diminui atividade da doença e 1/3 piora a atividade da doença.</p>
<p>PO 128-2</p> <p>DISSECÇÃO BILATERAL DE ARTERIAS CAROTIDAS INTERNAS EM PACIENTE JOVEM DURANTE PRÁTICA ESPORTIVA</p> <p>Giovanna Ceola Ferreira, Matheus Galassi Defendi, Isabelle Santiago Silva, Maria Gabriela Silva Garcia, Ana Flávia Ribeiro Francisco, Sthefano Atique Gabriel, Gabriella Crevelaro Lopes, Guilherme Lima Favaro</p> <p>UNILAGO - São José do Rio Preto - Sao Paulo – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: A dissecção de artérias carótidas deve ser considerada como etiologia para acidentes vasculares encefálicos isquêmicos em pacientes jovens. Apesar de sua raridade e dificuldade diagnóstica, a suspeita clínica pode ser confirmada através do quadro clínico e dos exames de imagem não-invasivos e pela angiografia cerebral nos casos indefinidos. O objetivo é relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de dissecção bilateral de artérias carótidas internas após prática de atividade física intensa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 37 anos, branca, G2P2A0, procurou atendimento médico devido a cefaléia de forte intensidade associada à cervicalgia, amaroze fugaz e tontura uma hora após a realização de exercícios físicos intensos durante Crossfit. Três dias após o atendimento inicial, evoluiu com hemiplegia à esquerda, afasia, dislalia, disfagia e desvio de rima à direita. A paciente foi medicada com ácido acetilsalicílico (AAS), atorvastatina e heparina sódica profilática. O ultrassom Doppler identificou afilamento arterial em artérias carótidas. A Ressonância Magnética Cerebral evidenciou lesões isquêmicas em coroa radiada direita. A Angiografia cerebral confirmou o diagnóstico de dissecção bilateral de artéria carótida interna. A paciente foi anticoagulada com varfarina por 6 meses, evoluindo sem sequelas clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: A dissecção das artérias carótidas é importante causa de acidente vascular encefálico em adultos jovens, podendo ser uma complicação da prática de exercícios com alta intensidade. O diagnóstico e tratamento precoce são importantes, a fim de obter um desfecho favorável, bem como a redução de possíveis sequelas.</p>	<p>PO 129-1</p> <p>SINISTROPOSIÇÃO DA VESÍCULA BILIAR : RELATO DE CASO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, ANDERSON TEIXEIRA CAVALCANTE, IGOR DE LIMA RIBEIRO, MARCOS ALENCAR TAVARES, CAROLINE CARVALHO FERRO, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, CLAUDIO CIPRIANO MOURA</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Com o advento da cirurgia videolaparoscópica tornou-se ainda mais imperioso o conhecimento detalhado não só da anatomia normal, como também das possíveis variações anatômicas da região onde se quer intervir. A vesícula biliar, de um modo geral, encontra-se na porção infero-anterior do fígado, no lobo direito e projeta-se à parede abdominal anterior a nível da 9ª costela direita e linha hemiclavicular direita. No colo da vesícula biliar pode existir uma saculação chamada de infundíbulo da vesícula biliar (bolsa de Hartmann), a qual pode predispor à formação de cálculos nesta região. Descrita pela primeira vez em 1886 por Hochstetter, a vesícula biliar do lado esquerdo continua a ser uma entidade rara. Em um estudo multicêntrico em pacientes submetidos à colecistectomias videolaparoscópicas, sua prevalência foi 0,3%.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 39 anos, natural de Marechal Deodoro – AL e procedente de Maceió – AL. Sem comorbidades conhecidas, foi admitida no hospital, em caráter eletivo, para realização de colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase manifestada por cólica biliar há 1 ano, sendo último episódio há 3 meses. Nega colúria, icterícia e acolia fecal. Exames laboratoriais de função hepática e enzimas canaliculares dentro dos padrões da normalidade, assim como os demais exames pré-operatórios. A ultrassonografia de abdome mostrava vesícula biliar de paredes finas, com cálculos em seu interior, hepatocolédoco de calibre normal, não tendo sido evidenciada sua sinistroposição. Foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica com introdução de 4 trocâteres nas posições habituais e confecção de pneumoperitônio. No inventário da cavidade foi evidenciado vesícula biliar com infundíbulo em localização anatômica habitual, corpo e fundo da vesícula localizados à esquerda do ligamento falciforme sob o segmento III hepático. Demais estruturas abdominais sem alterações. A vesícula foi dissecada e descolada do leito hepático, com identificação do ducto cístico e artéria cística. Feita ligadura tripla do ducto cístico e da artéria cística, sendo 2 proximais e 1 distal.</p> <p>DISCUSSÃO: Há descritos dois tipos de alteração do posicionamento da vesícula biliar: medioposição e sinistroposição. Na medioposição a vesícula biliar é deslocada medialmente para a superfície inferior do segmento IV, mas ainda está à direita do ligamento falciforme. Na sinistroposição a vesícula biliar esta sob o lobo esquerdo (segmento III), à esquerda do ligamento falciforme. Em uma série de 10.235 colecistectomias videolaparoscópicas houve um relato de oito casos de vesícula biliar no lado esquerdo. A vesícula biliar do lado esquerdo (sinistroposição) ocorre como um componente de situs inversus, porém sua identificação isoladamente é uma anomalia muito rara. No caso em questão a paciente apresenta apenas sinistroposição da vesícula biliar.</p>

PO 129-2	PO 129-3
<p>ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA ROTO - RELATO DE CASO</p> <p>Vivian de Menezes Silva Corraes, Joaquim Ribeiro Filho, Gaudêncio Espinosa Lopez</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurismas de artéria hepática são infrequentes. A sintomatologia de um aneurisma nesta topografia está relacionada à compressão de estruturas vizinhas e, eventualmente, à obstrução, o que costuma ocorrer tardiamente e, muitas vezes, o diagnóstico é realizado após sua ruptura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 76 anos, hipertenso, com história de colúria, acolia fecal, icterícia e prurido iniciados 15 dias antes da admissão. Encaminhado ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho em Janeiro de 2019 para investigação etiológica de síndrome colestática. Ao exame, apresentava-se icterício (3+/4+). Exames laboratoriais evidenciavam bilirrubina total de 34,2mg/dL. No segundo dia de internação, foi submetido à colangiografia percutânea seguida de drenagem biliar externa. Portava Ultrassonografia de Abdome Total, a qual evidenciava pâncreas de textura heterogênea, presença de massa ecogênica em sua cabeça (55 x 43 mm), vascularizada e com fluxo contínuo ao Doppler (alteração aneurismática). Realizada AngioTomografia, a qual evidenciou: dilatação aneurismática de ramo da artéria mesentérica superior comprimindo a cabeça do pâncreas. Equipes de Cirurgia Geral e Vascular optaram pela programação de angiografia com embolização do vaso. No décimo quinto dia, evoluiu com quadro de dor abdominal e eliminação de 1,5 litros de secreção hemática pelo dreno de via biliar. Submetido à laparotomia exploradora, a qual evidenciou aneurisma roto contido - realizada endoaneurismorrafia. No vigésimo primeiro dia, apresentou eliminação de secreção biliar pelo óstio ao redor do dreno de via biliar. A colangiografia evidenciou fístula biliar. Realizada laparotomia exploradora, a qual evidenciou pequena quantidade de bile em cavidade, associada a lesão puntiforme em via biliar principal. Procedidas a colecistectomia, a rafia da lesão e a drenagem da cavidade abdominal. No vigésimo quarto dia, evoluiu com aumento do débito do dreno abdominal, sendo programada a progressão de prótese biliar via CPRE. Durante a execução do exame, foi realizada colangiografia pelo dreno biliar que demonstrou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com obstrução de colédoco distal pela massa pancreática (aneurisma rafiado) de aproximadamente 2,5 cm de extensão. Não identificado sítio de extravasamento da bile. Não foi possível o cateterismo da papila duodenal devido à obstrução pela massa pancreática. Como o dreno biliar percutâneo permaneceu funcional, optou-se pela manutenção do mesmo e discussão quanto à confecção de derivação biliodigestiva, após melhora evolutiva do perfil nutricional.</p> <p>DISCUSSÃO: Estudos mostram que o aneurisma de artéria hepática provoca sintomas após atingir 2 cm de diâmetro. O risco de ruptura do aneurisma > 5 cm ultrapassa 80% e a taxa de mortalidade após ruptura é extremamente elevada. Portanto, o aneurisma da artéria hepática sintomático deve ser encarado como uma emergência vascular, necessitando intervenção imediata.</p>	<p>CONDUTA NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO POR PERFURAÇÃO DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM PACIENTE ADULTO</p> <p>DAGMAR MEDEIROS, MARCO AURELIO ALBERNAZ, Carlos André BRITO BARBOSA, João Victor Carvalho MONTEIRO, Nicolay Castro MACHADO, VITOR HUGO ALVES MARINHO, WELLINGTON CHARLES BARROS BELLO SILVA, VIVYAN VANESSA DE LIRA ISIDRO</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma cranioencefálico (TCE) representa de 15% a 20% das mortes em pessoas entre 5 e 35 anos e 1% das mortes em adultos. Tem maior incidência em menores de 10 anos (20,3%), seguida por pessoas com 20 a 29 anos (16,9%) e com 30 a 39 anos (16,1%). Possui taxa de mortalidade em pacientes internados de 10,2%. As vítimas de TCE que não evoluem ao óbito podem apresentar deficiências físicas, emocionais e cognitivas, representando importantes gastos reabilitacionais e dificuldade de reintrodução psicossocial e familiar. Este relato procura abordar a conduta no TCE.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 40 anos, vítima de TCE, chega com Glasgow 13. Na inspeção, foi encontrada fratura exposta na cabeça com hemorragia controlada. A TC mostrou fratura na região temporal esquerda da calota craniana com estilhaços metálicos do PAF e hematoma subdural agudo (HSDA) frontotemporoparietal à esquerda com desvio de linha média de 1 cm à direita. Após procedimento de craniectomia descompressiva, paciente foi admitido na enfermaria de Neurocirurgia onde evoluiu estável, sob uso de antibioterapia. Recebeu alta no 18º dia pós-operatório. Recebeu orientação para uso de anticonvulsivante e ansiolítico com volta ao ambulatório de NCR em 30 dias. Com quadro estável, em 6 meses é feita a cranioplastia para inserção de prótese no local onde foi removida a calota craniana.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TCEs possuem alta letalidade e o conhecimento das diretrizes de atendimento inicial é de fundamental importância. Tais procedimentos não devem ser adiados para realização de exames complementares. Monitorar a Pressão Intracraniana (PIC) é recomendado para um diagnóstico precoce e prevenção de sequelas. A fratura craniana exposta promove um perigoso risco de infecção meningea, sendo contornado através da antibioterapia trans e pós-operatória. Os hematomas subdurais, mais comuns do que os peridurais, podem causar aumento da PIC e compressão das estruturas com desvio da linha média, tendo a isquemia cerebral como principal fator secundário responsável por pior sobrevida ou aumento da morbidade. Recursos para controle adequado da PIC são de fundamental importância, tendo como sua principal ferramenta a intervenção cirúrgica (remoção de lesão expansiva). O pós-cirúrgico também é de suma importância para a prevenção de complicações, tendo como seus principais artifícios o uso de anticonvulsivantes e antibióticos. Exames de neuroimagem são essenciais para o planejamento da conduta e para a abordagem cirúrgica, mesmo com a admitida emergência do quadro. A TC é a modalidade inicial de imagem de escolha, dada a sua velocidade, ampla disponibilidade, alta sensibilidade na detecção da entrada e saída dos projéteis, fraturas, corpos estranhos metálicos, hemorragia e efeito de massa. A Lesão de certas áreas do encéfalo pode gerar uma gama de sequelas, como a perda da fala, habilidade de interpretação, associação de informações e compreensão de linguagem escrita e falada e constituem um obstáculo na reintrodução social do paciente.</p>
<p>PO 130-1</p> <p>VARIAÇÃO ANATÔMICA BILIAR EXTREMAMENTE RARA: SINISTROPOSIÇÃO VESICULAR ASSOCIADA A IMPLANTAÇÃO DUODENAL DE DUCTO CÍSTICO EM PACIENTE SUBMETIDA A COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA</p> <p>RODRIGO CAÑADA SURJAN, MARCOS FRUGIS, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, TIAGO BASSERES, JOÃO LUCAS SALGUEIRO PINHEIRO, PEDRO HENRIQUE SALGUEIRO PINHEIRO, SANDRA FRUGIS</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O posicionamento vesicular à esquerda, ou sinistroposição vesicular, em que a vesícula se encontra à esquerda do ligamento falciforme, abaixo do setor lateral esquerdo hepático, é uma variação anatômica rara com incidência de 0,3% dos casos. Geralmente, o diagnóstico da sinistroposição vesicular geralmente é realizado no intra-operatório, uma vez que os sintomas algícos (quando presentes) ainda se manifestam do lado direito do abdome e os exames diagnósticos muitas vezes falham em identificar esta anomalia de posicionamento. Por sua vez, variações anatômicas de ducto cístico podem ocorrer em até 23% dos casos. A inserção cística no duodeno é a mais rara variação anatômica do ducto, correspondendo a menos de 1% dos casos de anatomia não usual. Descrevemos a realização de colecistectomia laparoscópica em paciente com ambas as variações anatômicas: sinistroposição da vesícula biliar associada a inserção do ducto cístico diretamente no duodeno.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 38 anos. Apresentava dor em hipocôndrio direito, mais frequente em períodos pós-prandiais. Investigação diagnóstica com ultra-sonografia demonstrou litíase vesicular. Feita hipótese diagnóstica de colecistopatia crônica calculosa, sendo indicada colecistectomia laparoscópica. Durante o procedimento, diagnosticado posicionamento esquerdo da vesícula biliar, com leito entre os segmentos hepáticos 2 e 3. Pela dificuldade de apresentação do hilo hepático e variação anatômica, optado por término do procedimento. No pós-operatório imediato, a paciente foi submetida a Ressonância Magnética de Abdome com Colégio-ressonância e solicitada avaliação de equipe especializada em cirurgia Hepato-bilio-pancreática. O exame de imagem confirmou sinistroposição da vesícula e também inserção do ducto cístico diretamente na segunda porção duodenal, sem comunicação com a árvore biliar principal (Fig 1-4). Três dias após o primeiro procedimento, a paciente foi submetida a nova cirurgia. Foi realizada colecistectomia laparoscópica. Para adequada exposição do leito vesicular e do ducto cístico, que cruzava anteriormente a via biliar principal junto com o infundíbulo vesicular, foi realizada transecção dos ligamentos umbilical e falciforme para adequada retração do fígado esquerdo e exposição da placa hilar hepática (Fig 5-8). O procedimento transcorreu sem intercorrências, e a paciente recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A sinistroposição da vesícula biliar dificilmente é diagnosticada no período pré-operatório. Já a inserção do ducto cístico diretamente no duodeno é a mais rara variação anatômica do ducto. Estas variações aumentam significativamente o risco de lesões graves de via biliar durante a colecistectomia, sendo que cirurgiões precisam estar atentos a estas possibilidades. Relatamos um caso de coexistência destas variações anatômicas, em que o planejamento cirúrgico e experiência de equipe especializada permitiu adaptações para realização de procedimento cirúrgico laparoscópico seguro.</p>	<p>PO 130-2</p> <p>PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL COMUM EM PACIENTE AMPUTADO</p> <p>Matheus Galassi Defendi, Isabelle Santiago Silva, Ana Flávia Ribeiro Francisco, Giovanna Ceola Ferreira, Maria Gabriela Silva Garcia, Sthefano Atique Gabriel, Ana Paula Ribeiro Francisco, Gabriel Titoto</p> <p><i>UNILAGO - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As revascularizações de membros inferiores com enxertos protéticos estão associadas a formação tardia de pseudoaneurismas anastomóticos em até 7% dos casos. Suas complicações incluem hemorragia, isquemia distal e óbito. O objetivo é relatar um caso de pseudoaneurisma anastomótico em artéria femoral comum em paciente amputado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 86 anos, previamente submetido a amputação suprapatelar de membro inferior direito (MID) por doença arterial periférica. Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial de difícil controle e enxerto fêmoro-poplíteo com prótese de PTFE em MID. O paciente evoluiu, após 6 anos da amputação, com dor em região inguinal direita e presença de massa pulsátil de crescimento progressivo. O ultrassom Doppler identificou o pseudoaneurisma (diâmetro: 4,2 x 7,3 cm; colo: 1,56 cm) em artéria femoral comum com trombo mural e enxerto protético não funcional. Com o auxílio da Angiotomografia, foi optado por tratamento percutâneo com acesso axilar esquerdo. O pseudoaneurisma foi cateterizado e excluído com o uso de stent revestido Fluency® Plus 9x120mm. A angiografia de controle evidenciou exclusão do pseudoaneurisma e preservação dos ramos da artéria femoral profunda.</p> <p>DISCUSSÃO: A vigilância ecográfica das anastomoses de enxertos protéticos deve ser realizada para o diagnóstico precoce de pseudoaneurismas. O tratamento endovascular com stent revestido constitui um tratamento seguro e oferece menor risco cirúrgico ao paciente.</p>

PO 130-3	PO 131-2
<p>TRAUMA CERVICAL PENETRANTE POR ARMA BRANCA: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO DE HIPOFARINGE COM RETALHO MUSCULAR</p> <p>Bruno Amantini Messias, Beatriz Queiroz Cruz, Renata Salvino Zanon, Fabio Orsi Ceribelli, Breno Falco, Erica Rossi Mocchetti, Jaques Waisberg, Mariana Pinto Ribeiro</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os traumatismos da região cervical destacam-se por sua alta complexidade e elevada morbidade. As lesões penetrantes constituem um mecanismo de trauma importante, presente em 5-10% dos politraumatizados e com uma taxa de mortalidade estimada em 3-10%. Há predomínio nos homens entre a terceira e quarta décadas de vida e o mecanismo mais comum é o ferimento por arma de fogo. O tratamento dos traumas cervicais penetrantes ainda é controverso, sendo tendência atual o tratamento cirúrgico seletivo baseado em estabilidade clínica, achados clínicos e exames complementares</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 39 anos, deu entrada no Pronto Socorro com história de agressão física por arma branca, apresentando ferimento transfixante em região cervical. Apresentava-se estável hemodinamicamente, vias aéreas pérvias, Glasgow 15, com lesão transfixante em zona II, com saída de secreção salivar e apresentou um episódio de hematêmese em pequena quantidade. Optado pela realização de tomografia computadorizada que evidenciou desvio e redução da luz em área de faringe e laringe supraglótica e moderado hematoma em veia jugular interna direita. Foi submetido a cervicotomia exploradora e identificada lesão de hipofaringe em toda a sua extensão e lesão de veia jugular interna direita com sangramento importante. Realizada ligadura de veia jugular direita e em seguida fechamento de lesão de hipofaringe com sutura de lesão com Vycril 3.0 e retalho de músculo esternocleidomastoideo, traqueostomia, drenagem cervical e passagem de sonda nasoenteral. Permaneceu 10 dias com dieta enteral. Submetido a teste com líquidos sem extravasamento cervical sendo optado por introdução de dieta via oral. Evoluiu sem queixas e com boa aceitação de dieta, recebendo alta hospitalar no 13º dia de pós operatório</p> <p>DISCUSSÃO: A região cervical pode ser dividida anatomicamente em três zonas (I, II, III), compreendidas, respectivamente, entre as clavículas e a cartilagem cricóide; a cartilagem cricóide e o ângulo da mandíbula; o ângulo da mandíbula e a mastoide. A zona II é a região mais acometida e as lesões cervicais mais frequentes são: vasculares (21-27%), medula espinhal (16%) e às lesões do trato aerodigestivo (6-10%), que podem acometer a laringe, traqueia, faringe ou esôfago. O diagnóstico pode ser realizado através do exame físico ou auxiliado por exames complementares como radiografia simples em três incidências, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Atualmente, o método de escolha seria a angiotomografia computadorizada, que possui alta resolução e sensibilidade, principalmente na identificação de lesões vasculares. Em relação as vias aéreas e trato digestivo, são lesões associadas a traumas de alta morbimortalidade e que muitas vezes não apresentam-se com sinais específicos, podendo ser assintomáticas até o momento em que o quadro torna-se grave, levando à complicações como mediastinite e sepsé. Devido a alta mortalidade desse tipo de lesão, o retalho muscular se mostra como uma opção a ser lembrada.</p>	<p>ANEURISMA POS TRAUMATICO DE ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL</p> <p>Maria Gabriela Silva Garcia, Giovanna Ceola Ferreira, Ana Flavia Ribeiro Francisco, Matheus Galassi Defendi, Isabelle Santiago Silva, Sthefano Atique Gabriel, Adriana Maria Da Silva Gonçalves, Isabella Rodrigues David</p> <p><i>Unilago - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas da artéria temporal superficial são raros e pouco discutidos na literatura. Na maior parte dos casos, são pseudoaneurismas de origem traumática. O objetivo do trabalho é relatar um caso de tratamento cirúrgico do aneurisma pós traumático de artéria temporal superficial esquerda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 27 anos, vítima de trauma domiciliar (portão da garagem) em região temporal esquerda. Sete dias após o trauma, o paciente referiu início de cefaléia importante, acompanhado de tontura, zumbido em pavilhão auricular esquerdo e surgimento de massa pulsátil em região temporal esquerda com crescimento progressivo. O ultrassom Doppler evidenciou dilatação aneurismática da artéria temporal superficial esquerda em região frontotemporal medindo 0,41 cm x 1,05 cm com luz verdadeira de 0,5 cm. O paciente foi submetido à excisão cirúrgica do aneurisma de artéria temporal superficial, sob anestesia geral, sendo o mesmo enviado para análise histopatológica que confirmou o aneurisma pós traumático da artéria temporal superficial. No acompanhamento pós operatório, não houve complicações relacionadas a ferida operatória e nem comprometimento estético para o paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de sua raridade, o aneurisma pós traumático de artéria temporal superficial constitui um importante diagnóstico diferencial para massas presentes na região temporal, sendo a excisão cirúrgica seu tratamento de escolha.</p>
<p>PO 131-3</p> <p>TRAUMA ABDOMINAL POR SERRA CIRCULAR: RELATO DE CASO</p> <p>EDUARDO MEDINA FELICI, PAULO FELICI, SERGIO MIYOSHI KITA, FERNANDA MEDINA FELICI, ANA BEATRIZ NEGROMONTE FALCÃO, BEATRIZ DA CUNHA RAYMUNDO FELICI</p> <p><i>Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição - CAMPOS BELOS - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesão por serra circular é causa cada vez mais frequente de atendimento em pronto socorro, principalmente devido à facilidade de acesso a serras de baixo preço e a falta de equipamentos de segurança. As mãos são os locais mais atingidos, ocasionando por vezes amputações de dedos e lesões incapacitantes. Porém as lesões podem ocorrer em locais não convencionais, como no caso a seguir relatado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, de 38 anos, deu entrada no pronto socorro do nosso serviço, trazido por ambulância, com história de trauma inguinal à esquerda provocado por serra circular, tipo Makita, ocorrido cerca de 50 minutos antes. Relatando dor intensa local e apresentando vômitos. FC: 98 bpm, PA: 140 x 80mmHg, SatO2: 98% ar ambiente, FR: 18irpm. Ao exame: Evisceração de alças de delgado pelo ferimento inguinal. Levado ao centro cirúrgico, onde foi submetido à raqui anestesia e laparotomia exploradora. Realizado redução da evisceração, através da incisão mediana. Evidenciado lesão em sigmoide, na borda antimesocólica, com cerca de 03cm de extensão, sem contaminação grosseira por fezes. Realizado desbridamento das bordas e rafia primária, em dois planos. Implante de dreno túbulo laminar, na cavidade. Na região inguinal esquerda, foi constatada lesão oblíqua, com cerca de 20cm, se estendendo do quadrante inferior esquerdo do abdome a face anterior da coxa esquerda. Foram evidenciadas as seguintes lesões: secção do músculo sartório e iliopeoa, violação da cavidade devido secção da aponeurose do oblíquo externo, ligamento inguinal, músculo oblíquo interno, músculo transverso do abdome, fâscia transversalis e peritônio parietal, logo acima do anel inguinal interno. A lesão ocorreu lateral, paralela e a cerca de 01cm da artéria femoral superficial esquerda. Realizada reconstrução da região inguinal e da musculatura da coxa esquerda, por planos. Realizado antibiótico terapia com metronidazol e ceftriaxona, até 5º dia pós operatório (DPO). Foi introduzida dieta líquida já no 1º DPO, e mantida até o 6º DPO, quando foi introduzida dieta pastosa. No 7º DPO, foi retirado o dreno de cavidade, e a alta ocorreu no 8º DPO. Foi iniciado fisioterapia motora já na segunda semana de pós operatório. No 3º mês de pós operatório o paciente apresentava somente pequena limitação nos movimentos de flexão, adução e rotação da coxa.</p> <p>DISCUSSÃO: Na literatura pouco se encontra sobre traumas abdominais ocasionados por serra circular, sendo que a maioria dos trabalhos aborda os traumas em mão, devido este ser o local mais acometido. No caso descrito foi evidenciado o potencial traumático da serra circular. Foi observado que a rafia primária do sigmoide foi adequada para o caso, juntamente com a reconstrução da região inguinal e posterior fisioterapia motora.</p>	<p>PO 132-2</p> <p>TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA DE VEIA SAFENA MAGNA CEAP 05 COM TERMOABLAÇÃO POR RADIOFREQUENCIA</p> <p>Isabelle Santiago Silva, Giovanna Ceola Ferreira, Maria Gabriela Silva Garcia, Ana Flávia Ribeiro Francisco, Matheus Galassi Defendi, Jéssica Aparecida Marcinkevicius, Beatriz Custódio Silva, Sthefano Atique Gabriel</p> <p><i>Unilago - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A insuficiência venosa crônica (IVC) avançada constitui uma importante causa de afastamento do trabalho e aposentadoria precoce por invalidez. A presença de dermatite ocre, lipodermatoesclerose, eczema e úlcera de estase podem dificultar o tratamento cirúrgico convencional, sendo necessário optar por uma técnica minimamente invasiva. Nosso objetivo é relatar o caso de um paciente portador de IVC CEAP 05 com insuficiência de veia safena magna (VSM) bilateral, que foi submetido à termoablação com radiofrequência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 36 anos, portador de IVC CEAP 05, com insuficiência de veia safena magna desde terço médio de perna até crossa, em ambos os membros inferiores, ao ultrassom Doppler. Antecedentes Pessoais: fratura antiga parcialmente consolidada em fíbula direita e fratura consolidada em tibia direita. Cicatriz extensa em coxa direita por acidente com caco de vidro. Foi optado pelo tratamento cirúrgico com termoablação com radiofrequência sob raqui anestesia. Em ambos os membros inferiores, foi realizada punção de VSM guiada por ultrassom, em terço proximal de perna, e passagem de introdutor 7Fr. O cateter Closure Fast foi posicionado até 2cm de distância da junção safeno-femoral e, após intumescimento de compartimento safeno, foi realizada a termoablação da VSF a 120oC a cada 7cm com a retração do cateter Closure Fast. Após a termoablação foi realizado controle ultrassonográfico que evidenciou perviedade e compressibilidade do sistema venoso profundo e oclusão da veia safena magna em ambos os membros inferiores. Não houve trombose venosa profunda e a VSM em ambos os membros inferiores mantêm-se ocluídas ao controle ultrassonográfico de 7 dias e 30 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A termoablação com radiofrequência constitui um procedimento pouco invasivo para o tratamento da IVC, com baixa dificuldade técnica em sua execução e baixo risco de complicações como infecção, lesões nervosas e trombose venosa profunda. Estudos recentes ressaltam a termoablação com radiofrequência o tratamento de escolha para a IVC avançada (CEAP 4, 5 e 6) com taxas de oclusão da veia safena magna superiores a outras técnicas pouco invasivas, como termoablação com laser ou escleroterapia com polidocanol.</p>

PO 132-3	PO 133-2
<p>LESÃO ATÍPICA DE JEJUNO PROVENIENTE DE UM TRAUMA ABDOMINAL FECHADO</p> <p>Rogério Rodrigues Veloso, Dórica Pereira Martins, Camila Fecury Cerqueira, João Victor Pereira Gomes, Andressa Borges Brito, Andressa Santos Osório, Renata Gama Lino, Paulo Henrique Dias Moraes</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é uma lesão decorrente de uma ação repentina e violenta causada por diversos agentes. Sua ocorrência vem ampliando e a gravidade é determinada pela severidade das lesões que compõem as estruturas vitais do abdome e pela associação com outras lesões. No trauma abdominal fechado a pele está íntegra, sendo que os efeitos do agente agressor são transmitidos às vísceras através da parede abdominal, ou se dão por contragolpe ou desaceleração. As causas mais comuns de contusão são os acidentes automobilísticos (70%), os golpes (17%) e as quedas acidentais (6%). As contusões são responsáveis por 1% de todas as internações hospitalares por trauma abdominal. A associação de variáveis clínicas com a ultrassonografia de abdômen total vem sendo utilizadas para a exclusão de lesões intra-abdominais em vítimas de trauma fechado, minimizando-se a realização de TC de abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: V.P.L., 44 anos, masculino, admitido no Hospital Regional de Araguaína (HRA) vítima de queda de cavalo, com trauma abdominal fechado, devido a choque com cabo de aço, evoluindo com dor abdominal intensa com náuseas e vômitos. Ao exame, LOTE, REG, acianótico, anictérico, eupneico, hipocorado ++/++++, aparelho respiratório sem alterações, abdome: plano, tenso, doloroso a palpação superficial com presença de escoriações. Na ultrassonografia evidenciou-se líquido livre anecóico em pequena quantidade na cavidade peritoneal, dando o diagnóstico de hemoperitônio. Foi indicado uma laparotomia exploradora onde foi realizado uma incisão mediana supra infra umbilical e diérese em planos até chegar a cavidade peritoneal onde foi visualizado um hematoma de médio volume na região da 2ª porção do duodeno com secreção complexa de jejuno a 5 cm do ângulo de Treitz. Fígado, baço, restante dos intestinos sem alterações. Procedeu-se com a realização da manobra de Kocher para liberação do duodeno. Foi retirado as bordas de ambas as alças distais e proximais em seguida anastomose latero-lateral com gramepeador linear, e enterografia com vicyl em um dos planos, também realizou-se a lavagem da cavidade abdominal e a drenagem do abscesso intracavitário. Feito por último a síntese da apneurose e pele com fixação de um dreno de penrose. Paciente com boa evolução no pós-operatório recebendo alta hospitalar no 23º dia de pós-operatório, abdome flácido, indolor, com ruídos hidroaéreo presentes.</p> <p>DISCUSSÃO: O sucesso no manejo do trauma abdominal é caracterizado pela eficiência da abordagem inicial que permite instituir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das lesões intra-abdominais, quando presentes. Em paciente estáveis com líquido livre na cavidade e sem lesões de fígado ou baço na TC de abdômen deve-se adotar como conduta uma laparotomia exploradora pois o líquido pode ser de meso ou por lesão de víscera oca.</p>	<p>ANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, GUILHERME DE MATOS ABE, LUIZ CÉSAR DE CAMARGO FERRO, LUIZ PEDRO FERREIRA DE ASSIS, VINÍCIUS GUILARDE ANCELMO</p> <p><i>Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O aneurisma de artéria subclávia (AAS) representa menos de 1% dos aneurismas de sítios periféricos. Nos AAS, a etiologia mais frequente são placas ateroscleróticas, na porção intra ou extratorácica do vaso, podendo complicar com embolização, trombose ou ruptura. Outra possível causa é a Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT), decorrente da compressão do feixe neurovascular nesta região devido a anormalidades ósseas, cursando com sintomas de dor e parestesias. Descrevemos um caso de AAS tratado cirurgicamente no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da UFG (HCUFG).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 37 anos, histórico de tabagismo e etilismo ocasional, sem antecedentes de cirurgias prévias e doenças crônicas. Referia, há 11 dias, quadro de parestesia, dor, palidez e extremidades frias em membro superior direito (MSD), pior em região distal, que melhorava com repouso e ao abaixar o membro. Ao exame físico, apresentava em MSD: pulso reduzido, extremidades frias, PA inaudível, tempo de enchimento capilar lentificado e massa pulsátil em região proximal de clavícula. Interrogou-se AAS direita somado a embolia arterial aguda de porção distal da artéria braquial secundária a SDT. Foi realizado ultrassonografia Duplex Scan (USG-DS) de artéria subclávia direita e angiogramografia computadorizada (angio-TC) de tórax, confirmando a hipótese prévia. Optou-se por realizar procedimento endovascular, por meio do fio guia rígido, procedendo-se com a colocação de endoprótese para correção do aneurisma de subclávia direita e emblectomia da artéria braquial direita. Evoluiu com resolução do quadro clínico, recebendo alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Na SDT, as lesões arteriais geralmente correm em consequência da compressão arterial a partir de anormalidades ósseas. Em virtude de a artéria subclávia passar sobre a costela cervical, a compressão pode ocorrer em sua porção inferior gerando uma lesão da camada íntima somado ou não a dilatação pós-estenótica, podendo resultar em aneurisma. Sendo assim, no contexto da cirurgia vascular, a hipótese de AAS secundário a SDT deve estar presente em investigações de casos isquêmicos de membro superior. No diagnóstico, a USG-DS é o exame mais indicado para triagem. A angiografia é, classicamente, o padrão ouro para diagnóstico, todavia, a angio-TC e a angiorensonância magnética possuem grande acurácia, sendo seu uso crescente. A intervenção cirúrgica é recomendada como primeira linha de tratamento, pois previne rupturas e embolizações. Tanto a técnica aberta quanto a endovascular apresentam bons resultados. Não obstante, a terapia endovascular, empregada neste paciente, possui vantagens como: evitar grandes incisões abertas e cicatrizes, internação prolongada e desenvolvimento de comorbidades após abordagem cirúrgica. Por conseguinte, este relato se faz relevante devido a raridade do AAS e da apresentação característica da SDT como etiologia, evidenciando bom resultado com o emprego da técnica endovascular.</p>
<p>PO 133-3</p> <p>TRAUMA PERFORANTE CERVICAL: UM RELATO DE CASO E NOVAS PERSPECTIVAS SOBRE O MANEJO</p> <p>Murillo Nasser Rayol Silva, João Victor Cândido Luz, Renan Shodi Kuramoto Sado</p> <p><i>UnB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma cervical perfurante representa somente 1% de todos os traumas que chegam a um hospital, desses casos, 20% envolvem dano vascular. Esse trabalho visa discutir esse trauma, que é infrequente em plantões, possui uma taxa importante de mortalidade de até 10% e se constitui num desafio para o cirurgião geral. Realizamos uma revisão de literatura que buscou aplicar a medicina baseada em evidências no manejo de traumas cervicais, com a proposta de novos algoritmos de tratamento. É importante atualizar conceitos, e reconsiderar abordagens, a fim de melhor aproveitar recursos do serviço no qual o cirurgião está e melhor gerir seu tempo dentro de um setor de traumas.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 32 anos, vítima de múltiplas perfurações por arma branca. Ao exame físico, apresentava as lesões em dorso de tórax à direita e em região cervical esquerda em zona II com evidente penetração de músculo platísmo e discreto escape aéreo pela lesão cervical. O paciente estava consciente, taquicárdico, hipocorado com pulso filiforme. Escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreativas. Foi então submetido à cervicotomia lateral esquerda exploratória, que identificou lesão transfixante sangrante e volumosa de veia jugular interna e lesão puntiforme de traqueia em região lateral esquerda. Realizada rafia com pontos contínuos em lesão venosa e traqueostomia. Após o procedimento o paciente se permaneceu estável. Recebeu alta médica no quarto dia pós-operatório e ATB por 6 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: O trauma cervical perfurante representa apenas 1% dos casos de trauma nos EUA, que por definição compromete a integridade do músculo platísmo. Por menor que seja o número de casos nos centros de trauma, grande deve ser a atenção para o assunto, visto que muitas estruturas vitais são envolvidas, lesões cervicais perfurantes podem ter uma mortalidade de 3 até 10%. Em 50% dos casos a morte se dá devido à hemorragia que segue o dano vascular sofrido. Tradicionalmente, a avaliação de pacientes estáveis hemodinamicamente que não apresentavam nenhum "hard signs" de lesão foi baseada na divisão em zonas, descrita por Roan e Christensen em 1979. Assim, todos os casos de trauma perfurante que atinjam a zona II, do pescoço eram imediatamente encaminhados para a cervicotomia exploratória. No entanto, hoje se observa que essa abordagem não é eficiente, pelos procedimentos muito invasivos que ela propõe. Em um estudo prospectivo, 80% dos pacientes passaram por um procedimento cirúrgico desnecessariamente. Métodos de imagem modernos permitem uma triagem melhor do paciente que proporciona uma diminuição do custo e do tempo de internação do paciente, de 5,1 dias para 1,5, por evitar uma cervicotomia não-terapêutica. Nosso trabalho visa propor uma abordagem contemporânea que não trata a região cervical como dividida em zonas, mas como um todo. Dando preferência a manejos menos invasivos e baseando a indicação cirúrgica em exames de imagem como a angio TC, na ausência de qualquer "hard signs" de lesão vascular ou de via aérea.</p>	<p>PO 134-2</p> <p>EMBALIA, RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>ISABELA DUARTE E SOUZA ISABELA DUARTE ISABELA DUARTE, clóvis luís Konopka, Marciel Dalmolin Londero, Iane Ribeiro Corrêa, hendil Fortes da Fonseca</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - SANTA MARIA - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo embalia é utilizado em medicina para caracterizar a embolização de projétil de arma de fogo na circulação sanguínea. O trauma vascular por arma de fogo é frequente, porém a ocorrência de embalia é extremamente rara, representando cerca de 0,3% entre os traumas vasculares. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de embalia atendido no Hospital Universitário de Santa Maria - RS e revisar a literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de um paciente masculino, com 22 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo na face posterior do hemitórax esquerdo, que desenvolveu sinais clínicos de oclusão arterial aguda no membro inferior esquerdo. Foi submetido a extração cirúrgica do projétil em artéria femoral comum, com retorno imediato dos pulsos arteriais e reperfusão da extremidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Os principais fatores relacionados à embalia são projétil de pequeno calibre e baixa energia cinética, além do diâmetro do vaso maior que o do projétil. As manifestações clínicas são: dor, parestesias, palidez, cianose, ausência de pulso e gangrena da extremidade. Outros sinais clínicos variam conforme a migração do projétil. Estes, geralmente, ocorrem logo após o míssil entrar na circulação, mas também podem ocorrer dias, semanas ou, até mesmo, anos depois do trauma. Devido a sua baixa prevalência, para o diagnóstico precoce de embalia, necessita-se de um profissional médico com alta suspeição diagnóstica que avalie com atenção a trajetória do projétil. Deve haver suspeita de embalia em qualquer paciente com trauma por arma de fogo quando não se identifica o ferimento de saída do projétil. Suspeita-se também quando há evidência radiológica da presença de uma bala em locais anatómicos incomuns, sem qualquer relação com a ferida de entrada e / ou onde a evidência radiográfica não corresponde para a trajetória de bala esperada. O manejo inicial de todos os êmbolos de bala inclui localização com radiografia total do corpo. A tomografia computadorizada e a angiografia terão suma importância no manejo, se o paciente estiver estável hemodinamicamente. Embora não haja consenso a respeito do tratamento e indicações para a remoção de êmbolos de bala de projétil, a maioria dos estudos recomenda tratamento conservador com acompanhamento longitudinal nos casos assintomáticos e recomenda a remoção cirúrgica da bala quando houver sintomas ou se houver possibilidade de complicações em deixá-la no lugar. O principal objetivo da remoção do projétil, como no caso relatado, é a restauração do fluxo sanguíneo, para prevenir propagação complicações, como gangrena, amputação da extremidade e óbito. Portanto, apesar da embalia ser rara, alta suspeição resulta em diagnóstico e tratamento precoces que acarretam na atenuação da morbimortalidade.</p>

PO 134-3	PO 135-2
<p>PANCREATECTOMIA DISTAL COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA NO TRAUMA: RELATO DE CASO</p> <p>STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES, MÔNICA PATRÍCIA MONTAN MONTANO, AMANDA VITIELLO PEREIRA BROSCO, ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA, BRUNELLA SILVA CERQUEIRA, CAIO DJIN KAWAMURA MADUENO, JAKUES WAISBERG, ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES</p> <p><i>Centro Hospitalar Municipal de Santo André Dr. Newton da Costa Brandão – Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) - SANTO ANDRE - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma pancreático representa 5 a 7% dos traumas abdominais penetrantes. A sua baixa incidência é devido à sua localização retroperitoneal e pelo mesmo motivo seus sinais e sintomas são menos exuberantes. Na maioria dos casos, está associado a lesões de outros órgãos e com morbi-mortalidade elevada. Assim, seu diagnóstico e tratamento precoces, apresentam um impacto positivo na sobrevida dos pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 34 anos, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo abdominal foi submetido à laparotomia exploradora; no intra-operatório, observou-se grande quantidade de sangue livre, lesões nos segmentos II e IV do fígado, diafragma e hematoma não expansivo em zonas I e II à esquerda de retroperitônio. Devido à instabilidade hemodinâmica foi optado pela cirurgia de controles de danos. Foi então encaminhado à UTI e após 16 horas, foi submetido à reabordagem cirúrgica. A exploração dos hematomas foi identificado trauma pancreático com lesão ductal e trauma do hilo renal, quando se optou pela pancreatectomia corpo caudal com preservação esplênica e nefrectomia esquerda. Paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no 15º PO.</p> <p>DISCUSSÃO: A indicação da cirurgia de controle de danos é de fundamental importância nos traumas abdominais, incluindo o trauma pancreático. As lesões associadas e lesões desapercibidas pancreáticas são responsáveis pela alta morbidade e mortalidade nesse tipo de trauma. Assim, a estabilização na fase 2 da cirurgia de controle de danos permite a reabordagem do paciente em melhores condições clínicas e por uma equipe afeita à cirurgia pancreática. Lesões complexas e/ou a lesão de ducto pancreático principal (DP), são tratadas com pancreatectomia. Lesões à esquerda dos vasos mesentéricos são passíveis de pancreatectomia distal com ou sem preservação esplênica. Ao removê-lo, constatou-se aumento da infecção fulminante pós-esplenectomia (IFPE), da morbidade precoce e tardia às infecções e da mortalidade séptica, sendo estimulada a preservação total ou parcial do órgão. Por tais motivos, a cirurgia de controle de danos aumenta significativamente a sobrevida de pacientes graves pois permite re-operação programada em melhores condições clínicas. A pancreatectomia distal com preservação esplênica é factível no trauma e diminui a mortalidade por infecção pós-operatória, sem aumentar a morbidade e tempo cirúrgico.</p>	<p>EMBALIA, RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>ISABELA DUARTE E SOUZA ISABELA DUARTE ISABELA DUARTE, Clóvis Luís Konopka, Iane Ribeiro Corrêa, Marcieli Dalmolin Londero</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - SANTA MARIA - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo embalia é utilizado em medicina para caracterizar a embolização de projétil de arma de fogo na circulação sanguínea. O trauma vascular por arma de fogo é frequente, porém a ocorrência de embalia é extremamente rara, representando cerca de 0,3% entre os traumas vasculares.</p> <p>RELATO DE CASO: Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de embalia atendido no Hospital Universitário de Santa Maria - RS e revisar a literatura. Trata-se de um paciente masculino, com 22 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo na face posterior do hemitórax esquerdo, que desenvolveu sinais clínicos de oclusão arterial aguda no membro inferior esquerdo. Foi submetido a extração cirúrgica do projétil em artéria femoral comum, com retorno imediato dos pulsos arteriais e reperfusão da extremidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Os principais fatores relacionados à embalia são projétil de pequeno calibre e baixa energia cinética, além do diâmetro do vaso maior que o do projétil. As manifestações clínicas são: dor, parestesias, palidez, cianose, ausência de pulso e gangrena da extremidade. Outros sinais clínicos variam conforme a migração do projétil. Estes, geralmente, ocorrem logo após o míssil entrar na circulação, mas também podem ocorrer dias, semanas ou, até mesmo, anos depois do trauma. Devido a sua baixa prevalência, para o diagnóstico precoce de embalia, necessita-se de um profissional médico com alta suspeição diagnóstica que avalie com atenção a trajetória do projétil. Deve haver suspeita de embalia em qualquer paciente com trauma por arma de fogo quando não se identifica o ferimento de saída do projétil. Suspeita-se também quando há evidência radiológica da presença de uma bala em locais anômicos incomuns, sem qualquer relação com a ferida de entrada e / ou onde a evidência radiográfica não corresponde para a trajetória de bala esperada. O manejo inicial de todos os êmbolos de bala inclui localização com radiografia total do corpo. A tomografia computadorizada e a angiografia terão suma importância no manejo, se o paciente estiver estável hemodinamicamente. Embora não haja consenso a respeito do tratamento e indicações para a remoção de êmbolos de bala de projétil, a maioria dos estudos recomenda tratamento conservador com acompanhamento longitudinal nos casos assintomáticos e recomenda a remoção cirúrgica da bala quando houver sintomas ou se houver possibilidade de complicações em deixá-la no lugar. O principal objetivo da remoção do projétil, como no caso relatado, é a restauração do fluxo sanguíneo, para prevenir propagação complicações, como gangrena, amputação da extremidade e óbito. Portanto, apesar da embalia ser rara, alta suspeição resulta em diagnóstico e tratamento precoces que acarretam na atenuação da morbimortalidade.</p>
<p>PO 135-3</p> <p>TRATAMENTO CONSERVADOR NO FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM SEPTO INTERVENTRICULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Daniel Siqueira Barbosa, Elcias Baldoíno Vilarinho, Ítalo Lustosa Rolim, Maria Dallara Barroso e Silva, Raissa Ribeiro Portela e Vasconcelos, Jessé Nogueira Dantas Júnior</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os traumas cardíacos por arma de fogo são geralmente fatais, com alta mortalidade no momento da lesão. Dentre os sobreviventes, existem apenas 322 casos de tratamento conservador relatados na literatura entre 1940 e 2009. Ocorre predominantemente no sexo masculino, acometendo mais frequentemente o hemicoração direito por sua disposição anatômica, seguido do lado esquerdo e do pericárdio. A literatura sugere procedimento cirúrgico para retirada do corpo estranho quando: presente em cavidade cardíaca; alto risco para embolia; arritmia; infecção; tamponamento cardíaco ou ansiedade. No entanto, a sua raridade exige individualização dos casos baseada no tempo da lesão, na sintomatologia, na característica do corpo estranho e na localização. Este relato consiste em um tratamento conservador de uma lesão cardíaca por arma de fogo, cujo projétil permaneceu alojado no septo interventricular.</p> <p>RELATO DE CASO: Indivíduo, 39 anos, sexo masculino, admitido em hospital de urgência devido a múltiplas lesões por arma de fogo nas regiões cervical, torácica e abdominal. Ao exame físico apresentava-se consciente, orientado, hemodinamicamente estável, bulhas normofonéticas, sem sopros, taquicárdico, oximetria 97%. Referia dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Tomografia computadorizada (TC) cervical evidenciando projéteis alojados nos músculos espinotransversais à esquerda, na fossa supraclavicular e no subcutâneo; transição cervicotorácica à esquerda associada a enfisema subcutâneo. TC de tórax mostrou projétil alojado em ápice cardíaco do septo interventricular, sem derrame pericárdico ou hemopneumotórax associado. TC de abdome evidenciou hemopneumoperitônio e projétil em borda mesentérica do cólon transversal. Realizada laparotomia exploratória com enterectomia e enteroanastomose primária. Evoluiu sem: febre, instabilidade hemodinâmica, arritmias ou embolia, apesar da presença do projétil no ápice cardíaco do septo interventricular. No 3º dia de internação hospitalar foi realizado ecocardiograma, no qual manteve função sistólica e diastólica preservada com fluxos transvalvares normais e sem evidências de derrame pericárdico. Optou-se pela não retirada dos projéteis. Alta no 4º dia de internação hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: As indicações de tratamento conservador em pacientes hemodinamicamente estáveis com lesão cardíaca por arma de fogo ainda não apresentam consenso na literatura médica, o que implica uma avaliação individual em cada situação clínica.</p>	<p>PO 136-2</p> <p>FRATURA DE SUPERA ASSOCIADA A SÍNDROME DO APRISIONAMENTO DA ARTERIA POPLÍTEA</p> <p>Brenda Emily Dias Tavares, Elton Correia Alves, Diego Espíndola, Mario Amorim, Maria Andreia Lopes Freitas, Bruno Leonardo Freitas Soares, Mario Amorim, Wellington Bispo Mandinga</p> <p><i>UFAL - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome do Aprisionamento da Arteria Poplítea (SAAP) é uma doença caracterizada por compressão extrínseca da artéria poplítea e sua incidência é de cerca de 3,4%. Acomete principalmente pacientes jovens, saudáveis e praticantes de atividade física regular. Existem duas formas de apresentação: congênita, também denominada clássica ou anatômica, e a adquirida ou funcional. A forma congênita caracteriza-se por distúrbios no desenvolvimento embrionário da artéria poplítea ou dos componentes musculotendinosos da fossa poplítea, resultando em desvios arteriais ou no aparecimento de estruturas anômalas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 59 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e coronariopatia queixa-se de claudicação para curtas distâncias alternando com momentos de dor em repouso no membro inferior esquerdo. Relata tratamento endovascular prévio com implante de stent no segmento femoropoplíteo. Evidenciou-se fratura de stent previamente implantado associada a trombose intra-stent. Realizada trombectomia mecânica rotacional com dispositivo Rotarex e implante de stent SUPERA 5 x 100 mm no segmento poplíteo. Durante acompanhamento, paciente retorna com a queixa inicial, sendo submetido a nova intervenção endovascular onde foi evidenciada fratura do SUPERA implantado, sendo realizada transposição da lesão, nova trombectomia rotacional com Rotarex e implante de Stent revestido. Durante o internamento foi realizada ultrassonografia que evidenciou síndrome do aprisionamento da artéria poplítea tipo II (cabeça medial do músculo gastrocnêmio origina-se na metáfise femoral, a artéria poplítea encontra-se medial e anteriormente ao músculo causando compressão externa). Submetido a tratamento cirúrgico para correção anatômica. Encontra-se em seguimento e assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: O segmento femoropoplíteo é um território desafiador para o implante de Stent devido as forças ao qual a artéria é submetida. A fratura de SUPERA é um evento raro. Essa complicação está relacionada ao tipo, número e comprimento de stents implantados; não sendo comum nos casos do uso do SUPERA, devido a melhoria em termos de tamanho, perfil, navegabilidade e sistema de entrega, apresentando características que melhoram o desempenho por meio do aumento da força de resistência ao esmagamento e flexibilidade, assim como a redução da força radial crônica. Entretanto, no caso em questão, evidencia-se que a associação com a síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP), patologia caracterizada pela compressão extrínseca desse vaso, possivelmente determinou a ocorrência da fratura, visto que não há compatibilidade do tipo de dispositivo empregado com o evento ocorrido. Ao determinar a hipótese diagnóstica, é imprescindível que haja a certificação de que os parâmetros história clínica e propedéutica armada foram considerados de forma particular, a fim de estabelecer uma conduta compatível com o diagnóstico. Considera-se importante a reavaliação do paciente quando necessário.</p>

PO 137-2	PO 137-3
<p>SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES: UM RELATO DE CASO</p> <p>ANA PAULA PEREIRA GUIMARÃES, THIAGO ADRIANO SILVA GUIMARÃES, MARIA KAROLINE SOUZA CHAGAS, EDSON ANTONACCI JUNIOR, DIEGO SANTOS FREITAS, LORENA SANTOS BORGES, NATANE MIQUELANTE, JÚLIO CÉSAR SANTOS SILVA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - PATOS DE MINAS - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de quebra-nozes (SQN) é uma doença rara caracterizada pela compressão da veia renal esquerda (VRE) pela artéria mesentérica superior (AMS) em sua passagem entre esta e a aorta abdominal (SQN anterior). O objetivo deste relato foi descrever um caso de SQN em uma paciente com quadro de dor pélvica crônica e cólicas renais episódicas à esquerda que evoluíram com hematuria macroscópica, a fim de propagar a possibilidade diagnóstica dessa síndrome em pacientes com quadro semelhante. RELATO DE CASO: F.A.A., feminino, 28 anos, com cólicas renais episódicas à esquerda, dor pélvica crônica com piora da intensidade em períodos peri-menstruais, mormente à esquerda e quadro de hematuria macroscópica associada à piora do quadro algico. Nega história familiar de hematuria ou doença renal. Ao exame físico: dor à palpação em FIE, desconforto brusca e sinal de Giordano negativos. Propedêutica laboratorial sem alterações. Ausência de cálculo renal à ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC). À TC: numerosas varizes pélvicas e uterinas à esquerda. Angiotomografia (angio-TC) venosa de abdome e pelve: redução do ângulo aorto-mesentérico com severa compressão da VRE, dilatação de veia gonadal esquerda (VGE), varizes pélvicas e uterinas exclusivamente à esquerda, determinando diagnóstico de SQN anterior. Foi realizado procedimento cirúrgico endovascular com implante de stent auto-expansível de nitinol em VRE, com sucesso terapêutico.</p> <p>DISCUSSÃO: A SQN é uma doença pouco descrita na literatura, com maior prevalência no sexo feminino e idade de apresentação bimodal: jovens entre 20 e 30 anos e adultos de meia-idade (HANGGE et al., 2018). Para diagnóstico, a TC é o exame de escolha e pode evidenciar circulação colateral no hilo renal, opacificação da VGE (inferindo refluxo) e redução do ângulo aortomesentérico (<10°). O Doppler pode revelar aumento > 5 vezes na velocidade do fluxo na passagem pela AMS em relação ao hilo renal e aferição via cateterismo do gradiente venoso entre a veia renal e a cava inferior ≥ 3 mmHg. Na angio-TC ou angiressonância, o ângulo aorto-mesentérico é < 45° (MACEDO et al., 2018). O tratamento conservador é utilizado em pacientes jovens pouco sintomáticos. O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes com sintomas severos ou com sintomas persistentes há mais de 6 meses no adulto e 24 meses em menores de 18 anos. Há a possibilidade de métodos cirúrgicos abertos, laparoscópicos ou cirurgia endovascular. As técnicas de cirurgia endovascular incluem a embolização da VGE e a colocação de stent (MACEDO et al., 2018).</p>	<p>Lesão de cólon e bexiga decorrentes de trauma abdominal contuso: um relato de caso</p> <p>BRENA COSTA SANTOS, BARBARA BARDELLA MORAIS, LUÍS GUSTAVO DE AZEVEDO</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões de cólon resultantes de trauma abdominal contuso são raras, com uma incidência de 0,1 a 0,5% de todos os traumas. Cerca de 50% dos pacientes com lesões colônicas por trauma abdominal fechado submetidos a laparotomia apresentam lesão serosa envolvendo 50% ou mais da circunferência da parede do cólon, desvascularização mesentérica ou perfuração de espessura total. Já a bexiga representa apenas 2% de todos os traumas abdominais que requerem intervenção cirúrgica, sendo o trauma contuso responsável por 60-80% dessas lesões. O presente relato refere-se a um paciente atendido na emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar pelo serviço de Cirurgia Geral, em outubro de 2018, apresentando lesão destes dois órgãos.</p> <p>RELATO DE CASO: J.S.C., masculino, 23 anos, vítima de colisão moto x anteparo de alta energia. Ao exame, apresentava desorientação e sinais de embriaguez, abdome distendido e com sinal de irritação peritoneal. Solicitada tomografia computadorizada de crânio, cervical, tórax, abdome e pelve, que evidenciou líquido livre peri-hepático, peri-esplênico e pélvico, além de borramento do mesentério na região pélvica. Não havia lesões neurocirúrgicas. Devido aos achados, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora de emergência, na qual foi encontrada grande quantidade de secreção sero-hemática, lesão extensa do mesentério com sangramento ativo proveniente da artéria sigmoideia inferior, lesão em desenrolamento do cólon sigmoide, com envolvimento de 100% da circunferência da serosa e laceração da cúpula vesical com pequeno sangramento ativo. Realizou-se ligadura da artéria sigmoideia inferior, rafia da cúpula vesical com Catgut cromado 3.0, sigmoidectomia com anastomose colorretal término-terminal com Prolene 3.0 em plano único, fechamento da brecha mesentérica com Vicryl 3.0 e drenagem da cavidade com dreno tubular encamisado próximo a anastomose colorretal. No pós-operatório manteve-se dieta oral zero e antibioticoterapia, com introdução de dieta líquida de prova no 3º dia e dreno de cavidade mantendo baixo débito de secreção sero-hemática, além de eliminação de flatos presentes. A hematuria macroscópica em cateter vesical de demora apresentou melhora evolutiva, recebendo alta hospitalar no 10º dia.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão de cólon como consequência de trauma fechado é rara, ocorrendo em 5% dos casos. O reparo primário deve ser feito quando o mecanismo de trauma for contuso ou por arma branca, se o paciente estiver hemodinamicamente estável, sem história de choque à admissão e se houver contaminação fecal mínima ou moderada, apresentando taxa de complicação menor à de derivação do trânsito intestinal, quando indicado corretamente. A ruptura intraperitoneal da bexiga é usualmente considerada uma indicação absoluta de intervenção cirúrgica frequentemente associada com lesões de vísceras ocultas, especialmente o cólon e o reto. Por serem lesões concomitantes em decorrência de trauma abdominal fechado extremamente raras, seu diagnóstico demanda alto nível de suspeição.</p>
<p>PO 138-2</p> <p>DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA RECORRENTE, UM RELATO DE CASO</p> <p>Sara Ayres Soares de Souza, Amanda de Souza Schlosser, Bruna Leles Vieira de Souza, Juliana Soares de Araújo, Leonardo Paiva Marques de Souza, Phelipe Fabrin Santos Lucas, Victória Mundim Sales da Cruz, Ana Claudia Cavalcante Nogueira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dissecção aguda da aorta (DAA) é uma emergência cardiovascular e tem como principal fator de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Resulta da ruptura da camada íntima vascular, criando uma falsa luz no vaso. Esta ruptura ocorre principalmente em pontos onde há grande energia cinética, como na convexidade da aorta ascendente, acima das comissuras da válvula aórtica e na aorta descendente. Os casos de recorrência restringem-se a 10%, sendo esta a singularidade do relato apresentado, cuja recidiva ocorreu num intervalo de um ano.</p> <p>RELATO DE CASO: WGP, masculino, 52 anos, hipertenso, com antecedente de fibrilação atrial paroxística e IAM em 2015, submetido à angioplastia com stent. Apresentou o primeiro episódio de dissecção aguda de aorta ascendente em 2017, realizado angiotomografia de aorta que identificou dissecção de aorta tipo A e oclusão de artéria Carótida Comum Esquerda (CCE). Paciente realizou tratamento cirúrgico com troca de válvula aórtica, troca da aorta ascendente (tubo de dracon 30mm), troca do arco aórtico e troca do arco braquicefálico no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal. Após 5 meses, relatou cefaleia e tontura associados à turvação visual. O Doppler de caróticas e vertebrais evidenciou redução do fluxo a hiperextensão do pescoço em região de CCE e o ECG constatou fibrilação atrial, sendo encaminhado para tratamento ambulatorial de anticoagulação. Em 2018, apresentou um novo episódio de DAA. A angiotomografia apresentou delaminação intimal acima da origem do tronco celiaco, com duplo lúmen patente, e amplo orifício de reentrada (13mm) e delaminação intimal residual na transição tóraco-abdominal da aorta, com extensão de 6,3 mm. Sendo submetido ao implante de endoprótese aórtica. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial no IHB.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico da DAA é baseado na história clínica e confirmado por exames complementares preferencialmente não invasivos e de maior acurácia como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e o ecocardiograma transesofágico e transtorácico, classificando-os em tipo A ou B de Stanford. Sabe-se que as principais causas são iatrogênicas, decorrente de persistência da DAA inicial ou sua recorrência. Além disso, estudos revelam que a incidência de novas DAA ascendente oscilam de 0,03 a 0,1. Entre os fatores que predisponem à DAA, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em cerca de 76% dos pacientes. No presente caso, trata-se de um paciente hipertenso de longa data, que não controlava sua pressão arterial e evoluiu com emergência hipertensiva, o que enfatiza a importância do problema HAS e suas consequências a longo prazo, com necessidade de tratamento e abordagem adequada no controle da PA a fim de proteger danos em órgãos-alvo.</p>	<p>PO 139-2</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE UM ANEURISMA DE TRONCO CELIACO</p> <p>Osmar Max Gonçalves Neves, Antonio Augusto Machado Teles Filho, Maria Letícia Barreto Fontes Carvalho, Rubens Teixeira Machado, Thaciana Santos Alcântara, Carlos Eduardo Nunes, João Pedro Costa Machado Teles, Mariana Amaral Carvalho</p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas de tronco celiaco abrangem cerca de 4% dos aneurismas de artérias viscerais, não chegando a duas centenas de casos publicados. A aterosclerose e as displasias são as etiologias mais comuns, apesar de traumas, infecções e dissecções localizadas também fazerem parte. Distribui-se igualmente entre os sexos e na grande maioria, o diagnóstico é incidental, pois geralmente é assintomático. A identificação precoce é vital para a redução da mortalidade, que pode variar de 5 a 40%. Relatamos um paciente com aneurisma de tronco celiaco, sintomático, que foi submetido à cirurgia.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 52 anos, parda, dona de casa, procurou o pronto atendimento referindo dor abdominal há um mês iniciando em hipocôndrio esquerdo irradiando para dorso, evoluindo com náuseas e vômitos sem alteração de ritmo intestinal. Ao exame físico apresentou dor à palpação profunda de epigastro e hipocôndrio esquerdo sem sinal de irritação peritoneal. TC de abdome contrastada evidenciou aneurisma de tronco celiaco, confirmado posteriormente por arteriografia. Foi realizado tratamento cirúrgico com ligadura de artéria esplênica, hepática comum e gástrica esquerda. Paciente evoluiu com piora do estado geral e uso de vasoativos, sendo reabordada no 9º dia pós-operatório, e realizada laparotomia exploratória com esplenectomia. Paciente foi a óbito no 14DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência estimada de aneurismas de tronco celiaco é entre 0,005% e 0,01%, foi descrito pela primeira vez em 1745, e tem cerca de 178 casos relatados. Este tipo de aneurisma foi também associado com outros defeitos congênitos anatômicos em até 18% dos casos, como aneurisma de artéria mesentérica, ou aneurisma concomitante aorta abdominal infra-renal ou supra-renal. A primeira ressecção cirúrgica com sucesso de um aneurisma visceral foi relatado por Cooley e DeBakey em 1953, e a primeira de um aneurisma da artéria celiaca, por Shumacker em 1958. Desde então, a cirurgia foi o tratamento padrão para este tipo de expansão, incluindo uma variedade de técnicas, tal como endoaneurismorráfia, aneurismectomia simples ou combinada com anastomose aorto-celiaca, hepaticoceliaca, hepático-esplênica à aorta toraco-abdominal com interposição de pontes de veia ou prótese de PTFE, pontes artéria mesentérica superior aorto-celiaca ou aorto-hepática, ou ligadura simples com risco necrose de baço, fígado ou intestino. Alguns autores intervêm nesses pacientes nas seguintes indicações: aneurisma sintomático, aneurisma que tem crescido ao longo do tempo, aneurisma mais de três a quatro vezes o tamanho da artéria normal e/ou calcificado. No presente caso, foi realizado laparotomia exploradora, aneurismectomia e ligadura de tronco celiaco evoluindo com a complicação de isquemia esplênica, sendo realizado a posterior esplenectomia, observando, ainda, uma boa reperfusion compensatória hepática, gástrica e intestinal no segundo intra-operatório.</p>

PO 140-2	PO 141-2
<p>LEIOMIOSSARCOMA GIGANTE DE VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO AQUINO MARCELINO BRUNO MARCELINO MARCELINO, LUISA OHASI FIGUEIREDO OHASI FIGUEIREDO, RAFAEL BARBOSA DE SANTIS BARBOSA DE SANTIS, BÁRBARA BARBOSA MONTEIRO BARBOSA MONTEIRO, SHALINE BRAGA RAMOS BRAGA RAMOS, ALBERTO JULIUS ALVES WAINSTEIN JULIUS ALVES WAINSTEIN, VALDETE DE LOURDES CASSARO DE LOURDES CASSARO</p> <p><i>HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma vascular é um tumor maligno mesodermal, que se desenvolve a partir de fibras musculares lisas da camada média. Sarcomas de grandes vasos são raros e de ruim prognóstico, constituindo 0,5% dos sarcomas e 1% de todos os cânceres no adulto. O crescimento é lento, sendo no momento do diagnóstico, com dimensão média de 10,8 cm. Acomete principalmente mulheres na sexta década de vida. Sendo a ressecção completa, com margens negativas, a única chance de sobrevida em longo prazo.</p> <p>RELATO DE CASO: T.L.R., 77 anos, sexo feminino, com perda ponderal há 03 meses e volumosa massa abdominal, admitida no Hospital Alberto Cavalcanti. Foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando lesão expansiva com áreas de necrose centrais, em hipocôndrio direito e flanco direito medindo 19x15x13 cm, e hidronefrose moderada à direita. Através de core biopsy, evidenciou neoplasia fusocelular de baixo grau e a imuno-histoquímica caracterizou como leiomiossarcoma com moderado pleomorfismo nuclear. Durante a laparotomia exploradora foi evidenciado lesão abaixo dos vasos renais, rechaçando os colóns ascendente e transverso. Foi realizado nefrectomia direita, para acesso posterior à massa e liberação da aorta abdominal além da ligadura e ressecção de veia cava inferior abaixo das veias renais e na emergência das veias ilíacas. Paciente evoluiu em pós-operatório habitual apresentando trombose venosa profunda 21 dias após procedimento cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: O leiomiossarcoma de veia cava inferior é uma entidade rara, com poucos relatos na literatura. Esse tumor tem como origem a musculatura lisa da parede venosa. A clínica é inespecífica, podendo ser assintomáticos. Em 66% dos casos, a sintomatologia é caracterizada por dor abdominal. A dimensão tumoral é um dos principais fatores prognósticos, se ressecção com margens livres a sobrevida em cinco anos de 30 a 53 % e os inoperáveis a sobrevida é de meses. Devido aos sintomas inespecíficos e tardios, confere-se prognóstico reservado. A classificação de Kulyalat é utilizada para avaliação de extensão tumoral, de acordo com a topografia tumoral na veia cava inferior: segmento I – infrarrenal (34% dos tumores); segmento II - inter e suprarenal, mas não incluindo veias hepáticas principais (42 % dos tumores); segmento III - da veia hepática ao átrio direito (24% os tumores). Para diagnóstico é necessária biópsia e estadiamento. O diagnóstico histopatológico é importante para determinar se o tumor é primário ou secundário. A ressecção radical em bloco, com margens livres, com ausência de metástases é o único potencial curativo. A reconstrução venosa deve ser realizada quando circulação colateral não é suficiente para retorno venoso adequado. Quimioterapia tem sido indicada para tumores inoperáveis, doença metastática e em pacientes jovens, apesar de ser controverso o tratamento neoadjuvante e adjuvante.</p>	<p>ISQUEMIA MESENTERICA AGUDA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL NA SINDROME CORONARIANA AGUDA</p> <p>Vinícius Henrique Almeida Guimarães, Ana Letícia Freitas-Silva, Renata Kanaan Machado, Carmem Cervera Morelli, Kamila Cristina Santos, Cecília Salazar Ulacia, Beatriz Silva Inácio, Carlos Alfredo Salci Queiroz</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apesar de importantes avanços diagnósticos, a identificação precoce da isquemia mesentérica permanece como um desafio na área médica. Em definição, a isquemia mesentérica consiste na perda de suprimento sanguíneo a vasos responsáveis pela circulação intestinal, estando frequentemente associada ao envelhecimento e à presença de comorbidades. É uma patologia preocupante, especialmente pelas altas taxas de morbimortalidade (62,3%).</p> <p>RELATO DE CASO: E.M., 72, masculino, encaminhado de cidade próxima com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) com dor torácica atípica, queixava de dor abdominal de forte intensidade com irradiação para o tórax e diarreia há 24 horas. Ao exame físico havia dor difusa à palpação, especialmente em hipogastro e periumbilical, mas sem sinais de irritação peritoneal. Exames complementares evidenciaram cardiomegalia, fibrilação atrial e alterações isquêmicas antigas, sugerindo cardiopatia crônica sem tratamento, porém foi descartada a hipótese de Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Prosseguiu-se a investigação da dor abdominal, e devido a fibrilação atrial do paciente, suspeitou-se de embolia de artérias intestinais. A angiotomografia de abdome demonstrou trombo semi-oclusivo em artéria mesentérica superior. O paciente foi, então, conduzido imediatamente para cirurgia, na qual foram visualizadas alças intestinais com discreta lentificação da perfusão, porém sem necrose. Foi feita embolectomia da artéria mesentérica superior com saída de moderada quantidade de trombos e retorno do fluxo sanguíneo. As alças intestinais foram preservadas devido boa perfusão. Já no fim da cirurgia, o paciente evoluiu com hipotensão com necessidade de drogas vasoativas, sendo encaminhado para o Centro de Terapia Intensiva. Não apresentou acidose metabólica nos exames laboratoriais até 30 horas após a cirurgia o que sugeria não haver nova trombose arterial. Entretanto evoluiu com choque cardiogênico grave e óbito após 42 horas da cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a sintomas vagos e comuns com outras patologias, como dor abdominal intensa e inespecífica (BRANDT E BOLEY, 2000), o diagnóstico de isquemia mesentérica é considerado difícil. Ao ponderar sobre essa sintomatologia, a Síndrome Coronariana Aguda tende a ser a primeira linha de raciocínio devido a maior incidência de infarto agudo do miocárdio, por exemplo, com 0,98% das internações (DATASUS, 2017). Porém, mesmo com 0,1% de internações (WYERS, 2010), a isquemia de artéria mesentérica é mais devastadora, com altas taxas de mortalidade: entre 50 e 90% (FLORIM ET AL, 2017), bem maiores que os 10,66% do infarto (DATASUS, 2017). Assim, constata-se a importância de nem sempre se ater ao diagnóstico mais provável em termos epidemiológicos, executando-se exames físico e complementares detalhados para o diagnóstico adequado precoce. Dessa forma, pode-se garantir melhor prognóstico e evitar óbitos.</p>
<p>PO 141-3</p> <p>TRATAMENTO NAO OPERATORIO DE LESAO PERFURANTE EM VEIA CAVA INFERIOR RETRO-HEPÁTICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>CRISTINA OLIVEIRA RIBEIRO, JESSICA GOMES BALDOINO ARAUJO, RODRIGO MUZZI DE OLIVEIRA SAFE, LUIS FERNANDO MAGALHÃES NEVES, LEONARDO LANNI DE OLIVERA, GABRIELA AMARAL NEGREIROS, YASMINE MARILIA PFEILSTICKER SOARES DE MELO, IAN RODRIGUES CALDEIRA</p> <p><i>HOSPITAL PUBLICO REGIONAL DE - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Um dos maiores desafios nos atendimentos de politraumatizados envolve o trauma vascular de estruturas do abdome, retroperitônio e pelve. A alta complexidade na abordagem desses casos envolve a dificuldade de obtenção imediata do controle proximal das estruturas e exposição adequada no campo cirúrgico, além das grandes chances de isquemia crítica dos órgãos associados. No passado, em lesões abdominais perfurantes frequentemente era mandatória a realização de laparotomia exploradora, hoje com a evolução dos métodos de diagnóstico por imagem, dos tratamentos minimamente invasivos e da monitorização dos pacientes críticos, os protocolos de atendimento aos politraumatizados vem sofrendo modificações. Aproximadamente 25% dos traumas perfurantes abdominais podem ser tratados de forma conservadora em centros com condições apropriadas de monitorização do paciente. As lesões de veia cava inferior retro-hepática são complexas e com elevada taxa de mortalidade associada.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de paciente de 23 anos, internado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Público Regional de Betim, vítima de múltiplas perfurações por arma de fogo em face, tórax e abdome. Paciente encontrava-se hemodinamicamente estável e apresentava orifício importante em região paravertebral à esquerda. Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) que identificou trajeto transfixante de veia cava inferior retro-hepática com falha no enchimento de veia hepática média associada a moderado hematoma em retroperitônio, TRM lombar com fratura de L1 e acometimento de canal medular. Paciente manteve quadro de estabilidade hemodinâmica, não apresentou sinais de sangramentos ativos e ausência de expansão de hematoma em retroperitônio sendo optado por tratamento não operatorio. Paciente permaneceu internado no Hospital Público Regional de Betim aos cuidados da cirurgia geral por treze dias mantendo quadro de estabilidade hemodinâmica sem intercorrências. Recebeu alta com acompanhamento ambulatorial da Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Ortopedia.</p> <p>DISCUSSÃO: A opção por tratamento não operatorio de pacientes com lesões de estruturas intrabdominais pode ser adotada em centros de referência em trauma, como o Hospital Público Regional de Betim, que disponibilizam a abordagem cirúrgica em caso de instabilidade hemodinâmica. A lesão de veia cava inferior retro-hepática está associada à elevada mortalidade dos pacientes como mostrado na literatura, principalmente quando associado às laparotomias exploradoras. Os protocolos de atendimento aos politraumatizados estão cada vez mais incorporando tratamentos não operatorios diante do crescimento das possibilidades de monitorização do paciente e de abordagens minimamente invasivas visando à diminuição da mortalidade atrelada às abordagens cirúrgicas de grande porte.</p>	<p>PO 142-1</p> <p>DOENÇA FALCIFORME E COLELITIASE</p> <p>CAROLINA FALCAO LOPES MOURÃO, RONALD ENRIQUE DELGADO BOCANEGRA, ANDRÉ LUIS BARBOSA ROMEO, BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, DIEGO CARVALHO MACIEL, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, KAMILA DA MATÁ FUCHS</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Doença falciforme ocorre por precipitação e polimerização da hemoglobina S, causada por mutação pontual na posição 6 do gene da globina beta onde o ácido glutâmico é substituído por valina. O aumento da destruição de eritrócitos em pacientes com doença falciforme resulta em hiperbilirrubinemia crônica e leva à formação de cálculos biliares. A anemia hemolítica crônica é um importante fator de risco para o desenvolvimento de colelitíase e aproximadamente 30% de pacientes com anemia falciforme são afetados.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 47 anos, hipertensa, falcêmica, hipotireoideia, dor em hipocôndrio direito há aproximadamente 1 ano, de leve intensidade, tipo cólica, piora pós-prandial, mais intensa após alimentação gordurosa. Refere piora da dor há 7 meses associada à icterícia, colúria e vômitos. Ao exame físico evidenciavam-se escleras anictéricas e mucosas hipocrômicas, abdome flácido, doloroso em região de hipocôndrio direito, sinal de Murphy negativo. Realizou tomografia de abdome superior e pelve em abril de 2018, evidenciou hepatomegalia homogênea, autoesplenectomia e cisto ovariano à direita. Prosseguiu investigação com ressonância magnética de abdome superior em maio de 2018, evidenciou sobrecarga férrica hepática, presença de autoesplenectomia, ausência de dilatação de vias biliares, vesícula biliar normodistendida com cálculos em seu interior. Paciente comparece ao internamento para realização de colecistectomia videolaparoscópica em novembro de 2018. Ao inventário da cavidade, evidencia-se presença de aderências firmes, vesícula biliar tóxica, paredes pouco espessadas, presença de pedúnculo espessado compatível com colelitíase crônica, sendo dissecada amplamente até inserção em hilo hepático por presença de ducto cístico com calibre aumentado, realizado liberação da vesícula biliar do leito hepático com eletrocautério. Cirurgia concluída com sucesso.</p> <p>DISCUSSÃO: Hemólise intravascular em pacientes com anemia falciforme produz níveis aumentados de heme circulante, tendo sido associada a complicações clínicas, como icterícia colestática e colelitíase. A hiperbilirrubinemia não conjugada é um fator de risco para o desenvolvimento de cálculos de pigmento biliar na doença falciforme e outras anemias hemolíticas. Neste caso, os sintomas colestáticos ocorreram simultaneamente aos episódios de agudização de hemólise crônica. Estudos demonstram associação entre diversos polimorfismos com diferentes níveis de bilirrubina e, consequentemente, manifestações clínicas de doença calcúlosa biliar no paciente com doença falciforme. Além dos defeitos no metabolismo da bilirrubina, alterações genéticas na via da glicuronidação têm sido relacionadas a anormalidades no metabolismo hepático de certos medicamentos, predisposição a doenças cardiovasculares e certos tipos de malignidade, sugerindo um nível clínico de importância além da colelitíase. Como correlaciona-se com a patogênese da anemia falciforme não é totalmente claro, mas pode ser digno de estudo futuro.</p>

PO 142-2	PO 142-3
<p>TROMBOSE DE VEIA CAVA SUPERIOR COM CIRCULAÇÃO COLATERAL EM PACIENTE PORTADOR DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO</p> <p>Gustavo Almeida Leão, Thiago Melo Espírito Santo, João Félix Ambrósio, Adolfo Rodrigues Araújo Neto, Ademario Cardoso Neto, Julia Pinho Costa, Victória Suarez Mutti Macedo Maia, Gabriela Ricardi</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma patologia inflamatória crônica, multisistêmica, de caráter autoimune cujo presença de vários auto-anticorpos é característica. Suas manifestações podem afetar a pele, as articulações, o rim, o sistema nervoso central, o sistema cardiovascular, as serosas, o sistema hematológico e imune. Na maioria dos pacientes portadores, há períodos de exacerbações e remissões, contudo alguns apresentam atividade crônica. De etiologia não totalmente compreendida, seu desenvolvimento está ligado há a predisposição genética associada a gatilhos ambientais, como a luz ultra violeta e algumas medicações. No sistema cardiovascular, a pericardite e os nódulos nas valvas cardíacas foram as primeiras manifestações clínicas descritas. A doença aterosclerótica prematura foi documentada recentemente. Mesmo que não haja definição dos mecanismos exatos que conferem ao lúpus um risco adicional de lesão vascular, é muito provável que a inflamação crônica associada à ativação do sistema imune agrave o dano vascular. A mortalidade devido à aterosclerose chega a ser até dez vezes maior em pacientes com LES do que com controles saudáveis pareados por idade e sexo.</p> <p>RELATO DE CASO: SDO, masculino, 32 anos, compareceu ao ambulatório de Cirurgia com quadro de Trombose de membro inferior esquerdo grave e intenso, acometendo de Veia Femoral Comum até Veias Tibiais, não desenvolvia atividade laboral de impacto nem outro fator conhecido para precipitar trombose. Foi então anticoagulado com Xarelto® (rivaroxabana) 15mg ao dia por 21 dias e após o vigésimo primeiro dia 20mg uma vez ao dia durante 6 meses, mostrando evolução satisfatória. Após esse período foi suspensa a anticoagulação por trinta dias, com o intuito de realizar exames propedêuticos para explicar a formação do trombo. Nesse período foi diagnosticado a LES e iniciou com quadro de trombose de membro superior direito iniciado na Veia Braquial progredindo para Axilar e Subclávia até chegar a Cava Superior, evoluindo com embolia pulmonar. A formação de circulação colateral na região axilar evitou maiores danos. Foi então prescrito Xarelto® (rivaroxabana) de uso contínuo, com melhora subtotal.</p> <p>DISCUSSÃO: A tríade de Virchow é composta por três categorias de fatores que contribuem para a trombose venosa, são eles: a Lesão Vascular, Estase Venosa, e hipercoagulabilidade. A Lesão Endotelial é a maior e mais frequente influência de indução da trombose, considerada causa independente da formação de trombo. Na LES a lesão vascular é causada pela deposição de imunocomplexos no endotélio, o que leva a ativação de citocinas inflamatórias e consequentemente a trombose. Em pacientes jovens, sem nenhum fator desencadeante de trombose, cujo trabalho não apresenta impactos; deve ser considerado o diagnóstico de LES como fator precipitante da formação de trombos.</p>	<p>ISQUEMIA MESENTERICA POS-TRAUMA: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DA BAIXADA FLUMINENSE</p> <p>Gabriel Araújo Ferrari Figueiredo, Erick César Mercês, Fausto Luiz Orsi, Rita Anieli de Paula Rocha, Priscila Garcia de Andrade, Javert do Carmo Azevedo Filho</p> <p><i>Hospital Hospital de Nova Iguaçu - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Isquemia Mesentérica (IM) é uma emergência cirúrgica, doença vascular incomum, com mortalidade alta, caracterizada pelo acometimento de artérias responsáveis pela irrigação mesentérica ou pela drenagem, de lesões tissulares por hipóxia. Trauma oriundo de acidente automobilístico tem alta prevalência em nosso meio e a IM relacionada a ele é bastante incomum. Porém, a IM não diminui sua gravidade, pois se apresenta quadro clínico inespecífico, dificultando diagnóstico e abordagem precoce. O estudo tem como objetivo relatar o caso de Isquemia Mesentérica pós-trauma automobilístico, com atendimento em hospital de referência da Baixada Fluminense – RJ.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 30 anos, vítima de colisão auto x anteparo, deu entrada no serviço pela Cirurgia Geral sem queixas graves, com escoriações, Glasgow 11, sonolento e mobilizando 4 membros. Submetido à rotina de trauma, onde imagens iniciais não evidenciaram alterações. Manteve-se por quase 24h em mesmo padrão clínico: sonolência oscilando com agitação. Avaliado e liberado pela equipe de neurocirurgia. Porém, no momento da alta, apresentou hipotensão postural, taquicardia, sudorese e retenção urinária. Refeita as tomografias com contraste, evidenciando neste momento líquido livre em cavidade abdominal, Peri hepático e esplênico. Levado ao Centro Cirúrgico para Laparotomia Exploratória, necessitando de ressecção do colôn direito até 50 cm da válvula ileocecal + ressecção em cunha do ponto necrótico em porção média do colôn transverso + confecção de ileostomia e fístula de mucosa + lavagem exaustiva da cavidade, pois havia peritonite e instalado choque séptico. Encaminhado para UTI no pós-operatório, onde se manteve grave, com choque séptico, hipovolemia refratária às aminas, sedado e em ventilação mecânica. Quadro evoluiu para piora nos dias seguintes, não respondendo a terapêutica com Antibióticos, volume e aminas. Evoluiu para 3 Paradas cardio-respiratórias, sendo a 3ª sem sucesso na reanimação. Paciente veio a óbito 5 dias após o trauma.</p> <p>DISCUSSÃO: Percebe-se a gravidade do caso, iniciado com sintomas inespecíficos, com imagens normais durante as primeiras horas, havendo evolução para piora do quadro. Caso de difícil diagnóstico e alta mortalidade (>50%). Portanto, mesmo que incomum, a IM pode ser causada por trauma abdominal fechado. É um grande desafio nas emergências cirúrgicas requerendo rapidez e precisão, onde a identificação precoce do diagnóstico, exames de imagem e a laparotomia são fatores decisivos no prognóstico do paciente, com alto impacto na sua morbi- mortalidade. O estudo visa chamar a atenção das equipes de cirurgia nas emergências para tal diagnóstico e abordagem ao politrauma, evitando assim óbitos por diagnóstico tardio.</p>
<p style="text-align: center;">PO 143-1</p> <p>COLEDOCOLITIASE DE REPETIÇÃO</p> <p>BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, FILIPE PONTE DE SOUZA, IGOR LOBAO FERRAZ RIBEIRO, CAROLINA FALCAO LOPES MOURÃO, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, DIEGO CARVALHO MACIEL, ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Após extração endoscópica de cálculos do ducto biliar comum, a colecistectomia subsequente é recomendada para evitar sintomas de cólica biliar, colecistite ou recorrência de cálculos em pacientes com colitíase. A colecistectomia eletiva é um procedimento cirúrgico com probabilidade de levar a uma menor mortalidade do que o tratamento conservador não operatório. No entanto, a recorrência de cálculo no ducto biliar comum é um dos problemas que podem surgir mesmo após a colecistectomia. Em relação à frequência, alguns estudos sugeriram que uma incidência de recidiva do cálculo após papilotomia endoscópica (EST) variou de 4 a 24%. Cálculos recorrentes no ducto biliar comum são geralmente detectados 6 meses ou mais após remoção por CPRE.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 69 anos, hipertensa, refere que há 3 meses cursa com dor abdominal em epigástrico de intensidade 10/10 que irradia para hipocôndrio direito, piora com a alimentação e melhora com uso de medicações venosas. Associado ao quadro a mesma relata icterícia e colúria, que diminuiu com o tempo. Refere colecistectomia há 36 anos, sem intercorrências. Realizou tomografia de abdome total em novembro de 2018 que evidenciou placas de ateromatose calcificada na aorta abdominal, cisto simples de ovário esquerdo medindo 4,2 cm, importante dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas. Apresenta imagem hiperdensa ao nível do colédoco distal, sem realce evidente por meio de contraste, medindo 0,9 cm podendo corresponder a cálculo e focos de gás no interior das vias biliares intra hepáticas. Realizou CPRM no mesmo período que evidenciou dilatação de vias biliares intra hepáticas, colédoco dilatado com calibre de 1,9 cm e cálculo medindo 1,7 x 0,8 x 1,2 cm. CPRE realizada em dezembro de 2018 apresenta vias biliares intra hepáticas dilatadas contendo 2 imagens de formações calculosas, maiores com cerca de 20mm. Hepatocolédoco com calibre aumentado medindo 25 mm de diâmetro e presença de prótese biliar plástica de 8,5 Fr x 10 cm. Exame realizado sem intercorrências. Paciente submetido à derivação biliodigestiva do tipo colédoco-duodenal secundário à coledocolitíase em janeiro de 2019, concluída com sucesso.</p> <p>DISCUSSÃO: Existem vários estudos sobre a incidência e os fatores de risco da recidiva de cálculo após extração endoscópica em ducto biliar comum. Contudo, as conclusões são divergentes. Dentre esses fatores podemos destacar: a angulação do ducto biliar principal comum (menor que 145° na colangiografia), dilatação do ducto biliar comum (diâmetro do CBD> 15 mm), história de colecistectomia prévia e presença de divertículo periampular independentemente do tamanho do mesmo. Dentre os fatores de risco citados, a paciente apresentava dilatação do ducto biliar comum de 25mm, sendo esta a principal causa de coledocolitíase primária nesse contexto.</p>	<p style="text-align: center;">PO 143-3</p> <p>FISTULA PANCREÁTICA POS TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO</p> <p>LUCAS SOLON DIAS FARIAS, LAYANE BARRETO COSTA, DANIELY PESSOA MOREIRA, FRANCIMAR KETSIA SERRA ARAUJO, ANA CECÍLIA ANGELO MATIAS, NOELLE GURGEL D'ÁVILA, LUIZ FREDERICO BEZERRA HONORATO JUNIOR, LEONARDO DE PAIVA AUTRAN NUNES</p> <p><i>UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nos traumas contusos, os órgãos mais acometidos são baço e fígado, principalmente o baço. As lesões pancreáticas decorrentes de trauma são raras, conferindo somente 3 a 12% dos pacientes com lesões abdominais, sendo 1,1% em traumas penetrantes e apenas 0,2% em traumas contusos. Não obstante, ela está associada à uma alta morbimortalidade, sendo necessária uma abordagem precoce. No entanto, nesses casos habitualmente as lesões são multiviscerais tomando o diagnóstico difícil e tardio, acarretando pior prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: WLS, sexo masculino, 46 anos, é admitido no serviço com instabilidade hemodinâmica por trauma abdominal fechado após acidente automobilístico. Realizado ultrassonografia FAST com resultado positivo. Encaminhado à laparotomia exploradora (LE) identificou-se lesão hepática grau II, lesão pancreática e lesão em cólon transverso. Dadas às lesões apresentadas foi feita pancretorráfia e colonorráfia com fio prolene, hemostasia e colocação de dreno de Waterman. No pós-operatório, paciente permaneceu estável, porém com dreno de alto débito secretivo, aspecto seroleitoso, altas doses de amilase após exame laboratorial do fluido, sugerindo presença de fistula pancreática (FP). O paciente foi reabordado cirurgicamente em LE, sendo identificada lesão de ducto pancreático no intraoperatório, executada drenagem de abscesso peripancreático, lavagem da cavidade e colocação de dreno de Blake. Mesmo após confirmação de FP entero-atmosférica não houve a necessidade de realização de pancreatectomia. No pós operatório seguiu estável, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão pancreática no trauma abdominal contuso é rara e geralmente multivisceral. O caso posto mostra como o paciente mesmo após lesão de ducto pancreático e complicação por fistula teve desfecho favorável sem necessidade de pancreatectomia. Há uma variedade de intervenções possíveis para correções de lesões pancreáticas, a depender do tipo de lesão, sendo esta escolha a parte mais difícil no controle de danos ao paciente. No relato, a rafia pancreática no primeiro momento permitiu a preservação do órgão, porém evoluiu com complicação, a FP, requerendo nova laparotomia. A FP é caracterizada pelo vazamento de líquido pancreático como resultado da ruptura dos seus ductos. Essa pode ocorrer após pancreatite, ressecção pancreática ou, raramente, por trauma. Após segunda intervenção, com correção da fistula, pode-se observar que a escolha do cirurgião proporcionou, ao final, perda mínima de tecido pancreático. Devido a raridade de tais lesões, os estudos não mostram um consenso sobre qual a conduta preferencial, mas aparece a pancreateostomia ou pancreateogastrotomia como as opções de conduta conservadora juntamente com sutura do ducto proximal, sendo esta última a realizada no caso. Assim, não houve necessidade de uma abordagem mais agressiva, mesmo em vista desta rara condição. O paciente evoluiu sem débito em dreno de Blake e à tomografia computadorizada seu pâncreas encontra-se estável.</p>

<p style="text-align: center;">PO 144-2</p> <p>TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTERIA TORACICA INTERNA ASSOCIADA A DOENÇA DE VON RECKLINGHAUSEN</p> <p>Antônio Filipe Neto, Edson Gonçalves Ferreira Júnior, Larissa de Melo Freire Gouveia Silveira, Felipe Almeida de Oliveira, Filipe Gusmão Carvalho, Karen Ruggeri Saad, Paulo Fernandes Saad</p> <p><i>Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neurofibromatose tipo 1 (NF1), ou doença de von Recklinghausen, é uma doença genética, com incidência de cerca de 1 em 3.000 nascimentos. As manifestações incluem neurofibromas cutâneos, manchas café-com-leite, nódulos de Lisch, lesões ósseas, macrocefalia e tumores. Lesões vasculares associadas a NF1 são raras (3,6% dos pacientes), incluindo aneurismas, complicações de alta mortalidade. Apresentamos um caso de hemotórax bilateral causado por ruptura de um aneurisma da artéria torácica interna direita em um paciente com NF1.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 43 anos, admitido estável em ventilação mecânica, sem drogas vasoativas e sem história de trauma. Relatada intubação difícil devido a distorção anatômica cervical. O exame físico revelou macicez à percussão, diminuição dos murmúrios vesiculares bilateralmente, nódulos cutâneos, manchas café-com-leite e nódulos de Lisch. A tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste revelou grande hemotórax bilateral, posteriormente drenado. Exame físico e história familiar compatíveis com NF1. Foi submetido a arteriografia, que evidenciou um aneurisma da artéria torácica interna direita sem sangramento ativo. O aneurisma foi seletivamente cateterizado e embolizado, seguido de videotoracoscopia (VATS). Apesar do sucesso terapêutico já nas primeiras 48 horas após admissão, devido às complicações no atendimento pré-hospitalar, o paciente desenvolveu edema cerebral e teve morte encefálica secundária a lesão por hipóxia.</p> <p>DISCUSSÃO: As artérias mais envolvidas no hemotórax espontâneo associado à NF1 são intercostais, subclávia e torácica interna. Neste caso a arteriografia demonstrando aneurisma em artéria torácica interna direita sem outras lesões, foi portanto, considerado o único possível foco de sangramento, que foi capaz de infiltrar mediastino anterior e provocar hemotórax bilateral. A estabilidade hemodinâmica do paciente determina as opções terapêuticas. A investigação do foco de sangramento e embolização se limita a casos estáveis. Em pacientes instáveis, recomenda-se tratamento emergencial e agressivo, toracotomia exploratória e hemostasia cirúrgica. A reconstrução cirúrgica do vaso é limitada devido a invasão de neurofibromas, provocando extrema fragilidade dos vasos. Casos publicados anteriormente sugerem que a embolização tem melhores resultados. Realizamos investigação e tratamento endovascular, embolização com mola. Utilizamos VATS para drenar as cavidades pleurais e expandir os pulmões, porém principalmente para afastar outros possíveis focos de sangramento. Entretanto, devido complicações no atendimento pré-operatório o paciente evoluiu com morte encefálica, apesar de controle do sangramento. Embora ainda não haja um protocolo de tratamento para esta complicação, o tratamento endovascular associado à VATS tem mostrado bons resultados e deve ser considerado como o tratamento de escolha em todos os pacientes estáveis.</p>	<p style="text-align: center;">PO 144-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA: IMPORTANCIA DO INVENTARIO DA CAVIDADE NO TRAUMA CONTUSO</p> <p>Ana Flavia Andrade Costa, Paulo Roberto Campos Junior, Lais Araujo Machado, Roberta Oliveira Raimundo, Rafael Rabelo Lista Mira, Tereza Cristina Bernardo</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - Juiz de fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática (HDT) caracteriza-se pela passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de lesão diafragmática. No trauma contuso grave há um aumento subido da pressão abdominal transmitida as cúpulas diafragmáticas, podendo lesar qualquer área, porém com mais frequência ocorre em direção radial na área póstero-lateral do diafragma esquerdo, que corresponde a um ponto embriológico de fraqueza. A ruptura diafragmática ocorre em 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e em cerca de 3% a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado. O tratamento da hérnia diafragmática continua sendo essencialmente cirúrgico, devendo ser imediato, uma vez que a progressão para a fase crônica está associada com complicações e aumento da mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Esse trabalho apresenta o relato de um caso de HDT aguda: G.A.T, 40 anos, vítima de acidente automobilístico, abordado inicialmente no Hospital de Pronto Atendimento, onde foi identificado fratura de pelve, pneumotórax à esquerda e pneumoperitônio, realizada drenagem pleural a esquerda e laparotomia mediana supra-umbilical, com descrição em prontuário de sutura de lesão em intestino delgado No terceiro dia pós trauma, foi transferido para Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora para abordagem ortopédica. Radiografia de tórax apresentava imagem sugestiva de vísceras abdominais em hemitorax esquerdo. Paciente estável hemodinamicamente e sem esforço respiratório, solicitado tomografia de tórax, na qual foi possível evidenciar alças intestinais em hemitorax esquerdo e descontinuidade do contorno da cúpula diafragmática esquerda. Realizado laparotomia mediana xifopública, redução das vísceras herniadas e sutura da lesão. Sem intercorrências no pós-operatório. Realizado controle radiográfico no decimo dia pós correção, retirada do dreno pleural e alta da cirurgia no dia seguinte.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico da HDT ainda permanece um desafio por apresentar sinais clínicos pouco sensíveis, a suspeita clínica deve-se basear principalmente no mecanismo do trauma. A realização de exames de imagem auxilia na identificação da lesão, sendo a tomografia computadorizada de tórax o exame de escolha nos pacientes hemodinamicamente estáveis. O não tratamento da HDT aguda e sua evolução para fase crônica está associado a complicações graves como o estrangulamento e perfuração de vísceras ocas na cavidade torácica, com alta taxa de mortalidade. Dessa forma, em traumas contusos de alta energia a lesão diafragmática deve ser sempre investigada.</p>
<p style="text-align: center;">PO 145-2</p> <p>DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFERICA - RELATO DE CASO</p> <p>Leticia Reis Kalume, Claudio Eluan Kalume, Ana Carolina Gomes Siqueira, Matheus Moreno de Oliveira, Amanda Cristina de Souza, Jéssica Danicki Prado Fernandes, Eduardo José Ferreira Sales, Ana Beatriz Pereira de Souza</p> <p><i>IHB - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é caracterizada por redução gradual do fluxo sanguíneo devido a processo oclusivo nos leitos arteriais dos membros inferiores, e tem como principal causa a aterosclerose. Alguns dos fatores de risco são idade avançada, tabagismo, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial e hiperlipidemia. A progressão dos sintomas é lenta e as consequências podem ser relativamente benignas ou os sintomas podem evoluir para dor de repouso e ameaça ou real perda do membro afetado.</p> <p>RELATO DE CASO: SJA, masculino, 66 anos, hipertenso, tabagista há 50 anos, nega DM. Queixa de dor intensa e constante em repouso no membro inferior esquerdo (MIE), que melhora com a deambulação, e cianose de quarto pododáctilo esquerdo há vinte dias. Refere história de endarterectomia de artéria femoral esquerda e by-pass fêmoro-poplíteo proximal há dois anos. Ao exame físico de MIE pulso femoral hiperpulsátil, poplíteo e distais ausentes, presença de pulso apenas no terço proximal do enxerto. Foi realizada arteriografia de MIE, em que evidenciou-se enxerto venoso pérvio, sem estenoses, anastomose com artéria poplíteia de aspecto regular; artéria poplíteia ocluída em segmento supra-patelar após anastomose distal do enxerto, segmentos a jusante com paredes regulares; tronco tibio-fibular de aspecto preservado; artéria tibial anterior ocluída em terço proximal; artéria tibial posterior opacificada em terço médio; artéria fibular com curta oclusão segmentar em terço proximal; artéria pediosa com oclusão segmentar; artérias plantares pérvias; arco plantar completo. Então, optou-se por realizar angioplastia com balão seguido do implante de stent seletivo de artéria poplíteia supra-patelar esquerda. Paciente evoluiu com melhora da dor e presença de pulso poplíteo.</p> <p>DISCUSSÃO: Para o diagnóstico de DAOP ser realizado, deve-se investigar sinais clínicos sugestivos como a ausência de pulsos periféricos, frêmitos arteriais e alterações de pele no membro afetado. Deve haver prevenção de eventos isquêmicos sistêmicos secundários, com controle e tratamento dos fatores de risco a partir da interrupção do tabagismo, do controle dos níveis séricos de lipídeos e da prática de atividades físicas. A interrupção do tabagismo é uma das medidas mais importantes e, como não foi feita pelo paciente, apesar de ter sido orientado, houve a progressão da doença aterosclerótica, que é uma importante causa da recorrência de sintomas isquêmicos nos membros inferiores; por isso o acompanhamento desses pacientes é importante. A fim de localizar a oclusão e escolher o melhor local para a intervenção cirúrgica, pode-se optar por realizar ecodoppler, arteriografia, angiorrsonância ou angiogramia computadorizada. O método de intervenção escolhido foi a angioplastia com balão seguido da implantação de stent seletivo, pois a colocação apenas de balão não gerou a regressão da lesão, obtendo-se a resolutividade desejada somente quando o stent seletivo foi colocado.</p>	<p style="text-align: center;">PO 145-3</p> <p>BILIOMA POS TRAUMA HEPATICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, CRISTIANA LOUSA DE OLIVEIRA, GABRIELA DADALT, GUILHERME DE MATOS ABE, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, VINÍCIUS GUILARDE ANCELMO, LUIZ CÉSAR DE CAMARGO FERRO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Chama-se bilioma a coleção de bile, encapsulada ou não, fora das vias biliares, de localização intra ou extra-hepática. Dentre as possíveis etiologias tem-se: bilioma espontâneo, trauma (contuso ou penetrante) e lesão iatrogênica do trato biliar. A vesícula biliar é o local mais comum de lesão biliar no traumatismo contuso, seguida pelos ductos biliares extra e intra-hepáticos, respectivamente. Cistos biliares intra-hepáticos pós-traumáticos ou biliomas foram descritos pela primeira vez em 1898 por Whipple (1)(2). Posteriormente, foram poucos os relatos de biliomas na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino de 25 anos vítima de trauma hepático contuso complexo, após queda de objeto superior a 100 kg em abdome, sofre laceração hepática, contusão pulmonar e hemotórax. Realizada laparotomia exploradora na qual realizou-se hepatorráfia de urgência. Após 3 semanas, o paciente evoluiu com dor em pontada e desconforto em hipocôndrio direito, distensão abdominal somada a náuseas intensas; a ultrassonografia (USG) abdominal evidenciou formação cística hepática de grande volume. Prosseguiu-se a investigação com a realização de tomografia computadorizada (TC) de abdome, sendo obtida imagem demonstrando uma coleção de líquido intra-hepático loculado de grande volume. Procedeu-se estudo complementar através de colangiorressonância de abdome para excluir lesão cística, que evidenciou lesão de via biliar intra e extra-hepática. Procedendo assim com a aspiração desta coleção confirmando a presença de um bilioma. Realizada então drenagem percutânea guiada por USG, drenando cerca de 1.200 ml de bile. Procedimento feito sem intercorrências, e alta recebida com dreno abdominal ainda com saída de secreção biliosa, retirado após 3 semanas. Realizado TC de controle 1 mês após o procedimento mostrando resolução do quadro</p> <p>DISCUSSÃO: A detecção de lesão das vias biliares durante o tratamento cirúrgico de lesão hepática contusa é uma condição desafiadora. Portanto, para o cirurgião, o bilioma é uma entidade a ser pensada e um alto grau de suspeita é necessário no seguimento do curso do trauma hepático contuso. Um diagnóstico tardio de bilioma por lesão de ductos geralmente resulta em aumento da morbidade (3). A USG, geralmente, é o primeiro exame que detecta a presença do bilioma. No entanto, a TC demonstra maior acurácia em determinar a relação da coleção com as estruturas adjacentes. Os diagnósticos diferenciais incluem cistos, seromas, pseudocistos, hematomas e abscessos hepáticos. A punção percutânea guiada radiologicamente, neste caso por USG, auxilia no diagnóstico e tratamento (4). Assim, a drenagem percutânea tem sido proposta como primeira opção terapêutica. As taxas de respostas dos procedimentos de drenagem percutânea de coleções são de 80% dos casos tratados. Não há contraindicações absolutas para drenagens percutâneas. Não havendo resolução, o cirurgião pode optar por realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e esfinterotomia, com ou sem colocação de stent (5).</p>

PO 146-1	PO 146-3
<p>TUMOR DE FRANTZ - UM RELATO DE CASO</p> <p>Ana Leticia Argentino Bononi, Mariana Thees Perillo Rodrigues, Eduardo Henrique Soares Almeida, Mayza Maressa Oliveira, Barbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Luísa Freire Barcelos, Camille de Souza Carvalho</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Descrito pela primeira vez, em 1959, por Frantz, o tumor de Frantz ou tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSP) é uma neoplasia rara, com menos de mil casos relatados na literatura mundial. Afeta predominantemente mulheres jovens, com pico de incidência entre os 20 e 30 anos de idade de crescimento indolente, sendo raramente metastático e com bom prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.M.N., 24 anos, feminino. Em 2014, foi admitida em serviço hospitalar com queixa de dor abdominal em cólica. Localizada em região epigástrica, irradiando para hipocôndrio esquerdo onde se apresentava mais intensa. Crises intensas de epigastralgia, acompanhada de náuseas e vômitos, foram registradas ao longo de dois anos. A paciente foi diagnosticada com gastrite, o tratamento indicado foi um inibidor da bomba de prótons, sem melhora e solução do caso. Foram solicitados exames laboratoriais e de imagens (ultrassonografia de abdome total e tomografia computadorizada de abdome e pelve); não houve nenhuma alteração. Em uma segunda tomografia computadorizada de abdome, em 2015, evidenciou a presença de lesão expansiva hipodensa bem delimitada com algumas áreas hiperdensas em seu interior, observando-se ainda algumas áreas de discreto realce progressivo e heterogêneo pelo meio de contraste, e também algumas áreas que não sofrem realce em seu interior, medindo 3,0 cm no maior eixo longitudinal e 3,3 x 2,3 cm nos eixos axiais. Essa lesão é predominante exofítica em contato íntimo com o antro gástrico. No US de abdome total, mostrou uma massa heterogênea, sólida, ocupando corpo e cauda do pâncreas, com áreas de hemorragia e necrose. Foi realizada uma pancrectomia parcial com ressecção da extremidade distal da cauda pancreática. Restante do mesmo homogêneo, com dimensões preservadas. Dessa forma, o exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de Tumor de Frantz.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica é variada. O paciente pode apresentar massa abdominal palpável, associada ou não à dor abdominal, acompanhada de epigastralgia e/ou náuseas e vômitos, relacionados a efeitos compressivos em órgãos adjacentes. Porém, a maior parte dos casos é diagnosticada ocasionalmente em exames de imagem para outras finalidades, como foi observado neste relato. As principais características de imagem são massa única de grandes dimensões, encapsulada, sólida, mista ou predominantemente cística, mais frequentemente localizada na cauda pancreática. No caso em tela, a massa estava ocupando corpo e cauda pancreáticos. A necrose hemorrágica central é um achado comum e a ressonância magnética pode ser útil. A ressecção cirúrgica completa do tumor é o tratamento de eleição, pois geralmente é curativa. O caso relatado teve manifestação habitual em relação à literatura.</p>	<p>USO DE CONTRASTE EM FERIDA DE TRAUMA TORACO-ABDOMINAL PENETRANTE PARA ELUCIDAR POSSÍVEL ACESSO DA CAVIDADE ABDOMINAL</p> <p>Lucimara Souza Pataro, Agamenon Gomes Fonseca, Rodrigo Mendes Garcia, Dyego Pereira Marques, Daniel Alves Loureiro, Caio Heiji Matoba</p> <p><i>IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SANTOS - Santos, São Paulo, Brasil - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma da transição toracoabdominal (TTA) é um desafio diagnóstico e terapêutico para o cirurgião devido à possibilidade de lesão de múltiplos órgãos. Primeiramente, o protocolo de avaliação do ATLS deve ser seguido na avaliação primária visando a correta condução do caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Diego, 30 anos, autônomo, natural de Santos-SP. Vítima trazida pelo SAMU com história de queda de 2m de altura enquanto estava limpando as janelas de seu imóvel e, ao se desequilibrar, caiu sobre um portão de ferro com pontas esculpidas em forma de lança. Sofreu 3 ferimentos em seu hemitórax direito: (1) região torácica anterior 3º EIC na linha hemiclavicular, (2) região lateral do tórax 7º EIC linha axilar posterior e (3) 12º EIC região lombar posterior. Após o ocorrido levantou-se e efetuou o chamado para a equipe de socorristas sendo então levado para o serviço de emergência da Santa Casa de Santos. Ao chegar, foi avaliado pela equipe da cirurgia geral. Estava com as vias aéreas pérvias, sem colar cervical ou prancha rígida, expansibilidade torácica assimétrica, ausculta pulmonar diminuída a direita com hipertimpanismo, saturação 90% em máscara de venturi, ausculta cardíaca sem alterações, Glasgow 15 e sem déficits neurológicos, apresentando ferimentos perfurantes em região torácica (1) com escape de ar, TTA (2) com escape de ar e lombar direito (3). Realizado no momento da avaliação primária a drenagem de tórax em selo d'água no 5º EIC linha axilar anterior, com saída de ar e sangue. Com o paciente estável clinicamente foi solicitado o estudo radiológico com uma tomografia. Durante o exame foi realizado a cateterização dos ferimentos com uma sonda de aspiração traqueal e injetado contraste iodado pelas lesões visando averiguar penetração do contraste em cavidade abdominal. Visualizado discreto extravasamento de contraste no tórax pelo ferimento da TTA(2) sem evidências de extravasamento de contraste em cavidade abdominal. Realizada limpeza dos ferimentos e sutura simples, mantida drenagem de tórax e observação clínica em enfermaria. Evoluiu com melhora do quadro, com redução progressiva do débito do dreno. Expansibilidade restabelecida ao exame clínico e radiológico. Retirado dreno no quarto dia e alta com 6 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento das lesões penetrantes em região de TTA depende basicamente do estado hemodinâmico do paciente e do mecanismo do trauma. Paciente não apresentando possibilidade de ser submetido a exploração manual dos ferimentos devido ao tamanho dos mesmos, foi submetido a injeção de contraste por sonda pelos ferimentos para que se pudesse observar na tomografia o surgimento de contraste na cavidade abdominal. Não encontrado descrição deste método na literatura, porém configura-se uma alternativa viável para constatação de lesões pequenas que possam comprometer a cavidade peritoneal.</p>
<p>PO 147-1</p> <p>ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO EM JOVEM DE 20 ANOS</p> <p>Louise Cordeiro Pulo Mendes, Eduarda Jacinto Bauer, Adriano Pamplona Torres, Ana Virginia Ferreira Figueira, Fernando Fontes Souza, Mariana Magalhães Rodrigues Santos, Andréa Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, André Luis Conde Watanabe</p> <p><i>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma pancreático (AP) é um tumor sólido, cujo pico de incidência situa-se entre a sexta e sétima décadas, raramente se manifestando em jovens. O AP pode cursar com sintomatologia semelhante à de doenças benignas da via pancreatobiliar, implicando um diagnóstico tardio. O diagnóstico precoce, nesses casos, é essencial para um melhor prognóstico, pois, devido à resposta terapêutica precária, a taxa de sobrevida desses pacientes é baixa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 20 anos, estudante, vegetariana, previamente hígida, foi admitida no serviço de Cirurgia Geral com quadro de colestase há 1 mês, que evoluiu com dor intensa, em cólica, em hipocôndrio direito, desencadeada por ingesta alimentar, associada à distensão abdominal e náuseas. Em investigação inicial, foram solicitados: USG abdominal, que mostrou vesícula biliar distendida com conteúdo compatível com lama biliar e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; colangiograma, que identificou falha de enchimento no colédoco distal de aspecto fusiforme; RNM de abdome, com lesão de aspecto nodular de 1,5 cm em cabeça de pâncreas, e ecoendoscopia, que mostrou lesão hiperecoica, fixa, em colédoco distal. Exames laboratoriais apontavam hiperbilirrubinemia direta e aumento de fosfatase alcalina e Gama-GT. CEA e CA 19.9 com valores normais. Realizou CPRE com papilotomia e colocação de prótese biliar, evidenciando vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas, sem falha de enchimento em seu interior e sem saída de cálculos. Evoluiu com melhora discreta de hiperbilirrubinemia. Nova RNM de abdome contrastada mostrou aumento de 1,2 cm em lesão em cabeça de pâncreas em 2 semanas. Foi submetida à laparotomia exploradora, sendo identificada lesão endurecida, de aproximadamente 3x3 cm, com aspecto de malignidade, em cabeça de pâncreas, próxima ao colédoco intrapancreático. Optado por realizar duodenopancreatectomia, com reconstrução ducto-mucosa, deixada sonda nasoentérica após gastroenteroanastomose e dreno abdominal perianastomoses. Evoluiu com fistula pancreática, diagnosticada no 3º DPO. Recebeu, a partir do 5º DPO, terapia com octreotida com resolução da fistula e alta hospitalar no 10º DPO. Laudo extraoficial de anatomopatológico mostrou adenocarcinoma pancreático. Aguarda laudo oficial.</p> <p>DISCUSSÃO: O AP é uma doença rara em jovens, apresentando incidência em indivíduos menores de 30 anos de idade de aproximadamente 0,2/100.000 habitantes. O AP de acometimento precoce está associado à síndromes genéticas hereditárias, como síndrome de Peutz Jeghers e de câncer mamário e ovariano hereditários (BRCA1/2), sexo masculino e tabagismo. O prognóstico é reservado, devido ao diagnóstico majoritariamente tardio, à progressão rápida e à resposta terapêutica precária. Logo, deve ser sempre considerado um diagnóstico diferencial em quadros colestatísicos. O tratamento cirúrgico é a única alternativa curativa. Ainda assim, poucos pacientes submetidos à pancreatectomia apresentam sobrevida maior que cinco anos.</p>	<p>PO 147-2</p> <p>LINFOMA CUTÂNEO DE CELULAS B</p> <p>Yasmin Sales Medeiros, Larissa Maria Borges do Egypto, Guilherme Kened Souza Amorim, Maria Caroline de Brito Sá Magalhães, Daniel Guimarães Cacione, Rogerio Aparecido Esteves Neves, José Roberto Melchiorri Bucco</p> <p><i>Hospital Geral de Itapeverica da Serra - Itapeverica da Serra - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A proliferação desordenada do sistema linfóide pode resultar em vários tipos de neoplasia de linhagem hematológica, dentre eles, os linfomas. Quando a manifestação inicial se dá na pele, o diagnóstico é ainda mais difícil. Linfomas cutâneos são classificados de acordo com sua origem celular em linfomas de células T (LCT) e linfomas de células B (LCCB). Estes últimos costumam ter lesões pouco numerosas, em geral nódulos ou infiltrações, de crescimento relativamente rápido.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 82 anos, procurou atendimento com úlcera em pé direito há 20 dias. Como antecedentes pessoais relatou diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico apresentava úlcera na face dorsal do pé direito, com fundo de esfacelos e áreas de necrose, bordas infiltradas e edemaciadas. Presença de úlcera em face medial de perna, com bordas semelhantes às da lesão em dorso do pé. Realizada biópsia das lesões e enviado material para anatomopatológico. Paciente recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial, aguardando resultado de biópsia. Após 10 dias do procedimento, retornou ao hospital com febre, odor fétido em úlceras e piora da dor. Ao exame físico observaram-se sinais flogísticos nas lesões e achado adicional de linfonomegalias cervicais. Exames laboratoriais mostraram anemia e leucopenia. O anatomopatológico mostrou infiltração cutânea por neoplasia maligna indiferenciada ulcerada. A imunohistoquímica revelou linfoma difuso de grandes células B. ANTÍGENOS POSITIVOS: CD3 (POSITIVO EM LINFÓCITOS T REATIVOS), CD20 E KI-67 (POSITIVO EM 65% DAS CÉLULAS NEOPLÁSICAS) ANTÍGENOS NEGATIVOS: AE1+AE3, HMB-45, MELAN-A Devido à infecção, optou-se por amputação transfemorral do membro inferior direito. Após procedimento, paciente recebeu alta e mantém seguimento ambulatorial, aguardando consulta em serviço de oncologia especializado.</p> <p>DISCUSSÃO: O LCCB é uma entidade clínica subdiagnosticada, por vezes confundido com processos inflamatórios não neoplásicos. A imunohistoquímica é fundamental para o diagnóstico, permitindo a diferenciação entre células B e T. A classificação principal é pela forma de acometimento à apresentação inicial. Linfoma cutâneo primário é aquele sem qualquer evidência de doença extracutânea até seis meses após o diagnóstico e costuma ter melhor prognóstico que os secundários. Exames complementares, como tomografia de tórax e abdome, além da biópsia, são importantes para detectar lesões neoplásicas extracutâneas, o que diferencia um LCCB primário de um secundário, tendo em vista que eles são clínica e histologicamente indistinguíveis. O paciente em questão apresentava, à ocasião do diagnóstico, linfonomegalias cervicais, o que aponta para um LCCB secundário. Não foi observado acometimento de outros sítios linfoidais ou de outros órgãos. O LCCB apresenta boa resposta à radioterapia, embora haja recorrência local em 25% a 68% dos casos. Quimioterapia é restrita a pacientes com envolvimento de sítios não contíguos, casos refratários ou com disseminação extracutânea</p>

PO 147-3	PO 148-1
<p>TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR POR ARMA BRANCA RETIDA EM COLUNA TORACICA: RELATO DE CASO</p> <p>LAYANE BARRETO COSTA, HUGO DE AMORIM OLIVEIRA, THIAGO BESERRA BARBOSA DOS SANTOS, FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO, FÁBIO BARROS RODRIGUES DA SILVA, DAMÁCIO SOARES PAIVA, LUCAS SOLON DIAS FARIAS, NOELE GURGEL D'AVILA</p> <p><i>UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: É frequente observar casos de Traumatismo Raquimedular (TRM) em setores de emergência por todo o Brasil. Entretanto, quando analisamos vítimas de TRM por arma branca, esse número se reduz abruptamente, respondendo à apenas 1,5% do seu total. No caso posto, temos um desafio ainda maior tendo em vista o alojamento em canal medular da arma em questão. Isto é, fez-se necessária a presença não somente de um neurocirurgião, mas também de um cirurgião torácico para resolução do quadro emergente, em virtude do comprometimento mediastinal e raquimedular, dificultando a resolutividade do tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: FAP, sexo masculino, 29 anos, admitido em serviço de emergência de Natal/RN, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca em região de tórax anterior e dorso. Apresentava-se hemodinamicamente instável, com faca retida em região dorsal. Foi submetido à drenagem torácica bilateral com saída imediata de > 2500 mL de sangue. Encaminhado à cirurgia de emergência, foi realizada toracotomia anterior direita com extensão à esquerda, evidenciando lesão de átrio direito, sendo feita a rafia. No pós-operatório imediato o paciente evoluiu com parada cardiorespiratória, revertida no primeiro ciclo. À tomografia computadorizada foi visto o fragmento retido cuja extensão ia da região dorsal, transfixando o corpo vertebral e canal medular ao nível de T5, até o mediastino posterior. A angiogramografia subsequente mostrou fragmento tangenciando a aorta descendente, porém preservando as paredes do vaso. Endoscopia digestiva alta descartou a possibilidade de lesão esofágica. Após avaliação, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, sendo realizada incisão mediana posterior e dissecação até a exposição das lâminas das vértebras torácicas e visualização do corpo estranho, o qual transfixava a vértebra T5, sendo retirado com sucesso e sem maiores intercorrências. Atualmente o paciente encontra-se sedado e intubado em unidade de terapia intensiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O TRM está entre as principais causas de incapacidade física permanente no mundo. Adultos jovens do sexo masculino são os mais afetados. Lesões neurológicas ocorrem em 15 a 20% dos casos, entretanto, ferimentos por armas brancas são causas incomuns de TRM. As lesões localizam-se predominantemente na região torácica (74%), seguida pela coluna cervical e lombar, sendo a penetração no sentido posterior-anterior a mais comum. O tratamento cirúrgico para o TRM penetrante tem como objetivos principais evitar progressão do déficit neurológico e corrigir instabilidades da coluna. As indicações de abordagem cirúrgica de um paciente com TRM por arma branca são: corpo estranho retido, presença de fistula líquórica, piora do quadro neurológico, herniações da medula, hematoma epidural agudo, lesões vasculares ou compressões medulares. Por fim, devemos saber que pacientes com lesão medular por arma branca retida apresentam prognóstico diretamente proporcional à precocidade do tratamento neurocirúrgico.</p>	<p>BILIOMA POS-COLECISTECTOMIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Júlia Maria Moreira Silva, Júlia Saliba Santos Avelans, Laércio Soares Gomes Filho, Fernando Lucas Queiroz Abreu, Ana Carolina Sales Jreige, Anna Clara Magalhães Farah, Josenice de Araújo Silva Gomes</p> <p><i>UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bilioma é qualquer coleção de bile fora das vias biliares. Os casos de bilioma espontâneo são raros. Já os biliomas decorrentes de perfurações iatrogênicas aumentaram de 0,1% para 0,3 -1,5% com o advento da técnica laparoscópica¹, por consequência de lesão do ducto biliar, vazamento do ducto cístico, ducto acessório dividido ou lesão de intestino.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, foi submetida a colecistectomia aberta devido a colelitíase. 24 h depois, iniciou quadro de vômitos de coloração esverdeada, ausência de evacuação e hiporexia, que durou 15 dias, quando foi admitida no pronto socorro. Ao exame físico, encontrava-se hipocorada (+++/+) com dor à palpação em hipocôndrio direito. No 1º dia de internação, relatou dor intensa em mesogástrico que irradiou para epigástrico e colúria. Avaliação laboratorial: bilirrubinas normais e GAMA-GT 294 U/L. Ultrassonografia (US) mostrou dilatação das vias biliares e vesícula biliar hiperdistendida com cálculos. Tomografia computadorizada (TC) evidenciou coleção subcapsular hepática com volume estimado em 2,4 L. Foi realizada laparotomia exploradora com drenagem do bilioma. Após procedimento, paciente continuou com náuseas e vômitos. Dreno abdominal em quadrante superior direito com 10 mL/24h de secreção sero-hemática. Recebeu alta 12 dias depois com eliminações fisiológicas normais, sem queixas algícas, vômitos ou náuseas.</p> <p>DISCUSSÃO: A US e a TC não são capazes de distinguir, com segurança, a bile de outras coleções pós-operatórias. A ressonância magnética e a colangiopancreatografia fornecem informações anatômico-funcionais sobre a árvore biliar, permitindo o diagnóstico e a exclusão de outras complicações concomitantes. Geralmente, o bilioma é drenado via percutânea, e uma esfínterectomia é realizada ou um stent é colocado se a CPRE mostrar vazamento ou estreitamento parcial. A cirurgia é indicada quando há obstrução importante do ducto biliar, operação grande ou suspeita de lesão intestinal². No caso descrito, devido a obstrução importante do ducto biliar, foi realizada laparotomia exploradora com drenagem do bilioma. As aderências foram desfeitas a partir da manobra de Cattell, que permite melhor acesso a borda lateral do fígado, onde foi encontrada coleção de 2000 mL de líquido bilioso turvo com grumos. ♦ A identificação apropriada da anatomia pertinente ao procedimento pode prevenir a maioria das lesões pós-cirúrgicas das vias biliares. O tratamento conservador inclui hidratação venosa e antibioticoterapia. O tratamento ideal para o bilioma é baseado em procedimentos minimamente invasivos, mas como o diagnóstico é muitas vezes retardado, a cirurgia aberta é realizada na maioria dos pacientes.</p>
<p>PO 148-2</p> <p>TRANSPosição CORRIGIDA DE GRANDES ARTÉRIAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS - UM RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Moreno de Oliveira, Ana Carolina Gomes Siqueira, Coralina Maria Moraes Marques, Luiza Amélia Marques Vinhal de Carvalho, Ana Beatriz Pereira de Souza, Gustavo Werneck Ejima, Eduardo José Ferreira Sales, Jéssica Danicki Prado Fernandes</p> <p><i>Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As cardiopatias congênitas possuem prevalência de aproximadamente 4,8/1.000 entre os nascidos vivos, a transposição corrigida das grandes artérias (TCGA) representa apenas cerca de 1% do grupo por ser uma doença rara. Os tipos de lesões associadas determinarão a taxa de sobrevivência dos indivíduos acometidos, alguns podem ser assintomáticos, apresentando apenas eletrocardiograma ou radiografia alterados.</p> <p>RELATO DE CASO: N.J.O, feminino, 37 anos, foi atendida em pronto socorro de unidade hospitalar queixa-se de edema com piora progressiva e dispnéia. Apresentava também cianose, pressão arterial de 100x60mmHg, desdobramento fixo de B2, sopro sistólico (3+/6) em focos pulmonar e tricúspide. Em sua história patológica progressiva contavam o diagnóstico de transposição corrigida de grandes artérias, hipertensão, insuficiência cardíaca de classe funcional III, implante de marca-passo e bandagem da artéria tronco pulmonar. Em exames prévios apresentou situs solitus em levocardia, conexões atrioventricular e ventriculoarterial discordantes, ventrículo direito (VD) à esquerda, conectado ao átrio esquerdo (AE), com presença de hipertrofia e dilatação. Sua valva tricúspide possuía folhetos espessados e regurgitação acentuada, com disfunção sistólica de VD moderada. A artéria aorta emerge do VD com discreta regurgitação, valva mitral com regurgitação discreta e eletrodos de marca-passo implantados em VD e AE.</p> <p>DISCUSSÃO: A TCGA é caracterizada por discordância atrioventricular e ventriculoarterial concomitantes, podendo desenvolver outros defeitos, como bloqueio atrioventricular total, disfunção ventricular e defeitos valvares. A doença propicia que o ventrículo sistêmico entre em falência pela sobrecarga de pressão promovida. Para a melhora das repercussões hemodinâmicas, é feita a bandagem da artéria tronco pulmonar, procedimento que promove proteção dos pulmões, mas não trata a patologia, sendo paliativo quando não existe possibilidade da realização de procedimento definitivo, com a troca arterial. Tal procedimento também previne e corrige falha de ventrículo direito, visto que ocorre a alteração da forma do ventrículo direito por desvio septal, o que resulta na redução da regurgitação tricúspide e melhora a função do próprio ventrículo direito. A paciente apresenta uma patologia rara, compatível com a vida, mas que frequentemente acomete a função cardíaca. O diagnóstico pode ser feito precocemente através de ecocardiograma fetal, o que melhora seu prognóstico, mas é frequentemente realizado apenas após o nascimento, com base nos sinais clínicos. Normalmente na quarta década de vida é comum o aparecimento de sinais de insuficiência cardíaca direita, como no caso desta paciente. É de grande importância o acompanhamento contínuo das alterações morfofuncionais e eletrofisiológicas cardíacas desses pacientes para realização de intervenções quando necessário, como o implante de marca-passo quando há efeitos de condução e bandagem de tronco pulmonar, que foram realizados neste caso.</p>	<p>PO 148-3</p> <p>TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE, SEM LESÕES EM VISCERAS MACIÇAS, ASSOCIADO A ABERTURA DA SINFISE PÚBICA E FRATURA DE SACRO: RELATO DE CASO.</p> <p>Rony Geraldo Pessoa, Gustavo Guimarães Bastos, Zaleski Fernandes Kaniski, Thiago Alves Rosa Reis, Fernanda Chaves Capanema Álvares, Diogo José Vileça Silva, Maurício Richardson Bernardino Nascimento Júnior, Pedro Ícaro Navarro Sapori</p> <p><i>Faculdade de Minas - Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma é a principal causa de morte entre adultos jovens no Brasil, sendo o traumatismo abdominal fechado uma situação rotineira e ao mesmo tempo desafiadora para os cirurgiões. As lesões produzidas em órgãos intra-abdominais podem levar a sangramentos importantes e extravasamento de conteúdo intestinal, que são condições extremamente ameaçadoras a vida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, vítima de colisão entre motocicleta que pilotava e um carro trafegando em via de alta velocidade. Deu entrada no Hospital João XXIII em Belo Horizonte estável hemodinamicamente, vias aéreas pervias, sem cervicalgia, eupneia, com dor abdominal leve sem sinais de irritação, pelve instável e dolorosa, Escala de Coma de Glasgow 15 e tatuagem traumática em região hipogástrica. Inicialmente foi solicitado FAST, que apresentou líquido livre na cavidade abdominal e radiografia de tórax, sem alterações. Em seguida foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome e pelve, não evidenciando lesões em vísceras maciças, mas apresentando pequena densificação da gordura mesentérica, abertura da sínfise púbica e fratura de sacro. Também foi feita a uretrocistografia, sem lesões aparentes. Diante do quadro, a conduta foi de observação e exame clínico seriado, com realização de nova tomografia em 24 horas. Esta não apresentou alterações em relação a anterior, entretanto o paciente evoluiu com piora da dor abdominal ao exame clínico. Optou-se então por realizar uma laparotomia exploratória, onde foi encontrada lesão por desvascularização de um segmento do intestino delgado. O segmento em questão foi removido e uma anastomose primária latero-lateral foi realizada. O paciente foi encaminhado aos cuidados intensivos e evoluiu sem complicações no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O trauma abdominal contuso com líquido livre na cavidade e sem lesões de vísceras maciças apresenta grandes dificuldades propedêuticas. Em uma situação como essa, é importante que o cirurgião observe de perto o paciente e busque alternativas para antecipar o diagnóstico. Para tal, um grande aliado é o exame clínico seriado, que tem seu uso limitado naqueles doentes com nível de consciência diminuído. O FAST e o Lavado Peritoneal Diagnóstico são opções altamente sensíveis para o diagnóstico de líquido livre e são usados de forma rotineira, principalmente quando o exame físico não é confiável ou se o paciente apresenta alguma instabilidade. Já a tomografia computadorizada é usada nos pacientes estáveis e é o exame mais específico para a detecção de lesões. No presente caso, os exames complementares colaboraram para a suspeita de lesão intra-abdominal pela presença de líquido livre, borramento da gordura mesentérica e abertura da sínfise púbica com fratura de sacro, indicando grande transferência de energia nesse local. Entretanto, a decisão cirúrgica foi tomada em decorrência da piora da dor abdominal, mostrando que mesmo em casos complexos o exame clínico seriado continua tendo grande valor e não pode ser dispensado.</p>

PO 149-1	PO 149-2
<p>FISTULA PANCREATICOPLEURAL- RELATO DE CASO</p> <p>JUBERT MAGALHAES LIMA, LEONARDO MACIEL DA FONSECA, TIAGO VANDALETI</p> <p><i>HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO - INDAIATUBA - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: RELATAR UM CASO DE DE FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL, ALEM DE TRAZER UMA BREVE REVISÃO SOBRE O DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DESTA RARA COMPLICAÇÃO DAS PANCREATITES CRONICAS</p> <p>RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO, 50 ANOS, ADMITIDO COM DISPNEIA AOS PEQUENOS ESFORÇOS E DOR NO HEMITÓRAX ESQUERDO COM UMA SEMANA DE EVOLUÇÃO, ASSOCIADO A DOR EM QUADRANTE SUPERIOR DO ABDOME. HISTORIA DE ETILISMO, DIAGNOSTICO DE PANCREATITE CRONICA E DIABETES MELLITUS. O PACIENTE APRESENTAVA-SE EM REGULAR ESTADO GERAL, POSIÇÃO ANTÁLGICA E TAQUIDISPNEIA. O EXAME PULMONAR MOSTROU REDUÇÃO DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, USO DA MUSCULATURA ACESSÓRIA, MURMURIO VESICULAR DIMINUIDO A ESQUERDA COM MACICEZ A PERCUSSÃO. REALIZADO RADIOGRAFIA DE TÓRAX QUE EVIDENCIOU VELAMENTO EM HEMITÓRAX ESQUERDO, COMPATÍVEL COM DERRAME PLEURAL. TOMOGRAFIA DE TÓRAX EVIDENCIOU DERRAME PLEURAL VOLUMOSO A ESQUERDA, TOMOGRAFIA DE ABDOME EVIDENCIOU CALCIFICAÇÕES PANCREÁTICAS. REALIZADO TORACOCENTESE COM DRENAGEM DE 1.600 ML DE LÍQUIDO AMARELO-ESVERDEADO, COM MELHORA IMEDIATA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO DO PACIENTE. ANÁLISE BIOCQUÍMICA DO LÍQUIDO PLEURAL DEMONSTROU PH 7,20 LDH DE 2244U/L, PROTEÍNAS DE 4,1 MG/DL E GLICOSE 60 MG/DL. A SEGUIR, FOI REALIZADA A DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA. APÓS A CONFIRMAÇÃO DE QUE SE TRATAR DE UMA FISTULA PANCREATICOPLEURAL, FORAM INICIADOS OCTREOTIDE, NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL, ALÉM DO JEJUM POR VIA ORAL. APÓS SETE DIAS DE TRATAMENTO, FOI INTRODUZIDA DIETA VIA ORAL E SUSPENSO O OCTREOTIDE. O PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO COM TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM RECIDIVA DO DERRAME. O DRENO TORÁCICO FOI RETIRADO, E O PACIENTE RECEBEU ALTA EM BOAS CONDIÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL</p> <p>DISCUSSÃO: A FÍSTULA PANCREÁTICOPLEURAL É UMA CONDIÇÃO INCOMUM. RECENTE REVISÃO DA LITERATURA DESCREVEU 26 ESTUDOS PUBLICADOS SOBRE O ASSUNTO NOS ÚLTIMOS 20 ANOS. FORAM 22 RELATOS DE CASOS, QUATRO SÉRIES DE CASOS, ENLOBANDO UM TOTAL DE 40 PACIENTES. NÃO HA ESTUDOS PROSPECTIVOS QUE INDIQUEM O MELHOR TRATAMENTO. ESSA CONDIÇÃO É MAIS COMUM EM PACIENTES COM PANCREATITES CRONICAS E EM 70% DOS CASOS ESTA ASSOCIADO A PSEUDOCISTO PANCREÁTICO. O TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO INCLUI NUTRIÇÃO PARENTERAL E O OCTREOTIDE VISANDO DIMINUIR O ESTÍMULO AO PÂNCREAS, O TRATAMENTO ENDOSCÓPICO VISA COLOCAÇÃO DE ENDOPRÓTESE TRANSPAPILARES, APÓS DILATAÇÃO COM BALÃO, ESTAS OCLUEM A RUPTURA DUCTAL, DIMINUINDO A PRESSÃO INTERNA DO DUCTO PANCREÁTICO, POSSIBILITANDO O FECHAMENTO DA FÍSTULA. O TRATAMENTO CIRÚRGICO É INDICADO EM CASOS DE FALHA DOS TRATAMENTOS CLÍNICOS/ENDOSCÓPICOS, O TIPO DE PROCEDIMENTO É DETERMINADO DE ACORDO COM A PORÇÃO PANCREÁTICA ACOMETIDA, E PELA ANATOMIA DO DUCTO PANCREÁTICO PRINCIPALMENTE O GRAU DE DILATAÇÃO. A FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL É UM ACHADO RARO, QUE DEVE SER SUSPEITADO EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE PANCREATITES CRONICAS, NA VIGÊNCIA DE QUADRO CLÍNICO E RADIOLÓGICO DE DERRAME PLEURAL. O TRATAMENTO CONSERVADOR É EFETIVO EM CERCA DA METADE DOS CASOS, CONTUDO O ÍNDICE DE RECORRÊNCIA É ELEVADO.</p>	<p>PSEUDO-ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DIREITA - COMPLICAÇÃO PÓS EXCIÇÃO DE HEMANGIOMA</p> <p>Anna Carolina Erbesdobler de Souza, Lucas Pereira Lima, Thiago Soares Nascimento, Rafael Sueth, Emerson dos Santos Sant Anna</p> <p><i>Hospital Municipal Albert Schweitzer - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudo-aneurisma de artéria hepática é uma lesão vascular rara, com apresentação clínica inespecífica e etiologia variada, incluindo traumas abdominais, procedimentos cirúrgicos, infecções, anomalias congênitas, entre outras. Este relato visa apresentar um caso raro de pseudo-aneurisma de ramo de artéria hepática direita (AHD) e hemobilia no pós-operatório de hemangioma hepático roto.</p> <p>RELATO DE CASO: RRS, feminino, 41 anos, chega à emergência com quadro de dor torácica em aperto e relato de episódios de hematêmese e enterorragia. Refere ter sido submetida 2 meses atrás, à cirurgia de hemangioma hepático roto. No momento, estava hipocorada 1/4+, anictérica, com dor à palpação difusa de abdômen, sem demais alterações. Internada para investigação, apresentou 6,5 de hemoglobina, 19,3 de hematócrito; Endoscopia Digestiva Alta (EDA): ectasia venosa em esfôgado distal; Tomografia Computadorizada (TC) abdômen e pelve: possibilidade de hematoma intraparenquimatoso, formação que sugere pseudo-aneurisma de ramo de AHD, Mallory-Weiss? (MW), lacerações/hematomas residuais no parênquima hepático, pequenos abscessos hepáticos, vesícula biliar tóxica, distendida com cálculos e conteúdo denso. Recebeu 2 concentrados de hemácia (CH). Evoluiu com piora da anemia e episódios de melena e hematêmese, e foi encaminhada para CTI, até ser transferida para hospital com cirurgia vascular de alta complexidade para tratamento cirúrgico com embolização de artéria hepática guiada por radiologia. Após 10 dias, apresentou anemia grave, leucocitose, PCR 3,34, recebendo CH frequente, em uso de Ciprofloxacino + Metronidazol. Evoluiu hipocorada 3/4+, taquicárdica, com enterorragia, melena e hematêmese, e episódio de hipotensão (60x40mmHg), responsiva à hidratação venosa rápida. EDA: ectasia vascular em esfôgado distal (MW?) e coágulo em papila duodenal. Foi realizada ligadura da AHD e colecistectomia, devido à impossibilidade de aguardar transferência. Encontrado pseudo-aneurisma de ramo de AHD com sangramento profuso de aparelho digestivo e hemobilia. Evoluiu sem intercorrências pós-operatórias e recebeu alta em 15 dias, com orientações de retorno ao ambulatório da cirurgia geral para controle.</p> <p>DISCUSSÃO: Aneurisma de artéria hepática foi descrito pela primeira vez em autópsia por James Wilson, em 1819 e o primeiro tratamento cirúrgico foi realizado em 1903 por Kehrer. A incidência dessa afecção arterial tem aumentado nas últimas décadas em razão, entre outras, do aumento do número de procedimentos percutâneos diagnóstico e terapêutico do sistema biliar. A TC, em especial a angioTC, mostrou-se capaz de realizar o diagnóstico de pseudo-aneurisma — com sensibilidade de 100% e especificidade de 90% — de forma rápida e não-invasiva, útil principalmente em pacientes gravemente enfermos. As opções de tratamento são ligadura do aneurisma, excisão, enxerto venoso, ressecção hepática e embolização. Este último é o tratamento de escolha para aneurisma intra-hepático e tem aumentado a sobrevida desses pacientes.</p>
<p>PO 149-3</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE TRAUMA HEPATICO GRAU IV: RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPE ANTONIO GOES SCORSIONI, MARCEL DEPIERI ANDRADE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, PAULO GARDENAL TELES, NATHALIA PREZOUTTO VENANCIO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fígado é um dos órgãos intra-abdominais mais acometidos no trauma pelo seu tamanho e sua localização anatômica. O paciente com trauma hepático corresponde a aproximadamente 5% das admissões das salas de urgência.[1] O manejo inicial do paciente traumatizado deve seguir os princípios do Advanced Trauma Life Support (ATLS). Estudos comprovam que a maior frequência de trauma hepático ocorre em homens jovens.[2] As lesões hepáticas são classificadas segundo sua localização e profundidade. Lesões de grau I, II, III são consideradas simples e corresponde a 80% do total. Já as lesões complexas (grau IV, V, VI) são mais raras e relacionadas a maior mortalidade.[3]</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.L., masculino, 21 anos, foi admitido no Hospital Regional de Presidente Prudente vítima de atropelamento, encontrado desacordado, intubado no local, realizado exame físico detalhado do trauma. Paciente estável, segue com realização de tomografia computadorizada de abdome, tórax, crânio e cervical, identificando contusão pulmonar e trauma hepático grau IV (figura 1). Exames laboratoriais evidenciando hemoglobina de 9,4 mg/dL. Evoluiu instável hemodinamicamente, indicado cirurgia. No intra-operatório foi identificado 3 litros de sangue na cavidade, laceração extensa do seguimento VI e VII do fígado, com sangramento ativo, sendo realizado hepatorráfia. Paciente evoluiu bem, recebe dieta no segundo pós operatório e evadiu no 12º pós-operatório. O mesmo retornou ao serviço por livre demanda no 30º pós operatório, realizado hemograma que mostrou Hemoglobina 13,9 mg/dL e Ultrassonografia normal (Imagem 2).</p> <p>DISCUSSÃO: Nas últimas décadas, ocorreu mudança na conduta do trauma hepático, principalmente nos traumas contusos, devido ao auxílio de exames de imagem que são capazes de identificar lesões mínimas e o surgimento do tratamento não-operatório.[5] Atualmente, o tratamento conservador é utilizado em mais de 80% dos traumas hepáticos contusos, sendo considerado método seguro e eficaz além de apresentar vantagens em relação ao operatório, como a menor necessidade de transfusão sanguínea, menos ocorrência de sepse intra-abdominal e menor mortalidades.[4] Traumatismos hepáticos acima de grau II devem ser monitorizados em unidade de terapia intensiva, como aconteceu no caso detalhado acima.[3] Em um estudo com 3476 pacientes, 137 foram traumas hepáticos com indicação de laparotomia exploratória. Apenas 5% apresentavam lesão grau IV. Nas últimas décadas tem diminuído drasticamente a taxa de mortalidade dos traumas hepáticos, hoje varia de 4 a 15%, mas a morbidade e mortalidade ainda são mais elevadas quando comparadas ao tratamento conservador. [6] As opções para lesões graves incluem: 1) Manobra de Pringle, Hepatotomia e sutura direta; 2) Segmentectomia ou hepatectomia; 3) Desvio atricava ou femoroaxilar; 4) Exclusão vascular do fígado; 5) Transplante hepático. Todas essas modalidades apresentam taxa de mortalidade superior a 90%, divergindo do quadro clínico apresentado.[5]</p>	<p>PO 151-1</p> <p>VESICULA BILIAR A ESQUERDA DO LIGAMENTO FALCIFORME – UMA VARIAÇÃO ANATOMICA RARA E SUA ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCOPICA</p> <p>GUILHERME FERRARINI FURLAN, CAIO SATORU RAMOS SAITO, CARLOS EDUARDO DE FREITAS BELON, DANIEL CATTO DE MARCHI, HELCIO KAZUHIRO WATANABE, FELIPE RANIERI MOCELLIN, GUILHERME DIAS FRANZEN, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ - MARINGÁ - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Variações anatômicas relacionadas a vesícula biliar são achados comuns durante o procedimento de colecistectomia, onde pode ser encontrado alterações das vias biliares, vascularização e posicionamento da vesícula. A vesícula biliar à esquerda do ligamento falciforme (VBE) é uma alteração rara, difícil de ser diagnosticada pela Ultrassonografia pré-operatória, sendo um achado intra operatório na maior parte das vezes, o que pode implicar em dificuldades para realizar o procedimento da maneira convencional. O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente com colelitíase submetida a uma colecistectomia vídeo laparoscópica, onde foi diagnosticado uma VBE, e discutir as formas de apresentação desta entidade e a abordagem laparoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 53 anos, com diagnóstico clínico e ultrassonográfico de colelitíase, submetida a uma colecistectomia vídeo laparoscópica (CVL), onde não foi visualizada a vesícula biliar (VB) em sua posição habitual, e durante a exploração da cavidade, a VB estava à esquerda do ligamento falciforme, no lóbulo hepático esquerdo. O procedimento foi iniciado com os trocates seguindo a posição americana, porém, devido a dificuldades foi necessário a modificação da técnica, para uma melhor exposição do campo cirúrgico, facilitando a dissecação da vesícula biliar, artéria e ducto cístico. A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A vesícula biliar está habitualmente localizada na fossa da vesícula biliar, localizada entre a junção das partes direita e esquerda do fígado, porém, variações anatômicas da vesícula e principalmente das vias biliares são comuns. Entre elas, as alterações mais comuns são das vias biliares e da vascularização da vesícula, sendo menos frequente encontramos variações de posicionamento da mesma. A Vesícula biliar a esquerda do ligamento falciforme (VBE) pode se apresentar de duas formas, vesícula biliar no lóbulo hepático esquerdo, e à esquerda do ligamento falciforme no lobo hepático direito. A incidência desta alteração é entre 0,1 e 1,2 %, e até 2008 existiam cerca de 149 casos de VBE relatados na literatura. A etiologia desta alteração é explicada por duas teorias, que são diferenciadas pelo lado de inserção do ducto cístico na via biliar principal, que pode estar inserido à direita do ducto hepático comum, ou a esquerda, tanto insírdia no ducto hepático esquerdo, quanto a esquerda do ducto hepático comum, como no nosso caso. Geralmente, associada a VBE, encontramos anormalidades no sistema venoso portal, e dificuldade de identificar o segmento IV do fígado. A CVL em vesículas biliares à esquerda foi relatada inicialmente em 1993, e desde então, vários autores relataram modificações para a abordagem laparoscópica de VBE. Nesses casos, o cirurgião pode modificar a técnica planejada inicialmente, visando um procedimento mais seguro.</p>

PO 151-2	PO 151-3
<p>DISSECÇÃO AORTICA TIPO A RETROGRADA: UM RELATO DE CASO E IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO POR IMAGEM</p> <p>DISSECÇÃO AORTICA TIPO A RETROGRADA: UM RELATO DE CASO E IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO POR IMAGEM</p> <p>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome aórtica aguda é um termo que inclui a dissecção aórtica, hematoma intramural e ulcerações ateroscleróticas penetrantes. Essas condições apresentam-se de forma abrupta e com patologia potencialmente fatal envolvendo a parede da aorta. A dissecção aórtica é a forma mais comum, entretanto sua incidência no registro internacional é de 2,6 a 3,5 casos por 100.000 pessoas/ano. A dissecção de aorta se dá a partir de um enfraquecimento da parede aórtica, caracterizada por desgaste e perfuração da camada íntima, formando uma lágrima intramural. Podendo boquear o fluxo sanguíneo na luz verdadeira, afetar outras artérias e gerar complicações: ruptura aórtica, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco, dissecção retrógrada e choque cardiogênico. A angiogramografia computadorizada por "Triple-rule-out", é um protocolo radiológico que analisa simultaneamente as artérias coronárias, aorta e artérias pulmonares, tomando-se uma ferramenta usada na diferenciação de hipóteses diagnósticas, eliminando a necessidade de outros testes diagnósticos em mais de 75% dos pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 61 anos de idade, hipertenso, admitido no pronto socorro do Hospital Alberto Urquiza Wanderley com queixa de dor precordial típica intensa, pressão arterial 90x60mmHg. A hipótese de infarto agudo do miocárdio foi descartada após eletrocardiograma e enzimas cardíacas normais. Foi realizada angiogramografia computadorizada com contraste e evidenciado dissecção de aorta do tipo A com hematoma retrógrado para segmento ascendente, com orifício de entrada no arco aórtico. O paciente foi transferido para UTI e após avaliado pela equipe de cirurgia cardíaca, optou-se pela correção cirúrgica. O procedimento ocorreu com implante de tubo Dacron nº 28 e plastia de valva aórtica. O paciente voltou a ser internado na UTI e apresentou algumas complicações pós-cirúrgicas, dentre elas: fibrilação atrial aguda, insuficiência renal, parada em assistolia, derrame pericárdico e tamponamento cardíaco. Sendo tratado e avaliado durante todo o tempo, chegando a óbito, no 15º dia pós-operatório, por falência múltipla dos órgãos.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso exposto torna-se um desafio clínico e singular por duas particularidades: localização da dissecção e desdobramento retrógrado. A angiogramografia é fundamental nesses casos, contribuindo para o diagnóstico, localização do dano, classificação, estadiamento e prognóstico do paciente. Favorecendo o tratamento precoce e reduzindo a mortalidade.</p>	<p>RUPTURA TRAUMÁTICA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR. RELATO DE CASO.</p> <p>CRISTHIAN JAILLITA MENESES, PAULA VERI GUMARÃES, NATÁLIA DALSENTER AVILEZ, FERNANDA VILAS BOAS DE FREITAS, VÍTOR FAVALI KRUGER, WALDEMAR PRANDI FILHO, GUSTAVO PEREIRA FRAGA, ELCIO SHIYOITI HIRANO</p> <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é considerado uma das malignidades mais frequentes no mundo, com alta incidência nos países em desenvolvimento. Tem vários fatores de risco reconhecidos para o seu desenvolvimento, sendo a infecção pelo vírus da hepatite B ou C um dos mais importantes, tipicamente são hipervasculares com sangue suprido predominantemente pela artéria hepática. A abordagem terapêutica do CHC estará orientada pelas características anatômicas do mesmo e o estado fisiológico do paciente, exigindo a atuação de uma equipe multidisciplinar. A ruptura do CHC, seja ela espontânea ou traumática, tem no seu contexto clínico a dor abdominal e a instabilidade hemodinâmica como as suas principais manifestações, se constituindo numa complicação que ameaça a vida do paciente e representa um verdadeiro desafio para as equipes atuantes.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino de 54 anos, história de aproximadamente 5 horas de evolução, trauma abdominal contuso secundário a queda desde a própria altura (trauma direto de hipocôndrio e flanco esquerdo contra objeto rígido), deu entrada em nosso serviço com: PA 60/30 mmHg e FC 110 bpm, abdome distendido, rígido, doloroso difusamente; FAST positivo para janela hepatorenal, esplenorenal e pelve e negativo em janela pericárdica. Gasometria arterial: pH 7,23; BE -8,1; Lactato 6,5; Hb 7,1. Perante do quadro clínico, foi acionado o protocolo de transfusão maciça, sendo conduzido na sequência ao Centro Cirúrgico, onde durante a Laparotomia Exploradora foi evidenciado a presença de aproximadamente 3 litros de sangue em cavidade peritoneal e lesão tumoral rota com sangramento ativo em topografia de lobo esquerdo do fígado sem alterações macroscópicas de hepatopatia crônica. Foi realizada ressecção da lesão tumoral, hemostasia, empacotamento hepático e confecção de peritoniotomia vácuo. Após 48 horas foi reabornado, não evidenciou focos de sangramentos, portanto optado pelo fechamento de cavidade abdominal. Laudo de anatomia patológica da peça cirúrgica foi de Carcinoma Hepatocelular bem diferenciado. Paciente evoluiu favoravelmente recebendo alta hospitalar após 12 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem inicial da ruptura do CHC exige a atuação de uma equipe multidisciplinar que poderá implementar opções terapêuticas menos invasivas como por exemplo a embolização transarterial, até medidas mais invasivas como a Laparotomia Exploradora com ressecção da lesão e/ou cirurgia de Controle de Danos. As medidas deverão ser orientadas considerando o estado fisiológico do paciente e os recursos hospitalares disponíveis.</p>

PO 152-3	PO 153-1
<p>ABORDAGEM TERAPEUTICA DO TRAUMA HEPATICO. RELATO DE CASO.</p> <p>CRISTHIAN JAILLITA MENESES, NATÁLIA DALSENTER AVILEZ, HALINE SOUSA BATISTOTI, ALCIR ESCOCIA DORIGATTI, VÍTOR FAVALI KRUGER, JOSE BENEDITO BORTOTO, GUSTAVO PEREIRA FRAGA, ELCIO SHIYOITI HIRANO</p> <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - CAMPINAS - Sao Paulo – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Ocupando grande parte do quadrante superior direito do abdômen, o fígado é depois do baço, a víscera mais frequentemente acometida no trauma abdominal fechado; no trauma penetrante ocupa o primeiro lugar em ferimentos por arma branca e o terceiro em ferimentos por projétil de arma de fogo. Estes fatos exigem o conhecimento das opções terapêuticas para o manejo das lesões hepáticas e as associadas decorrentes de trauma por parte das equipes cirúrgicas.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino de 23 anos vítima de evento de trânsito admitido no nosso serviço apresentando murmúrio vesicular diminuído em hemitorax à direita, PA 60/40 mmHg, FC 128 bpm, sem evidência de hemorragia externa, pelve estável, FAST positivo em todas as janelas com exceção de janela pericárdica, Glasgow 14, sinais de trauma torácico à direita. Realizada Drenagem de Hemitorax Direito, saída de ar e 400 ml de sangue, administrado 500 ml de solução de Ringer Lactato e 500 ml de Soro Fisiológico aquecido, ativado protocolo de transfusão maciça. Radiografia de tórax e pelve em sala de trauma sem grandes comemorativos, Gasometria: pH 7,23; BE -12,1; Lactato 9,0; Hb 7,5. Tomografia computadorizada evidenciou extensa laceração do parênquima hepático, envolvendo principalmente o segmento IV, transecção da artéria hepática esquerda e do ramo portal esquerdo, sem opacificação da veia hepática esquerda, com extravasamento ativo do contraste. Laparotomia exploradora com presença de +/- 2,5 litros de sangue em cavidade, laceração profunda em topografia de inserção de ligamento calciforme, amputação quase total de segmento II e III e hemorragia ativa em área cruenta. Optado por realizar hepatectomia esquerda, ligadura vascular, packing e peritoniotomia vácuo. Manteve estabilidade hemodinâmica nas primeiras horas do pós-operatório, apresentando nova instabilidade em menos de 12 horas, sendo indicada nova abordagem, onde foi constatado novo ponto de hemorragia ativa em área cruenta; realizada sutura hemostática com vicryl 2.0 e fulguração com bisturi plasma de argônio. Nova abordagem 48 horas após, sem evidência de hemorragia; foi locado dreno J-VAC e realizado fechamento de cavidade. Paciente evoluiu favoravelmente, recebendo alta da UTI 11 dias após internação, com posterior alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Segundo a classificação do trauma hepático da AAST, a maioria dos traumas hepáticos corresponde aos graus I-II-III, a maioria pode ser manejada por tratamento não operatório; considerando que os graus IV-V-VI provavelmente precisaram de cirurgia para controle das lesões correspondentes. Packing hepático, hepatorrafia, manobra de Pringle, tamponamento com balão, selantes de fibrina, ressecções hepáticas até transplante hepático aparecem descritas na literatura e poderão ser realizadas no controle das lesões hepáticas que as demandem.</p>	<p>VESICULA EM PORCELANA: RELATO DE CASO</p> <p>Elvis Dias Oliveira, Ana Carolina Oliveira Silva, Brenda Barbosa Faustino, Letícia Lacerda Burity, Lucas Monteiro Oliveira, Flora Souza Brandão Reis, Beatriz Barbosa Vasconcelos, Cássio Virgílio Cavalcante Oliveira</p> <p>Faculdade de Medicina Nova Esperança - Famenex - João Pessoa - Paraíba – Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Vesícula em porcelana ou vesícula biliar calcificada é uma forma rara de colecistopatia, caracterizada pela deposição de cálcio na vesícula biliar, ocorrendo em 0,06 a 0,8% dos casos. A incidência é maior no sexo feminino do que no masculino, em uma relação de 5:1. 90% dos casos de vesícula em porcelana estão associados com litíase biliar. Sua maior incidência é na sexta década de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 77 anos, natural de Cabedelo-PB. Apresentava dores abdominais pós-prandiais de forte intensidade, localizada em hipocôndrio direito, com irradiação para epigástrico e dorso há aproximadamente 4 anos. Antecedentes de HAS e Asma brônquica. No exame físico geral NDN. Exame abdominal com presença de massa palpável em ponto cístico, indolor, móvel com a respiração. US com presença de vesícula biliar com paredes hiperecóicas, imagens sólidas no interior da mesma, produtoras de sombra acústica e móveis com a mudança do decúbito. TC com presença de vesícula biliar com paredes calcificadas, sem nodulações em seu interior. Submetida a colecistectomia por videolaparoscopia, com dificuldades de dissecção do hilo vesicular, motivo pelo qual foi optado por colangiografia transoperatória. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta no 1º DPO. Anatomopatológico não revelou sinais de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: O termo vesícula em porcelana foi utilizado pela primeira vez em 1929, para descrever um caso onde a vesícula biliar apresentava uma coloração anormal azulada e consistência quebradiça, com extensa calcificação da sua parede. Apresenta poucos sintomas, geralmente dor intermitente no hipocôndrio direito. A causa da doença ainda é desconhecida. Algumas hipóteses sugerem que a vesícula em porcelana se origina a partir de uma hemorragia na parede da mesma, seguida por uma calcificação, outra hipótese que ela é consequência de uma alteração metabólica da absorção do cálcio. Pode estar associada à colecistite crônica. Os exames mais utilizados para o diagnóstico de vesícula em porcelana são US associado a TC ou RMN. O tratamento é cirúrgico, na presença ou ausência de sintomatologia, devido a possível relação com o adenocarcinoma. Existem controvérsias na literatura sobre a incidência da relação da vesícula em porcelana com o adenocarcinoma.</p>

PO 153-2	PO 154-1
<p>ISQUEMIA MESENTÉRICA: RICA P&Ocir; S CIR&Uacute;RGICA: RELATO DE CASO</p> <p>Caroline Damas Andrade Oliveira, Silas Fernandes Cunha Junior, Gabriella Fernandes Trindade, Angélica Souza Duarte, Ellen Cristine Pacheco Ramos, João Paulo Santos Tenório, Vitor Vinicius Queiroz Sousa, Marco Antônio Venturini de Barros</p> <p><i>Uniceplac - gama - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Das síndromes isquêmicas intestinais o infarto intestinal agudo é o mais temido devido ao prognóstico sombrio desta entidade. Por apresentar poucos comoratórios clínicos nos estágios iniciais o infarto intestinal agudo normalmente tem seu diagnóstico tardio, na fase em que já ocorreu a necrose intestinal propriamente dita com alto índice de mortalidade. Os principais fatores de risco para essa condição são as cardiopatias emboligênicas. Cirurgias abdominais também representam risco para desenvolvimento de patologias embólicas. O padrão ouro para diagnóstico precoce é a angiografia.</p> <p>RELATO DE CASO: NMG, 46 anos, feminino, HAS controlada deu entrada na unidade de cirurgia geral encaminhada de outro serviço onde há 4 dias foi submetida à histerectomia total aberta por miomatose uterina sintomática. No pós-operatório, a paciente apresentou evolução atípica e arrastada cursando, há mais de 72h do ato operatório, com distensão abdominal importante, ausência de evacuação e parada de eliminação de flatos associado a dor abdominal difusa de grande intensidade refratária a opióides, febre, náusea e tontura. Ao exame físico, mau estado geral, desidratada, hipocorada, taquicárdica e taquidispneica. Murmúrio vesicular bilateral, diminuído em bases, FR 28 irpm, SATO2 93% com O2 suplementar sob cateter à 3l por minuto. Ritmo cardíaco irregular, sem sopros, com 131bpm, PA de 100x 65mmHg. Abdome distendido, timpânico, doloroso difusamente à palpação superficial e profunda com sinais de irritação peritoneal difusa, RHA abolidos. Feida operatória de incisões à Pfannenstiel em boas condições, sem sinais de infecção e/ou coleções. MMll com edema simétrico. Leucocitose importante com desvio à esquerda, gasometria arterial acidose metabólica. Rx de abdome com vários níveis. Sob hipótese diagnóstica de SEPSE grave de foco abdominal foi indicada laparotomia após medidas de compensação hidroeletrólíticas pré-operatórias. No ato cirúrgico, extenso segmento de intestino delgado necrosado. A área isquêmica inviável se iniciava a 1m do Treitz e se findava a 1m da válvula ileocecal. Foi realizado enterectomia e anastomose primária. A paciente foi enviada para UTI em antibioticoterapia empírica de amplo espectro e reabordada em 48h com anastomose íntegra e ausência de novas áreas isquêmicas. No seguimento pós-operatório apresentou com fibrilação atrial.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso em questão provavelmente trata-se de um infarto intestinal agudo por embolia da artéria mesentérica. Não podemos afirmar que a histerectomia realizada contribuiu no processo emboligênico ou foi somente um adicional à história pois a paciente apresenta fibrilação atrial crônica. Se métodos de imagem avançados estivessem disponíveis no serviço de origem, a patologia poderia ser diagnosticada mais rapidamente diminuindo a morbimortalidade do caso. O tempo cirúrgico menor que 1h, bem como as medidas de compensação hidroeletrólíticas no pré-operatório também podem ter sido bons adjuvantes na boa evolução pós-operatória.</p>	<p>CISTOADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS: UM RELATO DE CASO</p> <p>Karla de Sousa Correia, Ana Virginia Ferreira Figueira, Fernando Fontes de Souza, Adriano Pamplona Torres, Mariana Magalhães Rodrigues dos Santos, Wladimir Fernandes Bezerra, Mateus Medeiros, Gabriela Mendonça Vilar Trindade</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões císticas pancreáticas acometem 2-45% da população, predominando em indivíduos mais velhos, sendo as neoplasias malignas 10% a 15% destas. São divididas em tumores cístico-seroso, cístico-mucinoso, sólido-císticos pseudopapilares e mucinoso papilares intraductais (IPMN). À exceção do IPMN que não apresenta predileção por sexo, todos predominam em mulheres. O tumor cístico-seroso (20-30%), mais comum acima de 50 anos, tem crescimento lento e potencial maligno quase nulo. Em geral são microcistos assintomáticos com padrão de "favo de mel". De aspecto radiológico multilobulado com calcificação central estrelada, a análise do fluido cístico revela baixo CEA e baixa viscosidade. O tumor cístico-mucinoso (30-40%) acomete principalmente corpo e cauda pancreática de mulheres acima de 40 anos, sendo a lesão única de paredes finas com epitélio colunar em volta de um estroma ovário-símil de células produtoras de mucina. Maior potencial maligno quando grandes. O tumor sólido-cístico pseudopapilar (Tumor de Frantz) é raro (1-5%), predomina entre a 2ª e 3ª década de vida com conversão maligna em cerca de 10% do casos. Sua cavidade é formada por degeneração necrótica. Devido crescimento lento, tem bom prognóstico ainda que metastático. Os IPMN (25%) predomina acima de 50 anos. São lesões produtoras de mucina que se comunicam com o ducto pancreático dilatando-o, podendo gerar pancreatite recorrente. Mais comuns na cabeça do pâncreas, podendo ser multifocal. Tem maior risco de malignização ao afetar o ducto pancreático principal. Apresenta fluido cístico com CEA elevado. Lesões com potencial maligno devem ser ressecadas.</p> <p>RELATO DE CASO: MEA, feminina, 38 anos, diabética tipo II, admitida com quadro de dor em hipocôndrio direito e icterícia. Ecografia abdominal evidenciando colelitíase e tumoração sólido-cística em corpo/cauda do pâncreas. Tomografia abdominal descreve a mesma lesão associada a varizes de fundo gástrico e coledocolitíase, sugerindo tumor de Frantz. Submetida a CPRE com drenagem purulenta das vias biliares. No serviço de Aparelho Digestivo do Hospital Universitário de Brasília foi procedida a pancreatectomia distal e esplenectomia videolaparoscópica, convertida a laparotomia por dificuldade técnica. Análise histopatológica evidencia cistoadenocarcinoma mucinoso com margens livres e linfonodos negativos. Encaminhada a oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso em questão demonstra a dificuldade de se realizar o diagnóstico definitivo da lesão apenas com o exame de imagem visto o diagnóstico discordante entre a suspeita tomográfica e o a biópsia. Devido sintomas obstrutivos e risco de malignização foi optado pela ressecção cirúrgica do tumor. Segundo a literatura, apesar da associação de métodos de imagem e punção do líquido intralésional representando importante avanço, 1/3 das lesões não tem diagnóstico definitivo. Assim a decisão de se abordar um cisto pancreático continua um desafio ao cirurgião visto o alto risco da abordagem pancreática e suas complicações.</p>
<p>PO 154-2</p> <p>EMBOLIZAÇÃO PRÉ-OPERATORIA DE LESÃO OSSEA METASTÁTICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Estevao Ramon Chichelero, Francisco Da Silva, Rafael Nunes, Jaber Saleh, Mateus Picada Corrêa</p> <p><i>Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Metástases ósseas correspondem aos tumores malignos ósseos mais comuns, sendo que 80% dos sítios primários são próstata, mama, pulmão, rim e tireóide. O tratamento, na maior parte dos casos, é paliativo. Sua ressecção torna-se tecnicamente complicada quando as metástases são hipervascularesizadas e quando, principalmente, os sítios primários são renal ou tireoideo, pelo risco de sangramentos maiores que 3500ml. Nesse contexto, a embolização pré-operatória ou em série torna-se uma opção de tratamento inicial ou adjuvante no tratamento oncológico clínico e/ou cirúrgico. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso em que embolização foi usada como opção de tratamento para alívio da dor de lesão óssea metastática de glândula tireoide.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminina, 64 anos. Admitida no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS, com história prévia de neoplasia folicular de tireóide. Apresenta queixa de dor em membro inferior direito e região glútea. O exame físico não apresentava alterações ou deformidades ósseas. Para elucidação da queixa foi solicitado tomografia computadorizada de abdome total com contraste endovenoso que evidenciou lesão osteolítica em osso ilíaco direito, sugestiva de implante neoplásico secundário. Após, foi realizada arteriografia de artéria ilíaca interna, a qual evidenciou massa hipervasascularizada em ramos terminais da artéria hipogástrica direita. No planejamento cirúrgico, foi optado por realizar embolização pré-operatória com micropartículas com total exclusão da vascularização da mesma. Após 24h a paciente foi submetida a ressecção da massa pela equipe de Cirurgia Oncológica Ortopédica, com sangramento de 750ml. Recebeu alta no quinto pós-operatório sem queixas. O acompanhamento é de 20 meses, sem recidiva da lesão.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre os tumores ósseos malignos, a metástase é a mais prevalente e associa-se a significativa morbidade. As manifestações, como dor e fratura, são frequentemente tratadas com farmacoterapia ou radioterapia e apresentam resultados variáveis. Dessa forma, a radiologia intervencionista (RI) tem assumido um papel de suma importância no tratamento das metástases ósseas, podendo ser usada no contexto de doença oligometastática ou paliativa. Uma das técnicas intervencionistas é a embolização trans-arterial (TA), na qual as metástases ósseas hipervasculares são seletivamente desvascularizadas com preservação de todos os vasos não visados, por meio de agentes embólicos temporários ou permanentes, líquidos ou sólidos, sendo as partículas utilizadas para desvascularização óssea, o que facilita sobremaneira a ressecção cirúrgica, que deve ser realizada idealmente até 72h da embolização.</p>	<p>PO 154-3</p> <p>TRATAMENTO NAO OPERATORIO DA LESAO PANCREATICA GRAU III DECORRENTE DE QUEDA DE GRANDE ALTURA</p> <p>DOMINGOS ANDRÉ FERNANDES DRUMOND, TARCISIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, SIZENANDO VIEIRA STARLING, HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO, DIEGO PEREIRA ZILLE, VIVIANE WILLIG BRASIL, GABRIEL MARTIN LAUAR, JORDANIA ALKMIN JORDÃO</p> <p><i>Hospital João XXIII - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento não operatório (TNO) da lesão pancreática com lesão ductal por trauma contuso representa um desafio ao cirurgião do trauma. Apesar do TNO para o trauma abdominal contuso apresentar aumento em incidência, apenas uma minoria dos casos que envolve lesão ductal do pâncreas são conduzidas de forma conservadora devido a sua complexidade e sua morbidade. Esta modalidade de tratamento é considerado uma possibilidade, sendo necessário condução clínica minuciosa, uma vez que está associado a diversas complicações de alta morbidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente JPPS, 16 anos, sexo masculino, relatando queda de 8 metros de altura após queimadura elétrica no dia 07/12. Foi admitido no 4º dia de trauma com queixa de dor abdominal em epigástrico, estabilidade hemodinâmica e bom padrão respiratório. Na admissão realizou tomografia de abdome que evidenciou lesão pancreática grau III isolada. Devido ao tempo de trauma e a estabilidade clínica e hemodinâmica, foi optado inicialmente pelo a TNO com observação clínica, nutrição oral e acompanhamento laboratorial. Na internação evoluiu com aumento da dor abdominal sendo necessário nova TC que evidenciou coleções retroperitoneais em organização com volume estimado em 200 ml. Foi optado por drenagem percutânea ecoguiada desta coleção associado a antibioticoterapia e dieta enteral por cateter nasointestinal pós pilórico apresentando boa evolução clínica. No acompanhamento ambulatorial retornou assintomático e com exame de ultrassom abdominal mostrando ausência de coleções após a drenagem percutânea com 60 dias do trauma.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento conservador dos pacientes com lesão pancreática que envolve lesão ductal apresenta baixa incidência, pois depende da apresentação clínica do paciente, tempo de trauma, momento do diagnóstico, mecanismo de lesão e existência ou não de lesões associadas. A classificação precisa das lesões pancreáticas ao método de imagem e a localização anatômica desta lesão são fundamentais para adequada decisão terapêutica destes casos. A realização de TNO com lesão de ducto pancreático necessita de acompanhamento em hospital especializado em Trauma e com disponibilidade de propedêutica avançada, incluindo exames invasivos e de imagem, sendo uma opção terapêutica em casos selecionados.</p>

PO 155-1	PO 155-2
<p>CALCULO GIGANTE DE VESICULA BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>Fernando Antonio Figueiredo, Danilo Barros, Marina Faria Figueiredo</p> <p><i>Hospital Mãe de Deus - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A etiologia do cálculo biliar é provavelmente uma combinação de defeito no metabolismo lipídico e super-saturação do conteúdo biliar, especialmente do colesterol.(1) A colecistectomia laparoscópica é o tratamento padrão-ouro para a doença calculosa da vesícula (2) Grandes cálculos de vesícula podem causar uma doença complicada que requer cirurgia extensiva. Estas apresentações incomuns incluem síndrome de Mirizzi, fistulas biliares e obstrução da saída gástrica (síndrome de Bouveret) (3,5) Apresentamos caso de paciente submetido à colecistectomia laparoscópica eletiva sem prévio conhecimento do tamanho do cálculo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35 anos, 1,75 cm de altura, 80 kg. Encaminhado para consulta eletiva com quadro de colecistopatia calculosa sintomática e hérnia umbilical, sem comorbidades associadas. Apresentava ecografia abdominal com vesícula biliar "repleta de cálculos" e exames laboratoriais normais. Foi submetido a colecistectomia laparoscópica sob anestesia geral endovenosa total. Punções em epigastro e infra umbilical (10 mm) e flanco direito e hipocôndrio direito(5 mm) após bloqueio com ropivacaína 10 %. Na visualização da cavidade foi evidenciado o enorme tamanho da vesícula biliar. Introdução de instrumental para manuseio e exposição da mesma. Impossibilidade total de apreensão e tração da vesícula para dissecação e exposição, apesar de inúmeras tentativas e manobras. Assim, a vesícula foi incisa e aberta, com extração de cálculo único e colocação em endobag. A cirurgia prosseguiu de forma normalmente, com retirada da vesícula da cavidade através da punção umbilical. O cálculo foi removido, íntegro, dentro da bag, após expansão da incisão infraumbilical. A hérnia foi corrigida. O cálculo tinha formato de péra, de tamanho 91 X 48 mm, com peso de 83 g, e consistência pétreo. Foto 3,4,6 O exame histopatológico revelou colecistite crônica. Alta no segundo dia de pós-operatório e revisão no sétimo dia sem alterações ou sinais de complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: A colelitíase permanece como um dos problemas médicos mais comuns com intervenção cirúrgica como desfecho. Alguns pacientes podem permanecer assintomáticos, enquanto alguns progredem para um estágio que demande cirurgia. Os cálculos biliares podem ser tão pequenos quanto areia ou tão grandes quanto uma bola de golfe. Mas cálculos biliares com um diâmetro de mais de cinco centímetros são muito raros(2) A colecistectomia laparoscópica é o tratamento padrão-ouro para cálculos biliares sintomáticos (1,2,3,4). Mas a colecistectomia laparoscópica pode ser um procedimento mais difícil na presença de cálculo gigantes como o que encontramos. Cálculos de vesícula biliar gigante, de tamanho superiores a 5 cm de diâmetro, são muito raros. Apresentamos um caso de cálculo medindo 91 X 48 mm e peso de 83 g. A literatura relata necessidade de conversão nestes casos devido a dificuldade técnica e associação com câncer de vesícula biliar.</p>	<p>LESÃO DE AORTA NO TRAUMA TORACICO CONTUSO: RELATO DE CASO</p> <p>Vinicius Costa Calado, Luan Cayke Marinho de Oliveira, David Paes Lima, Guilardo Soares da Fonseca Ataíde, Victor Magalhães Salazar L'armee</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma torácico contuso é responsável por cerca de 90% dos casos de lesão de aorta, representando uma grande ameaça à vida logo nos primeiros minutos da cena do trauma. Por essa razão, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz com cirurgia de reparo aórtico são imprescindíveis para sobrevivência do paciente. Contudo, há controvérsias na literatura quanto ao tempo ótimo de realização desta conduta bem como a técnica cirúrgica mais efetiva a ser utilizada. O caso a ser relatado é de um paciente politraumatizado, vítima de um acidente automobilístico, admitido em emergência hospitalar apresentando trauma torácico contuso com cisalhamento de aorta.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, branco, 44 anos, vítima de acidente automobilístico com capotamento no dia 09/11/18, levado pelo SAMU ao Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa-PB. Deu entrada consciente, respirando espontaneamente, apresentando agitação, dor torácica, leve dispnéia, hipotensão (90/40 mmHg) e múltiplas escoriações. Após atendimento inicial, radiografia de tórax identificou alargamento mediastinal. Angiotomografia de tórax revelou fratura de múltiplas costelas, hemopneumotórax a direita, pequeno hemotórax a esquerda, contusão pulmonar bilateral, além de confirmar lesão de aorta ao nível da emergência da artéria subclávia esquerda, sem extravasamento de contraste, associada à dissecação (tipo Stanford B) que se estendia até as artérias renais. O paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sendo necessária assistência ventilatória por intubação orotraqueal. Foi então submetido à drenagem torácica a direita e mantido em estabilidade hemodinâmica até ser transferido a um serviço de referência em tratamento endovascular em Recife-PE, o PROCAPE, após 48 horas. Realizou o procedimento cirúrgico endovascular no mesmo dia, com a colocação de endoprótese auto-expansível do tipo Dominus 28x110 e 30x130, por inguinoartéria direita e dissecação de artéria femoral comum para passagem do fio hidrofílico. Apresentou evolução positiva no pós-operatório imediato, porém antes da alta hospitalar acabou apresentando mal-estar com morte súbita no 3o dia de pós-operatório por choque hipovolêmico devido à hemotórax maciço com ejeção de sangue pelo tubo orotraqueal.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão traumática de Aorta (LTA) representa uma altíssima letalidade visto que 80% das vítimas chegam a óbito ainda em cena do trauma. Frente a isso, a realização de um exame físico imediato pela equipe multidisciplinar de atendimento em serviços de emergência e uma adequada estabilização hemodinâmica são capazes de garantir uma maior sobrevida para posterior correção cirúrgica vascular. Estudos mostram que a cirurgia convencional aberta está sendo substituída pela terapia endovascular onde resultados efetivos são observados no que diz respeito a melhor sobrevida e menor risco de infecções no pós-operatório.</p>
<p>PO 156-1</p> <p>PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL VIDEOLAPAROSCOPICA POR TUMOR DE CAUDA DO PANCREAS COMPLICADA COM FISTULA: RELATO DE CASO</p> <p>RAFAEL WENDON RODRIGUES ROCHA, DANIEL RODRIGUES CORREIA, EUGÊNIO ALVES ROLIM, ANA ELISA BIESEK LEITE, ISABELE MARIA JORGE DE FREITAS, WELLYSON GONÇALVES FARIAS, ANNYA COSTA ARAÚJO DE MACEDO GOES, MARCELO LEITE VIEIRA COSTA</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas tem como fatores de risco o tabagismo, pancreatite crônica, diabetes mellitus, sedentarismo e idade avançada (mais comum entre 65 e 80 anos). Estima-se que entre 9% e 28% dos pacientes com CP que realizaram pancreatectomia podem ter como complicação fistula pancreática, pois 80% dos pâncreas são moles e de difícil sutura. A grande variação na probabilidade de desenvolver fistula pancreática se deve às diferenças em sua descrição, sendo ela caracterizada pela drenagem de secreção abdominal rica em amilase. As fistulas pancreáticas podem ser classificadas, de acordo com sua severidade e impacto clínico, em tipos A, B e C, podendo ser assintomáticas ou sintomáticas, com ou sem coleção de fluido peri-pancreático e podendo chegar a condições críticas, como a sepse, por exemplo. O diagnóstico pode ser feito pela análise do líquido pleural ou ascítico (fluido peri-pancreático), pela tomografia computadorizada (TC) ou pela colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 61 anos com DM, HAS e DLP, iniciou, em Novembro de 2018, quadro de dor intensa em pontada no terço superior do abdômen e pelve, além de perda ponderal de 7 kg em dois meses. Realizou TC de abdômen e pelve, mostrando imagem nodular arredondada, de contornos bem definidos localizada na cauda do pâncreas, medindo 2,5 x 2,5 cm. Obteve o diagnóstico de Lesão cística da cauda do pâncreas. Foi submetida à pancreatectomia de corpo caudal e esplenectomia por videolaparoscopia. No 2º dia de pós-operatório, apresentou quadro de dispnéia e queda da saturação; a suspeita diagnóstica foi de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), apresentou melhora após tratamento para TEP e desmame da oxigenoterapia. Assim, recebeu alta hospitalar, estando em uso de anticoagulação oral com Xarelto e com dreno de Blake com secreção sero-hemática de pouca quantidade (10 ml/24h). Três dias após a alta, notou-se aspecto purulento no conteúdo do dreno, acompanhado por febre e dor intensa no local. Novamente, a paciente foi internada com suspeita de infecção de cavidade e submetida à antibioterapia com Piperacilina, Tazobactam e Vancomicina, mantendo o dreno de Blake até clareamento da secreção e a anticoagulação com Xarelto. O histopatológico foi inconclusivo e a imuno-histoquímica foi sugestiva de carcinoma misto de células acinares e neuroendócrinas.</p> <p>DISCUSSÃO: Vê-se, portanto, que o diagnóstico e intervenção precoce são os pontos principais para tornar as fistulas pancreáticas. Apesar de representarem uma incidência considerável nas pancreatectomias e serem responsáveis por aumentar as taxas de mortalidade nesse procedimento cirúrgico, métodos mais efetivos de manejo das fistulas pancreáticas ainda não atingiram o patamar ideal. Espera-se, a partir de novas pesquisas, surgirem abordagens diagnósticas e algoritmos de conduta/tratamento mais eficientes, a fim de evitar o aumento no tempo de internação hospitalar e na morbidade para o paciente.</p>	<p>PO 156-2</p> <p>ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÊNICA ROTO E TROMBOSADO &ndash; DIAGNOSTICO DIFERENCIAL NO ABDOME AGUDO</p> <p>Samara Duarte Oliveira, João Marcos Santos Silva, Danilo Lima Souza, Fernanda Facincani Medeiros Bezerra, Rondson Freitas Vale, Vinicius Sedícias Azevedo, André Adler Batista Paulino, Andressa Milena Santos Rocha</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas das artérias viscerais são raros, porém não incomuns. O aneurisma de artéria esplênica (AAE) representa 60% dos aneurismas viscerais, sendo o mais freqüente. A etiopatogênica é variada podendo citar desde trauma e a hipertensão portal. Geralmente, é assintomático e detectado apenas por ocasião de sua ruptura. A rotura ocorre em 3 a 9,6 % dos doentes, com mortalidade operatória aproximada de 0,5% nos não-rotos e de 25% dos casos rotos (Guillauman,2009). O tratamento em casos assintomáticos depende de vários fatores como sexo e tamanho do aneurisma. A terapêutica é diversificada desde laparotomia ou videolaparoscópica com ou sem esplenectomia, dependendo da proximidade do aneurisma com o baço. Além disso, há a possibilidade de procedimentos endovasculares. Relatamos um caso raro de AAE roto e trombosoado com quadro clínico arrastado e alta taxa de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 37 anos, branca, solteira, hipertensa e com glomeruloesclerose focal e segmentar. Na admissão, referia dor abdominal e síncope há 18 dias. Iniciou o quadro com episódio de dor abdominal súbita, de forte intensidade do tipo cólica, no hipocôndrio direito seguido de síncope. Posteriormente, apresentou seis episódios semelhantes, contudo a dor passou a ser referida em andar superior do abdome e flanco esquerdo com irradiação para ombro esquerdo. Durante investigação, realizou ultrassonografia que identificou aneurisma no hilo esplênico. A tomografia de abdome evidenciou o AAE trombosoado e líquido na cavidade. Foi proposta uma laparotomia exploradora na qual encontrou grande quantidade de hemoperitoneo e coágulos na cavidade abdominal e retroperitoneal e artéria esplênica aneurismática rota e trombosoada. Realizado esplenectomia e exploração vascular do aneurisma trombosoado. Evoluiu no pós-operatório satisfatoriamente.</p> <p>DISCUSSÃO: O AAE é raro e de difícil diagnóstico, podendo passar despercebido e apenas ser detectado por ocasião de sua ruptura, como foi neste caso. A paciente em questão é do sexo feminino o que é compatível com a literatura. Tal patologia é mais comum em mulheres na proporção de 4:1(Pino, 2010). A causa precisa do AAE não foi estabelecida. O habitual do AAE é seu caráter assintomático, exceto em casos de ruptura que é marcado por hemorragia vultuosa, que ocorre para dentro da cavidade peritoneal, como no caso relatado (FERREIRA, 2016). O aneurisma de artéria esplênica deve ser tratado sempre que sintomático ou roto, como foi realizado. Como o aneurisma estava com trombos consistentes não foi optado pela ligadura proximal e distal com aneurismectomia ou mesmo aneurismectomia. O AAE é diagnosticado na investigação de outra doença abdominal ou por ocasião da rotura, por ser uma patologia frequentemente assintomática. Contudo, não deve ser esquecido como diagnóstico diferencial nos casos de dor abdominal, visto que quando sintomáticos podem estar roto e representar alta mortalidade perioperatória.</p>

PO 156-3	PO 158-1
<p>TRATAMENTO NAO OPERATORIO NA LESAO TRAUMATICA DE BEXIGA INTRAPERITONIAL</p> <p>DOMINGOS ANDRÉ FERNANDES DRUMOND, TARCISIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, SIZENANDO VIEIRA STARLING, HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO, DIEGO PEREIRA ZILLE, FELIPE YOSHIO TAGAMORI, BRUNO SILVA BORSATO, GABRIEL MARTIN LAUAR</p> <p><i>HOSPITAL JOÃO XXIII - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões de bexiga no trauma contuso são relativamente raras, em virtude da sua proteção pelas estruturas ósseas da pelve. O tratamento cirúrgico é o mais indicado nos casos de lesão de bexiga intraperitoneal. Porém, em casos selecionados, a conduta conservadora pode ser empregada</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente MIF, sexo feminino, 66 anos, vítima de acidente automobilístico com colisão frontal em anteparo fixo, apresentava trauma abdominal contuso como estabilidade hemodinâmica. Dor a palpação em hipogástrio sem irritação peritoneal e hematúria macrosscópica após cateterismo vesical de demora eram os principais achados no exame físico inicial. Submetida a tomografia de abdome que evidenciou pequena quantidade de líquido livre em pelve e mínimo extravasamento de contraste intraperitoneal pela bexiga na fase excretora. Optado por realização de ureterocistografia retrógrada na qual foi observado mínimo escape de contraste na cúpula vesical, característico de pequena lesão em bexiga intraperitoneal. A melhora da dor abdominal, associada a estabilidade clínica tornaram o tratamento não operatorio passível de ser realizado. Paciente apresentou boa evolução e nova ureterocistografia de controle, realizada após 14 dias, não evidenciou extravasamento de contraste, permitindo assim, a retirada do cateter vesical de demora.</p> <p>DISCUSSÃO: Pacientes vítimas de trauma abdominal contuso, estáveis hemodinamicamente, com hematúria macrosscópica devem ser investigados com tomografia de abdome para avaliação de lesões no trato urinário. Cistografia convencional ou por tomografia podem ser utilizadas nos casos suspeitos de lesão de bexiga. A lesão intraperitoneal de bexiga possui baixa probabilidade de resolução com tratamento conservador, por tratar de lesões extensas na maioria das vezes, porém, o sucesso dessa conduta já foi relatado na literatura em alguns casos. Estabilidade hemodinâmica, ausência de irritação peritoneal e tamanho da lesão menor que 02 cm, tornaram possível o tratamento conservador nessa paciente. Novos estudos são necessários para o desenvolvimento de protocolos que corroboram essa conduta na lesão intraperitoneal de bexiga.</p>	<p>NEOPLASIA CISTICA SEROSA DO PANCREAS COM COMPORTAMENTO ATIPICO – RELATO DE CASO</p> <p>Daiane de Oliveira Soares, José Marcus Raso Eulálio, José Eduardo Ferreira Manso</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Devido ao comportamento benigno da imensa maioria das Neoplasias Císticas Serosas do Pâncreas (NCSPs) e a morbidade associada à cirurgia pancreática, existem controvérsias quanto ao acompanhamento clínico e indicações de ressecção dessas lesões. O presente trabalho descreve um caso de paciente com NCSP com características benignas que apresentou crescimento e comportamento atípicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 70 anos, assintomática, iniciou em 2014 acompanhamento de tumoração cística no pâncreas. Realizou a primeira Ultrassonografia de Abdome (USG) em 02/2014 como exame de rotina em avaliação ginecológica que evidenciou lesão cística simples em cauda do pâncreas com 2,01x1,89cm, paredes finas e conteúdo homogêneo. Desde então a paciente realizou USG total em 2015 e 2016, sempre assintomática, e em laudos referindo crescimento inexpressivo da lesão (diâmetro máximo < 2,67 cm). Não realizou controle em 2017. Em novembro de 2018 realizou nova USA que demonstrou a presença de formação expansiva de ecogenicidade mista, medindo 15,4 x8,7cm. Realizadas Ressonância Magnética e Angiotomografia do Abdome em novembro de 2018, que confirmaram a volumosa formação expansiva na cauda do pâncreas, formada por múltiplos pequenos cistos com escara central, sugerindo Neoplasia Cística Serosa associada com trombose completa de veia esplênica e hipertensão portal segmentar significativa. Realizada pancreatectomia anterógrada modular com esplenectomia em 01/2019. A ressecção por via aberta envolveu aproximadamente 70% do parênquima total, sendo necessária rafia da veia mesentérica superior na junção espleno-mesentérica devido a trombose completa da veia esplênica. A paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem evidências de insuficiência exócrina ou endócrina do pâncreas. O laudo histopatológico confirmou Cistoadenoma Microcístico Seroso do Pâncreas.</p> <p>DISCUSSÃO: É consenso que tumores císticos do pâncreas sintomáticos devem ser ressecados. Em relação aos fatores de risco para malignização descritos em guidelines, o crescimento rápido foi o principal motivador da indicação de ressecção, uma vez que a paciente permaneceu assintomática e não haviam alterações de natureza ductal ou sinais de invasão extra-pancreática. A trombose da veia esplênica foi provavelmente resultado dessa rápida expansão com compressão local. O acompanhamento imagiológico regular de lesões serosas estáveis e assintomáticas é motivo de controvérsia. No caso em questão, um crescimento menor que 0.5cm/ano por dois anos, levou o médico assistente a solicitar novo exame de rotina apenas após 2.5 anos, sendo o mesmo surpreendido por aumento volumoso e assintomático da lesão. Cabe discutir a necessidade de acompanhamento anual dessas lesões císticas entre 2,0 e 3,0cm, mesmo quando os pacientes são assintomáticos, a lesão não apresenta sinais de preocupação e a taxa de crescimento é baixa.</p>
<p>PO 158-2</p> <p>RECONSTRUÇÃO DE VEIA AXILAR COM ENXERTO HELICOIDAL DE VEIA SAFENA MAGNA EM CIRURGIA ONCOLOGICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Amanda da Silva Anjos, Laize Ribas Turok, Jefferson Wrublack Cuba, Rafael Vieira Kwiatkowski, Diego Carvalho Duarte Mari, Brenno Giovanni Hernando Vidotti, Brenno Giovanni Hernando Vidotti</p> <p><i>Hospital do Rocio - Campo Largo - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cancer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina após os tumores de pele não melanoma. Existem diversas modalidades de tratamento para o cancer de mama: quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia e tratamento cirúrgico. As abordagens cirúrgicas incluem a quadrantectomia ou setorectomia e a mastectomia. Como o tecido mamário normalmente drena para os linfonodos localizados na axila, e o envolvimento neoplásico desses linfonodos é uma indicação de possível disseminação do cancer e de sua presença em outros sítios, além da retirada da lesão é importante realizar a linfadenectomia axilar, ou seja, a retirada dos linfonodos dessa região.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente trabalho visa relatar o caso de uma paciente de 53 anos com uma neoplasia de mama que se submeteu a uma quadrantectomia com esvaziamento axilar. No intraoperatório, observou-se bloco linfonodal totalmente aderido em veia axilar direita, e procedeu-se a ressecção da veia axilar direita com realização de enxerto helicoidal de veia safena magna direita. A veia safena magna direita foi retirada e tentou-se realizar a dilatação da mesma, visando uma melhor anastomose com a veia receptora, usando uma seringa e soro fisiológico, porém não houve sucesso. A veia safena magna foi então dissecada e envolta em uma seringa com posterior anastomose para tunelização, utilizando prolene 6-0. A seguir, foi realizada anastomose termino-terminal na veia axilar utilizando prolene 4-0.</p> <p>DISCUSSÃO: Existem diversas técnicas de reconstrução de veia axilar, como ligaduras, reparo com sutura lateral, anastomose terminoterminal, tela (patch), enxerto venoso e enxerto helicoidal. No caso em questão, a escolha do enxerto helicoidal se deu por conta dele ser um enxerto autólogo, ou seja, proveniente de tecidos do próprio paciente. Além disso, apresenta menor trombogenicidade quando comparado aos enxertos vasculares sintéticos, o que é um importante fator a ser considerado, já que a paciente apresenta maior suscetibilidade a ocorrência de eventos tromboembólicos devido a neoplasia. Uma das complicações mais comuns do esvaziamento axilar consiste no linfedema, ou seja, uma obstrução ou interrupção dos vasos linfáticos que resulta em um edema do membro. Na consulta pós-operatória da paciente em questão, não evidenciou-se linfedema no membro superior direito.</p>	<p>PO 159-1</p> <p>RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA NO TRATAMENTO DE LESAO IATROGENICA DE VIAS BILIARES: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Da Silva Cunha, Paulo Marco Lopes, Cláudio Matias Barros Júnior, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Matheus Jorge Pires Viana, Victor Ary Câmara</p> <p><i>Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No Brasil, entre 9,1% a 19,4% da população adulta possuem colelitíase, com cerca de 20% destes apresentando sintomas típicos, sendo a maioria assintomática. Nos pacientes sintomáticos, está indicada a colecistectomia, de preferência videolaparoscópica (VLP), desde que o paciente não possua contra-indicação para o procedimento. Dentre as complicações intra-operatórias, a lesão de vias biliares corresponde a 0,3% dos casos, podendo ser necessária a realização de uma derivação biliodigestiva para correção de lesões mais complexas, de acordo com a classificação de Bismuth. Entretanto, tais derivações podem evoluir também com estenose, as quais devem ser corrigidas com brevidade por via cirúrgica, endoscópica ou por radiologia intervencionista, pois o paciente pode evoluir com cirrose biliar secundária, decorrendo em hepatectomias e até em transplante hepático. Neste artigo, objetivamos relatar um caso onde foi utilizada a radiointervenção na correção de estenose de vias biliares ocorrida após derivação biliodigestiva em “Y de Roux” devido à lesão iatrogênica ocorrida em colecistectomia VLP.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 29 anos, diagnosticado com Colelitíase sintomática, realizou colecistectomia VLP em março de 2017, permanecendo internado devido à presença de dor abdominal difusa, vômitos, icterícia e febre no pós-operatório precoce. Diagnosticado com lesão de vias biliares na confluência dos ductos hepáticos, foi submetido a uma derivação biliodigestiva em “Y de Roux” no quinto dia de pós-operatório, tendo melhora do quadro clínico e alta hospitalar. Aproximadamente um ano depois, voltou a procurar atendimento médico devido à dor abdominal, icterícia, acolia fecal, colúria, prurido, febre e calafrios. Exames laboratoriais mostravam: BT=1,29; BD=0,83; BI=0,43; FA=856; GGT=603. Realizou Colangiorensonância, detectando estenose da derivação, comprometendo ambos os ductos hepáticos. Devido à dificuldade técnica de uma nova intervenção cirúrgica, foi optado em abril de 2018 por procedimento percutâneo guiado por radiografia para colocação de prótese na via biliar para drenagem e dilatação desta, com resultado positivo. A prótese foi retirada após dez meses, mantendo-se o paciente assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: A via laparoscópica é a principal escolha para colecistectomia, por ser menos traumática, mais estética e ter menor período de internação. No entanto, o aumento na incidência de lesões de vias biliares encontra-se evidenciada nos estudos, com desenvolvimento de estenoses que decorrem em 71 a 95% das vezes por iatrogenia. Diante disso, quando comparados os métodos para resolução dessas lesões, os índices de sucesso na abordagem cirúrgica e radiointervencionista com colocação de prótese são similares (70% a 80%), sendo necessário o acompanhamento dos pacientes para possíveis lesões tardias. Com tais resultados, a radiologia intervencionista tem-se mostrado como uma alternativa promissora no tratamento de casos complexos de lesão de vias biliares.</p>

PO 159-3	PO 160-2
<p>USO DE BALAO HIDROSTATICO INTRA-HEPATICO EM TRAUMAS PENETRANTES</p> <p>GABRIEL AMORIM BRITO, BEATRIZ FERREIRA BUENO, DÉBORA AMORIM BRITO, RENATO LIMA CAMBOTTA, ELPÍDIO SOUSA SANTOS NETTO, WELLINGTON JOSÉ SANTOS, JOHN KENNEDY SOARES BARROS, EDSON TADEU MENDONÇA</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A localização anatômica e o tamanho fazem do fígado um alvo em traumas abdominais. Cerca de 72,73% dos traumas toracoabdominais acometem o fígado e atingem uma mortalidade global de 10%. Dentre as lesões hepáticas, 10-30% são complexas e o controle do sangramento é um desafio para cirurgiões por evoluir a uma tríade letal formada por acidose, coagulopatia e hipotermia.</p> <p>RELATO DE CASO: UAP, 37 anos, feminino, deu entrada no Hospital de Urgências de Goiânia vítima de projétil de arma de fogo com entrada em região de transição tóraco-abdominal em dorso a direita e saída em hipocôndrio direito, estável hemodinamicamente. Solicitada tomografia computadorizada evidenciando moderada quantidade de líquido livre na cavidade sugestivo de hemoperitônio e lacerações profundas acometendo segmentos V, VI, VII e VIII com flush de contraste nas fases arterial e venosa. Feito laparotomia exploradora com confirmação dos achados. Paciente apresentou choque hipovolêmico refratário durante procedimento, sendo optado por cirurgia de controle de danos com colocação de três compressas em espaço sub-frênico e sub-hepático a direita, cessando sangramento pelo envolvimento hepático. Paciente reabordada em 48 horas, sendo identificada lesão hepática tunelizante com sangramento ativo de pequena monta, sendo passado balão intra-hepático confeccionado com dreno laminar nº 3 e sonda de Foley 18Fr insuflado com soro fisiológico transpassado pelos orifícios de entrada e saída no fígado e exteriorizado na pele. Com boa evolução clínica, balão retirado após 12 dias. Paciente retornou no 28º pós-operatório, com saída de secreção purulenta pelo orifício do balão, com coleção de 60 mL sendo passado dreno tubular, lavagem diária da loja com soro fisiológico e feito Cefepime por 21 dias. Após boa evolução clínica, segue em acompanhamento ambulatorial no serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: Em traumas hepáticos penetrantes, o tratamento não operatório deve ser considerado apenas em casos com estabilidade hemodinâmica, ausência de peritonite, evisceração e empalamento. O manejo do paciente é determinado por sua condição clínica, presença de lesões associadas e ao grau da lesão hepática. Por conseguinte, diversas técnicas operatórias foram e vem sendo desenvolvidas a fim de se obter o melhor controle hemorrágico nesses casos. No Brasil, Morimoto e colaboradores (1987) descreveram o uso de balão intra-hepático para hemostasia, combinando Sonda de Foley a um dreno laminar insuflado de forma seletiva com solução salina ou contrastada. O tempo ideal de permanência está entre 7 a 10 dias, devendo-se manter a drenagem da cavidade por no mínimo 24 horas após retirada do balão a fim de se detectar possíveis sangramentos e drenagem de bile. É um método de fácil execução, que ao permitir o controle da insuflação diminui eventos sequelares isquêmicos, o tempo operatório e a necessidade de reoperação para retirada do balão, sendo, portanto, uma alternativa valiosa em abordagens de lesões hepáticas complexas de difícil controle hemorrágico.</p>	<p>RELATO DE CASO: SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DA DOR ABDOMINAL</p> <p>MARIA EDUARDA VALADARES SANTOS LINS VALADARES, VICTOR GOMES LIVERA REYES LIVERA, ANA LUIZA BOTELHO URTIGA URTIGA, ERB GAMA CAMBRAINHA MONTEIRO MONTEIRO, DIOGO SALES DE SOUZA VIDAL SALES, VLADIMIR CURVELO TAVARES DE SÁ CURVELO, GABRIELA DE OLIVEIRA BURIL BURIL, ADOLPHO DE BARROS E SILVA DE OLIVEIRA BARROS</p> <p><i>Hospital Agamenon Magalhães - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome do ligamento arqueado mediano é uma condição incomum causada pela compressão do tronco celíaco. Sua incidência é de 2/100.000 pacientes com dor abdominal recorrente e inespecífica na porção superior. Outras queixas seriam dor pós-prandial, náuseas, vômitos e perda de peso não intencional. É uma condição frequentemente negligenciada, corrigível cirurgicamente, que imita a dor abdominal crônica funcional. Os resultados cirúrgicos são imprevisíveis, mas a correção laparoscópica ou por laparotomia, é uma opção terapêutica válida para esta síndrome.</p> <p>RELATO DE CASO: J.F.S., 60 anos, parda, procedente de Recife-PE, asmática, estilita social e nega demais comorbidades. Relata dor abdominal há cerca de 10 anos associada à diarreia e perda ponderal de 15kg neste período. A paciente apresenta episódios recorrentes da queixa algica, principalmente pós-prandial e após ingestão de alimentos ricos em lipídios, sendo localizada no quadrante inferior esquerdo, contínua e em cólica. O quadro clínico de dor evoluiu com piora da intensidade, aumento das crises e irradiação para região superior do abdome e dorso, fazendo uso constante de sintomáticos com alívio parcial da queixa nas exarcebacoes. A paciente foi internada no setor de cirurgia geral do Hospital Agamenon Magalhães (Recife-PE), em 2018, para abordagem cirúrgica, sendo submetida a exames complementares pré-operatórios. Foi visualizado compressão diafragmática do tronco celíaco em sua porção proximal no estudo vascular com doppler da aorta abdominal e artérias ilíacas. A Angiotomografia da aorta abdominal evidenciou a compressão do tronco celíaco e a Arteriografia demonstrou estenose suboclusiva do tronco celíaco durante a expiração. Diante da possibilidade de tratar-se de dor abdominal de origem vascular, realizou-se a abordagem cirúrgica por via laparotômica para decompressão extrínseca do troco celíaco, sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com melhora do quadro algico.</p> <p>DISCUSSÃO: A resposta clínica favorável à cirurgia costuma ocorrer de acordo com a literatura em 2/3 dos pacientes. Em relação ao grau da compressão, não há dados que correlacionem seu impacto na eficácia do tratamento, podendo o comprometimento vascular não ser a principal causa de dor em pacientes que apresentam essa síndrome, dificultando o resultado positivo após a cirurgia. É importante realizar o diagnóstico diferencial com doenças gastrointestinais, sendo a angiografia padrão ouro para definir a compressão do tronco celíaco. O procedimento laparotômico para tratamento desta síndrome está bem documentado, principalmente se a dor pós-prandial estiver presente, com idade entre 40-60 anos e significativa perda ponderal. É fundamental o acompanhamento pós-operatório para prognóstico da dor, visto que na literatura 3/4 dos pacientes tornaram-se assintomáticos com seguimento de 3 anos.</p>
<p>PO 160-3</p> <p>FERIMENTO CARDIACO PENETRANTE EM HOSPITAL TERCIARIO DE MANAUS-AM: RELATO DE CASO</p> <p>Valbecia Tavares De Aguiar, Antônio José Fonseca Da Rocha Júnior, Lívia Laura Dos Santos Rocha, Karoline Teixeira Loiola, Winston Alberto Ribera Mendoza, Antônio Oliveira De Araújo, Valéria Santos da Costa, Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Feridas cardíacas penetrantes, desde a antiguidade e ainda são consideradas um desafio por cirurgiões de trauma devido à sua letalidade e urgência de tratamento. (PEREIRA, 2014). A cidade de Manaus, no Estado do Amazonas, encontra-se em terceiro lugar entre as cidades mais violentas do Brasil e ocupa o 11º lugar no ranking mundial, com uma taxa de 70,37 homicídios por 100.000 habitantes (ARAÚJO et al., 2018).</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 23 anos dá entrada no serviço de urgência e emergência vítima de ferimento por arma branca (faca) em quadrilátero de Ziedler há cerca de 20 minutos após o corrido, encontrava-se em choque grau IV, inconsciente e agônico. Adotadas medidas de suporte, intubação orotraqueal e drenagem fechada de tórax à esquerda com evidência de hemotórax maciço, paciente evoluiu com urgência de jugular e hipofonese de bulhas cardíacas, sendo realizado FAST na sala de emergência que confirmou tamponamento cardíaco. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, optou-se por toracotomia anterolateral esquerda como via de acesso, havia presença de hemotórax residual, cerca de 500 mL, após abertura do saco pericárdico que possuía hemopericárdio (200 mL) foi identificada lesão única de cerca de dois centímetros em ventrículo esquerdo. Realizada passagem de sonda vesical nº 16 pela lesão e insuflação do balonete com o intuito de tamponar o ferimento permitindo a sua rafia, que foi feita com três pontos e "U" com fio inabsorvível 3-0 de polipropileno, não houve penetração na cavidade abdominal, procedeu-se a aproximação do pericárdio com dois pontos separados com fio inabsorvível 3-0 de polipropileno. Paciente evoluiu de forma favorável no pós-operatório recebendo alta no sétimo dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Em estudo realizado por Costa et al., maioria dos doentes (52,0%) foi operada utilizando-se a toracotomia anterolateral esquerda para o tratamento das lesões cardíacas, seguida pela esternotomia mediana (24,5%) e pela bitoracotomia (20,5%). A cardiografia foi a conduta cirúrgica predominante (98,0%). A média do tempo de internação foi 8,2 dias com intervalo de tempo mais frequente entre cinco e dez dias, 53,3% de 92 doentes internados. O tempo decorrido entre a admissão no pronto socorro e o início da operação foi inferior a 20 minutos em 19,6% dos pacientes; variou entre 21 e 41 minutos em 28,4% dos pacientes e foi superior a 83 minutos em 25,5% dos pacientes. O presente relato adiciona a literatura um caso de ferimento cardíaco penetrante que teve um desfecho bem sucedido devido alguns fatores: tempo decorrido entre o ferimento e a chegada ao serviço de urgência e emergência de aproximadamente 20 minutos, drenagem fechada de tórax à esquerda e o rápido diagnóstico de tamponamento cardíaco, sendo realizada toracotomia para tratamento definitivo da lesão além do ferimento ter sido causado por arma branca, que tem uma energia cinética muito menor se comparado aos ferimentos por arma de fogo.</p>	<p>PO 161-1</p> <p>FISTULA ENTEROCUTANEA DECORRENTE DE POS-OPERATORIO DE COLICISTECTOMIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Anna Carolina Mendes Zanetti, Luciana Lunardi dos Santos, Sérgio Luiz Rocha</p> <p><i>Hospital Sugisawa - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fístula enterocutânea é uma comunicação anômala entre o trato gastrointestinal e a pele. Trata-se de uma condição que cursa com significativa taxa de morbidade e mortalidade; por tal motivo, impacta na saúde física e psicológica do paciente, nos gastos financeiros do sistema de saúde e requer uma equipe multidisciplinar para tratamento adequado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 64 anos, há sete meses submetido a colecistectomia convertida por incisão de Kocher, relatando presença de inflamação da vesícula biliar e comunicação da vesícula com o intestino. Evoluiu com pós operatório arrastado com saída de muita secreção por dreno deixado na borda lateral da incisão e com persistência de saída de secreção, agora mucopurulenta e em pequena quantidade. Fistulografia mostrando comunicação cutânea com alça de delgado com aproximadamente 12 cm de extensão e ressonância magnética do abdome confirmando trajeto fistuloso entre a pele e o duodeno. Realizada nova laparotomia pela incisão anterior, dissecado o trajeto fistuloso até o duodeno e encontrados três cálculos em torno de 6 mm cada um ao redor do orifício do duodeno. Rafia do duodeno em dois planos associado a epiploplastia, drenagem da cavidade abdominal com dreno de Penrose e jejunostomia para alimentação enteral precoce. Evolução pós operatória satisfatória sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O manejo da fístula enterocutânea é uma habilidade clínica fundamental para o conhecimento de todo cirurgião-geral. O cuidado destes pacientes deve se concentrar em quatro fases principais: reconhecimento e ressuscitação apropriados; avaliação e plano nutricional completos; avaliação radiográfica para definição da anatomia da fístula; e fechamento definitivo em caso de não cicatrização espontânea. Cerca de um quarto dos pacientes com esta condição são secundários a doenças inflamatórias intestinais, patologias diverticulares, radiação, trauma e malignidade; os demais surgem em decorrência de cirurgias laparoscópicas ou abertas – caso do paciente relatado, submetido a uma colicistectomia prévia. Chapman et al. identificaram, em 1964, quatro fatores chaves na terapia da fístula enterocutânea, que permanecem relevantes até os dias atuais: ressuscitação fluidica, controle da fonte, gestão efluente e proteção da pele. A nutrição entrou recentemente como quinto elemento chave. É importante também uma abordagem multidisciplinar para otimizar as chances de um resultado bem sucedido. A fístula enterocutânea é fonte significativa de morbidade e mortalidade, apesar dos avanços nos cuidados médicos. Aproximadamente noventa por cento (90%) dos casos estão acompanhados por morbidades, como desidratação e sepsis. Considerando que, na maioria dos casos, é de causa iatrogênica, o ônus da prevenção, bem como o gerenciamento adequado, o planejamento e o tratamento definitivo recaem sobre o cirurgião.</p>

PO 161-2	PO 162-1
<p>TORACOTOMIA MEDIANA PARA RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL</p> <p>Rayana Vaz Manzi, Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Caique Ferreira de Sousa, Raitton Dias Gomes, Caio Felipe Damasceno Tavares, Cristiane Chaves Campos, Rodolfo Rogers Américo, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cateter venoso central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo que por meio de técnicas adequadas, consegue atingir a veia cava superior ou a veia cava inferior visando a administração de fluidos e medicamentos. As complicações relacionadas ao PICC são passíveis de ocorrer em sua colocação, manutenção ou retirada. Dentro das complicações circunstanciais é incluída a dificuldade de remoção do dispositivo, variando numa taxa de 1 a 12%, sendo necessária a intervenção cirúrgica em alguns casos. Pode ainda haver a ruptura do PICC, numa incidência encontrada de 4 a 5%. Esta situação pode levar a ocorrência de fragmentos de cateter intravascular e cardíaco (cuja mortalidade é de 50%).</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, de 68 anos, branca, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensa desde os 43 anos, possui doença renal crônica secundária as comorbidades apresentadas. A paciente foi admitida em agosto de 2018, no hospital de Redenção do Pará, para investigação de uma infecção no trato respiratório. Com a piora geral no estado clínico, foi instituído um cateter venoso central, para administração de medicamentos e fluidos. Este acesso se manteve por duas semanas. Com a melhora clínica da paciente, o cateter foi retirado. No entanto, uma imperícia na técnica de retirada resultou em seu alojamento entre a veia subclávia direita e a cava superior, o que foi visto por meio de estudo ultrassonográfico. Para encontrar o cateter, foi realizada uma incisão infraclavicular que, não obtendo sucesso, foi seguida de luxação da clavícula direita e durante esse procedimento, percebeu-se que o fragmento havia migrado. Para tentar visualizar o cateter, em virtude das limitações do serviço hospitalar oferecido, optou-se pela toracotomia mediana e se obteve sucesso. O fragmento do cateter estava alojado dentro da transição entre cava superior e inferior, com risco de invadir o ventrículo direito do coração.</p> <p>DISCUSSÃO: A cateterização venosa central é um procedimento amplamente utilizado em pacientes críticos, os quais demandam assistência à saúde de alta complexidade. Destaca-se a necessidade de conhecimento, habilidades e treinamento do enfermeiro e equipe para o manejo seguro dos dispositivos intravasculares. ¹ Exaltando assim, a prevenção de ocorridos como o em questão, em que após o corte do CVC, ele se alojou na veia cava superior. Após a incisão infraclavicular e luxação da clavícula direita em busca da retirada do dispositivo, que em casos sem complicações é feita de maneira hemodinâmica, houve a necessidade de toracotomia mediana, que evidenciou o CVC com uma de suas extremidades praticamente invadindo o ventrículo direito e a outra na veia cava superior. De acordo com a 18ª edição do Sabiston Tratado de Cirurgia, toracotomia mediana é o procedimento cirúrgico que traz consigo um risco cardiopulmonar alto e não se enquadra em um procedimento comum para a retirada do CVC, como foi feito em Redenção-PA.</p>	<p>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR DE PANCREAS</p> <p>Ludimila de Macedo Dalla Corte, Ellen Tiekko Tsugami Dalla Costa, Samanta Mendes Barreto, Celeste de Santana Oliveira, Alisson Juliani, Bruno Tolino Maran, Helmgton Souza, Davi Farias Pereira</p> <p><i>UnICEUB - BRASIL - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Na avaliação de uma massa pancreática, um diagnóstico equivocado de neoplasia ocasiona cirurgia desnecessária, enquanto um falso-negativo permite a evolução de um adenocarcinoma a estágios irremediáveis. Devido à sua semelhança com o câncer, lesões sólidas pancreáticas podem gerar confusão diagnóstica, como as lesões da pancreatite crônica autoimune ou da pancreatite crônica alcoólica. Cerca de 5% das pancreatectomias por diagnóstico pré-operatório de carcinoma terão pseudotumor como resultado no exame anatomopatológico. Pseudotumor pancreático é o aumento de volume de uma área do pâncreas na qual não há neoplasia benigna ou maligna, tendo causas variadas. Como o prognóstico do câncer pancreático é muito desfavorável cirurgiões e radiologistas enfrentam um dilema durante a avaliação de massas pancreáticas associadas a sinais de inflamação aguda ou crônica. O tipo celular mais comum nos tumores malignos do pâncreas é o adenocarcinoma. Assim como a pancreatite crônica, o adenocarcinoma pancreático é um tumor hipóxico, hipovascular e com componente fibrótico, o que dificulta o diagnóstico histológico. A pancreatite crônica aumenta o risco de adenocarcinoma. Pacientes com pancreatite crônica hereditária são os que possuem maior risco. Ademais, a pancreatite crônica pode apresentar clínica similar ao adenocarcinoma pancreático, como perda de peso, dor abdominal e icterícia, o que pode dificultar ainda mais o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: DM, 74 anos, masculino, com história de 42 anos de etilismo e tabagismo (abstêmio há 4 anos), fraqueza e icterícia há 15 dias e perda de 10 Kg em 2 meses. Exames laboratoriais demonstraram elevação das enzimas canaliculares (FAL: 935, GGT: 959) e bilirrubinas (Bb 9.71 e BD 6.78). Amilase e lipase normais (Am 19, Lip 16). TC de abdome evidenciou: dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, até o segmento distal do colédoco; ectasia do ducto pancreático; calcificações irregulares na cabeça do pâncreas; atrofia do parênquima pancreático; vesícula biliar hidrópica, com cálculos de até 11mm. Feita suspeita diagnóstica de tumor periampular, foi submetido a CPRE, que evidenciou colangite supurativa aguda e estenose segmentar da porção intrapancreática do colédoco. Marcadores tumorais elevados (CEA:285, CA19-9 > 10000). Endoscopia revelou uma heterogênea em cabeça de pâncreas com dilatação do ducto hepático principal e das vias extra e intra-hepáticas. Resultado da biópsia inconclusiva, Paciente aguarda nova biópsia pancreática para esclarecimento diagnóstico.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico diferencial de formação tumoral na cabeça de pâncreas, deve cogitar as possibilidades: adenocarcinoma pancreático, pancreatite crônica alcoólica, pancreatite crônica associada à doença biliar, outras pancreatites crônicas. Todas podem levar à compressão do colédoco e, portanto, a uma clínica semelhante. Esse diferencial pode evitar operações desnecessárias e suas complicações futuras, além de diagnósticos e de prognóstico reservado dados erroneamente.</p>
<p>PO 162-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMATICA ESTRANGULADA APOS DOIS ANOS DE TRAUMA POR PAF: UM RELATO DE CASO</p> <p>Autores: ROXANE CASTRO alexandre, Hércules Magalhães Olivense do Carmo, Rondson Freitas do Vale, Lucas Reis Angst, Talita Ferraz Trancoso, João Marcos Santos da Silva, André Adler Batista Paulino, Layane Ferreira Balbino</p> <p><i>Liga de cirurgia - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O diafragma se constitui em uma estrutura músculo-membranosa com funções ativas na respiração, além de definir o limite dos compartimentos torácico e abdominal. Apesar da resistência do diafragma, ações traumáticas podem levar a ruptura e consequente herniação dos conteúdos abdominais para a cavidade torácica. O presente caso é de interesse pela hérnia diafragmática representar uma condição suspeita em todos os pacientes com ferimento penetrante ou por impacto no tórax ou abdômen, particularmente na parte inferior do peito ou epigástrico, mesmo se ocorrido há poucos dias ou vários anos^{1,2}. Contudo, a dificuldade do diagnóstico aumenta a possibilidade de negligência levando a complicações como gangrena e/ou perfuração de um órgão herniado³.</p> <p>RELATO DE CASO: J.M.R.S., masculino, 31 anos, pardo, procedente de Rio Branco. Foi transferido da Pronto Clínica para o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), com queixa de dor abdominal difusa, não irradiada. Nos dias que antecederam a internação, apresentava dispnéia e dor epigástrica. Havia seis meses apresentava dor epigástrica progressiva. Relatou ter feito uso de gastrogel, ranitidina e pantoprazol. Entretanto, não houve resultado. Como antecedentes pessoais, foi mencionado ferimento por arma de fogo (FAF) na região do Hemitórax Esquerdo havia dois anos. Na ocasião do ferimento, o paciente foi submetido à drenagem torácica. O dreno permaneceu cerca de 10 dias. O paciente relatou sensação de plenitude pós-prandial após ingestão de alimentos, este estava em dieta livre. À inspeção: paciente lúcido, orientado em tempo e espaço, dispnéico, sudoreico. À palpação: abdome doloroso à palpação difusamente. À ausculta: Ruídos hidroaéreos presentes. Sinais vitais estáveis. Exames laboratoriais: Leucometria global: 11.300/mm3, Segmentados: 78%, Linfócitos: 14%. TC tórax: hérnia diafragmática evidenciada pela distensão de alça abdominal presente em hemitórax esquerdo. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora por incisão subcostal à esquerda, seguida de direse por planos até a cavidade peritoneal. Foi identificada hérnia diafragmática à esquerda pós-trauma (antecedente de FAF), contendo grande quantidade de alças de jejuno em hemitórax esquerdo. Realizado redução do conteúdo herniado e observado boa vitalidade de alças intratorácicas. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós-operatório, em boas condições.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente se suspeita que a causa da maior incidência de hérnia traumática por impacto no hemitórax esquerdo pode ser explicada pela proteção fornecida pelo fígado no lado direito e, no caso de trauma penetrante, pode ser explicada pela prevalência de atacantes destros⁴. A cirurgia é um eficiente tratamento e a abordagem por toracotomia facilita a dissecação de tecidos que poderiam estar aderidos ao diafragma. A toracotomia é indicada em grandes hérnias crônicas, a deste caso era inferior a 5 cm.</p>	<p>PO 163-1</p> <p>PANCREATITE AUTO-IMUNE: DESAFIO DIAGNOSTICO</p> <p>Dened Myller Barros Lima, Joyce Almeida Sá de Moraes, Monica Raquel de Souza Aquino, Rielly De Sousa e Silva, Luiz Felipe Medeiros Rocha, Rebecca Gomes Ferraz, Senival Alves De Oliveira Júnior, Enio Campos Amico</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite autoimune (PAI) é uma desordem infrequente, considerada por vários autores como parte da doença sistêmica por IgG4, juntamente com colangite por IgG4, doença inflamatória intestinal, fibrose mediastinal, nódulos pulmonares e síndrome de Sjogren. A IgG4 sérica está elevada na maioria dos casos, assim como são detectados plasmócitos IgG4-positivos no pâncreas e em outros tecidos. A manifestação da PAI como pancreatite recorrente é comum e os achados de imagem frequentemente encontrados são massas pancreáticas, aumento do órgão e constrição do ducto pancreático.</p> <p>RELATO DE CASO: MJJP, feminino, 45 anos, previamente hígida, compareceu ao ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes apresentando intensa dor em aperto no andar superior do abdome, com irradiação para dorso e piora com alimentação, sem náuseas ou vômitos, há 4 dias. Ao exame, icterícia (+1), abdome doloroso à palpação profunda em epigástrico. Referia sete internações progressivas por pancreatite aguda, sendo a última há 8 meses. Negava etilismo e referia colecistectomia em 2015. Laboratório evidenciou amilase: 2474 mg/dL, AST: 461 mg/dL e ALT: 799 mg/dL e elevação de enzimas canaliculares. Colangioprofilaxia feita há dois anos evidenciava pâncreas e vias biliares normais e ecoendoscopia bilopancreática do mesmo período mostrava papila pancreática normal. Ressonância de abdome mais recente apresentou discreta dilatação de vias biliares intra hepáticas e "pâncreas em salsicha". Ademais, trazia IgG4 sérica elevada (260 mg/dl - VR 8-140). Optou-se pelo internamento para manejo clínico e investigação etiológica.</p> <p>DISCUSSÃO: A PAI pode ser dividida em tipo I e II. O tipo I é caracterizada-se por recorrências e o envolvimento pancreático faz parte do espectro de um acometimento sistêmico por IgG4, já o tipo II não evolui com recorrências e nem envolvimento sistêmico (IgG4 negativo). O diagnóstico do tipo I é feito através dos critérios de HISORT (Mayo Clinic): histopatológico, imagem característica na tomografia computadorizada (TC) ou pancreatografia, elevação de IgG4 sérica, acometimento de outros órgãos e resposta à corticoterapia. Este relato de caso é sugestivo do subtipo I e os critérios HISORT guiam a investigação etiológica. Além da elevação da IgG4 sérica, a paciente apresentava opacidades fibrocitríacas e micronódulos inespecíficos evidenciados em TC de tórax, assim como queixa de xerofalmita de longa evolução. Última TC de abdômen descreveu pâncreas com perda da lobulação e com superfície lisa (aspecto "em salsicha") associado a estreitamento do ducto pancreático principal, alteração típica sugerida pelo critério HISORT. Contudo, o aumento de IgG4 sérica era inferior ao esperado. Desse modo, a relevância deste relato encontra-se no adequado manejo dos critérios diagnósticos, que são de extrema importância.</p>

PO 163-2	PO 164-1
<p>CONDUÇÃO DE HEMATOMA RETROPERITONEAL POR LESÃO DE VEIA MESENERGICA SUPERIOR NO HOSPITAL TRÍPLICE FRONTEIRA DE RORAIMA.</p> <p>Marcello Santos da Silva, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Levindo Alves de Oliveira, Lucas Duarte, Larissa Erikarla Negreiros Madureira, Ana Carolina Gonçalves Pires, Poliana Lucena dos Santos, Diego Guilherme Santos Portella</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - Boa Vista - Roraima – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O retroperitônio está situado entre o peritônio posterior e os músculos da parede posterior do abdome e constitui um espaço virtual que se estende das inserções diafragmáticas até a borda inferior da pelve, no nível da base do sacro e da crista ilíaca. Os hematomas retroperitoneais tem diversas origens, deste modo, têm denominações e topografias diversas. Podem ser classificados como espontâneos, quando ocorre ruptura de um aneurisma e distúrbios da coagulação sanguínea, iatrogênicos, por punções e manipulações cirúrgicas ou, traumáticos, fechados e penetrantes. No pré-operatório, uma das maiores dificuldades é o diagnóstico; isto se deve ao fato de que as afecções do espaço retroperitoneal não tem fisiopatologias bem definidas e não oferecem elementos substanciais para a hipótese diagnóstica ou elaboração de métodos propedêuticos. O presente relato traz o caso de um paciente que apresentou hematoma retroperitoneal por lesão de veia mesentérica superior.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente D.R.M., sexo masculino, 45 anos, pardo, natural e proveniente de Boa Vista – RR. Deu entrada, no dia 27/11/2018, no grande trauma do Hospital Geral de Roraima após ferimento por arma branca em flanco e fossa ilíaca direita. Paciente apresentava evisceração de epíplon e afirmou ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica. Ao exame físico: paciente hemodinamicamente estável, afebril, eupneico, corado, abdome: ruído hidroaéreo presente, flácido, com evisceração de epíplon. Após medidas iniciais de suporte, incluindo monitorização contínua e solicitação de hemoderivados, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. Laparotomia exploratória do dia 27/11 evidenciou aproximadamente 2 litros de sangue e coágulos na cavidade abdominal, 4 lesões em intestino delgado (ITD) medindo aproximadamente 3 cm cada a 100 cm do ângulo de Treitz, 2 lesões em ITD medindo 2 cm a 80 cm do ângulo de Treitz, hematoma retroperitoneal em zona I, com identificação de lesão em região lateral direita da veia mesentérica superior (VMS) de aproximadamente 4 cm. Paciente evoluiu em seu pós operatório sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria das lesões em vasos mesentéricos é resultante de um ferimento penetrante e a taxa de sobrevivência nestes doentes oscila de 10 a 32% e a causa mais comum de morte é a hemorragia com exsanguinação. Lesões de veia mesentérica superior costumam apresentar dificuldade para serem abordadas, em especial pelo hematoma adjacente que se forma e devido ao fato que a tentativa de pinçamento do vaso sem visão direta pode aumentar a lesão vascular e ampliá-la aos vasos circundantes.</p>	<p>DUODENOPANCREATECTOMIA POR NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA EM CABEÇA DE PÂNCREAS COM LIGADURA DE VEIA MESENERGICA SUPERIOR</p> <p>Caio De Carvalho Zanon, Andre De Moricz, Adhemar Monteiro Pacheco, Ricardo Tadashi Nishio, Roberto Augusto Caffaro, Marcos Belotto</p> <p><i>Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias císticas mucinosas de cabeça de pâncreas, também conhecidas como cistoadenomas mucinosos são tumores preenchidos por mucina, de crescimento lento e com maior incidência entre as mulheres. Em sua maioria, devido ao potencial de malignidade, são de tratamento cirúrgico, quando a localização e condição clínica do doente permitem essa ressecção.</p> <p>RELATO DE CASO: Relatamos o caso da paciente C.P.O, 34 anos, sem comorbidades, com quadro de dor abdominal com irradiação para o dorso, de evolução por 03 meses associada a náuseas, vômitos e emagrecimento. Sem icterícia, colúria ou acolia fecal. Durante a investigação da etiologia, realizou exame de endoscopia digestiva que não evidenciou alterações esofágicas, porém definia uma área de compressão extrínseca a nível da segunda porção duodenal. Prosseguindo, optado por tomografia de abdome/pelve com contraste que definia uma lesão expansiva de 8,3 x 7,0 x 7,8 cm de aspecto sólido cística heterogênea e circunscrita localizada na cabeça do pâncreas, com realce periférico ao meio de contraste iodado, com focos de calcificações grosseiras em seu interior e periféricas e áreas hipotenuantes sugestivas de conteúdo hemático, observado ducto pancreático principal sem sinais de invasão ou dilatação, presença de íntimo contato com veia mesentérica superior, comprimindo e deformando-a, não sendo possível excluir trombose associada, presença de íntimo contato com segunda e terceira porções duodenais, sem causar obstrução completa e presença de ectasias venosas (medindo 0,8cm) peri hepática, peri esplênica e em hipocôndrio direito. Paciente com dores abdominais refratárias à analgesia, além de tumoração sólida cística de aspecto maligno sendo optado por abordagem cirúrgica sem exames complementares. Submetida a laparotomia com achados intra operatórios de grande tumoração em cabeça de pâncreas causando trombose completa de veia mesentérica superior por compressão e estiramento associado a importante circulação colateral em hipocôndrio direito com reenchimento de vasos mesentéricos e manutenção de fluxo venoso em altas intestinais e enchimento de veia porta pela veia gástrica esquerda, ramos colaterais peri esplênicos e hepáticos, sem hipertensão portal em ramos esofágicos devido a boa drenagem da veia porta. Optado por realizar duodenopancreatectomia com ligadura de veia mesentérica superior sem reconstrução venosa, devido a manutenção de bom fluxo venoso por colaterais. Apresentou boa evolução no pós operatório com fistula pancreática tipo A, recebendo alta hospitalar com dreno no oitavo dia. O resultado da imunohistoquímica definiu neoplasia cística mucinosa sem estroma ovariano.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado é uma conduta de exceção nas ressecções vasculares associados a duodenopancreatectomia, sendo a grande maioria dos relatos na literatura baseados em táticas de reconstrução venosa com aproximação do mesentério e anastomose termino terminal ou interposição de enxerto venoso ou uso de próteses vasculares.</p>

PO 164-2	PO 164-3
<p>ARTERITE POR CANNABIS APRESENTADA COMO OCLUSÃO BILATERAL DA ARTERIA POPLITEA</p> <p>Antônio Filipe Neto, Edson Gonçalves Ferreira Júnior, Larissa de Melo Freire Gouveia Silveira, Nayane Carolina Pertile Salvioni, Karen Ruggeri Saad, Paulo Fernandes Saad</p> <p><i>Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A planta Cannabis sativa é a droga mais comumente usada no mundo. No Brasil, aproximadamente 7,8 milhões de adultos já consumiram maconha pelo menos uma vez. A arterite por cannabis (AC) corresponde a 1% a 7% dos casos de menor arteriopatia dos membros. É mais frequente em homens e apresenta episódios subagudos paroxísticos de isquemia distal extremamente dolorosos, acometendo principalmente os membros inferiores. Pode ser grave, causando gangrena e levando à amputação, relatados em 25-40% dos pacientes. A principal substância psicoativa da maconha parece inibir a síntese do óxido nítrico.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 23 anos, lutador de Muay Thai, admitido por isquemia, lesão trófica em dedo do pé esquerdo e história dor há 8 meses; sem pulsos poplíteo ou distal do lado esquerdo. Foi realizada arteriografia que confirmou oclusão da artéria poplíteo e reenchimento da artéria tibial posterior distal esquerda. Assim, suspeitou-se de oclusão por trauma de luta ou ao aprisionamento da poplíteo e optamos por realizar um bypass femorotibial posterior com safena reversa. O bypass ocluiu no segundo dia de pós-operatório. Uma amputação coxofemoral foi realizada e o paciente recebeu alta 2 dias após o procedimento. No mês seguinte, o paciente desenvolveu nova isquemia, porém no membro inferior direito, indolor, com fenômeno de Raynaud, sem pulso infrapoplíteo. Portanto, descartamos causa traumática. Foi readmitido para investigação e nova arteriografia mostrou oclusão da artéria poplíteo direita infragenicular e reenchimento da artéria fibular próxima ao tornozelo, sem importante circulação colateral. Apenas neste momento, ele relatou ser um usuário de maconha, pelo menos 4 cigarros por dia nos últimos 4 anos. Pela ausência de outros fatores de risco, o diagnóstico de AC foi considerado. O paciente recebeu alta com Rivaroxaban 30mg/dia por 3 semanas e aspirina 100mg/dia com recomendação para parar o abuso de maconha. Em três meses de acompanhamento, o paciente não apresentou dor ou progressão da doença, apresentando ainda o fenômeno de Raynaud, além da abstinência da erva.</p> <p>DISCUSSÃO: Há poucos casos descritos sobre AC. Muitas vezes, o diagnóstico de AC é confundido com Tromboangeíte Obliterante (TAO), pelo quadro clínico similar. Em contraste com AC, as lesões na TAO estão relacionadas à vasculização distal, lesões ateromatosas proximais e vasos colaterais no TAO estão melhor desenvolvidos. Os vasos colaterais sacralholas são comuns no TAO e ausentes na AC. Alguns estudos sugerem que a AC pode ser uma forma específica de TAO. Devido à apresentação clínica, com o envolvimento das pequenas artérias periféricas, a revascularização cirúrgica geralmente não é satisfatória. O uso de aspirina é recomendado para todos os pacientes, apesar de não ter evidência. Para tratamento da AC é imperativo cessar definitivamente o uso de maconha.</p>	<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA - RELATO DE CASO</p> <p>MARIA GABRIELA TEIXEIRA VALENTINI, MILENA RIBEIRO SIQUEIRA CAMPOS FURTADO, MARCUS LEON DE JESUS GOMES, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, RENATA BAPTISTA OSTROWSKI, DESIREE DUARTE SERRA, MARIANA SANTOS PINTO, TEODORO OSTROWSKI</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela protrusão de órgãos e estruturas abdominais para a cavidade torácica devido ao aumento na pressão abdominal após trauma contuso ou penetrante. A lesão mais comum é na direção radial, na área pótero-lateral esquerda, um ponto embriológico de fraqueza. As lesões situadas à direita, por sua vez, normalmente são mais graves, apresentando taxa de mortalidade de até 48% nas lesões diagnosticadas em fase tardia. O objetivo desse trabalho compreende ressaltar a relevância do diagnóstico assertivo na fase aguda do trauma para evitar complicações e reduzir a taxa de morbimortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 26 anos. Admitido com quadro de dor em pontada, de alta intensidade e caráter progressivo, em região subcostal esquerda, há 1 dia, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. História de queda de motocicleta há 4 anos. Ao exame físico: MEG, afebril ao toque, desidratado (2+/4+). AR: MVF+, abolido em HTE. ABD: plano, doloroso à palpação difusa, pior em epigástrico. TC de tórax e abdome sugerindo hérnia diafragmática contendo estômago, baço e omento, com compressão pulmonar esquerda e desvio de mediastino à direita. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora em que foi visualizada lesão diafragmática de cerca de 7cm com presença do baço, estômago, segmento de delgado e ângulo esplênico do cólon na cavidade torácica. Notou-se processo inflamatório em omento com lesões em pingo de vela. Realizou-se dissecação e liberação de aderências com posterior redução das vísceras à cavidade peritoneal. Paciente recebeu alta hospitalar com sintomáticos no 8º DPO e orientações gerais e de retorno para acompanhamento pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias diafragmáticas adquiridas geralmente são causadas por trauma. Nos traumas contusos a ruptura diafragmática está presente em 1% a 7% dos casos e nos traumas penetrantes em cerca de 10% a 15%. O diagnóstico geralmente é tardio, pois em fase aguda os pacientes são assintomáticos e a avaliação primária pode ter resultados falso-negativos em até 30% dos casos. A evolução para a fase crônica está associada à presença de complicações como obstruções e estrangulamento de vísceras. O tratamento da HDT é essencialmente cirúrgico, sendo geralmente utilizada a abordagem por laparotomia devido à alta incidência de lesão em vísceras abdominais. A abordagem por toracotomia também pode ser realizada, sendo, contudo, mais complexa a dissecação, liberação e recondução das vísceras abdominais, e, especialmente em quadros de longa evolução, há grande risco de lesão visceral, devido às aderências formadas entre vísceras, peritônio parietal e pleura. O prognóstico geralmente é positivo quando há diagnóstico e tratamento precoces, sendo o diagnóstico tardio associado ao aumento de mortalidade, variando entre 30 a 60% dos casos, devido à herniação e estrangulamento de órgãos intra-abdominais para o tórax, com comprometimento respiratório e complicações subsequentes.</p>

PO 165-1	PO 166-1
<p>LEIOMIOSARCOMA: CASO RARO E SUAS DIFICULDADES DIAGNOSTICAS</p> <p>Anna Elisa Nóbrega de Souza, Amanda Martins Charneca, Jorge Marcelo Padilla Mancero, Filipe Antonio Peixoto Mourao, Gabriel Carlos Nobrega de Souza</p> <p><i>Beneficiária portuguesa de sao paulo - sao paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma hepático primário é um tumor raro, com poucos casos publicados na literatura (menos de 50 casos na literatura mundial). Costuma exibir um quadro clínico inespecífico, e por este motivo, o diagnóstico muitas vezes acaba sendo realizado tardiamente, e muitas vezes quando o tumor já atingiu um tamanho grande e com pouca resposta às possibilidades terapêuticas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 54 anos, encaminhada para nosso serviço com queixa de dispnéia em repouso, aumento do volume abdominal e importante edema de MMII associado a astenia e baixa aceitação da dieta. Há 7 meses vinha em acompanhamento em outro serviço devido a nódulo hepático, tendo realizado embolização, sem melhora. Recebeu inicialmente a hipótese de hemangioma, porém, apresentando piora progressiva, transferida para o nosso serviço para dar seguimento à investigação. Paciente negava antecedente de hepatopatia ou etilismo. Histórico de DM, HAS, DLP, hipotireoidismo e histerectomia. Ao exame físico mau estado geral, hipocorada, desidratada, icterícia, anasarca, com edema de extremidades e sonolenta; MV muito reduzidos em bases bilaterais e terço médio a direita; abdome globoso, distendido, doloroso a palpação de epigástrico e hipocôndrio direito, com importante hepatomegalia e hematomas em quadrantes inferiores do abdome. Enzimas hepáticas normais, coagulograma normal, com pequena queda de albumina, elevação de BT as custas de bilirrubina direta e importante elevação de canaliculares. Exibia ainda aumento de PCR, anemia, leucocitose com desvio, plaquetas normais. Marcadores tumorais: CEA e α-fetoproteína normais, com discreto aumento de CA 19-9. Usg abdominal revelou fígado com aumento de suas dimensões, de contornos lobulados e textura heterogênea, à custa de formação expansiva sólida localizada no lobo hepático direito, heterogênea, de contornos parcialmente definidos, medindo 21,7 x 12,7 cm, sem vascularização. TC de tórax com volumosa lesão expansiva em metade do hemitórax direito, aparentemente extrapulmonar, e o abd superior à direita, que exerce importante efeito compressivo sobre a árvore brônquica central do pulmão direito, com obstrução completa do brônquio interlobar e consequente atelectasia dos lobos inferior e médio; desvio importante do mediastino para a esquerda por efeito de massa da lesão; pequeno derrame pleural à direita, junto a porção cranial do hemitórax; pequeno derrame pleural à esquerda, acompanhado de atelectasias. Solicitamos lâmina de bx hepática para revisão e observamos neoplasia maligna fusocelular/sarcomatoide compatível com leiomiossarcoma.</p> <p>DISCUSSÃO: A raridade destes tumores também os torna pouco compreensíveis, sem padrões de tratamento bem definidos. O diagnóstico tardio relacionado a falta de padrões de tratamento tornam o prognóstico habitualmente ruim para os casos de leiomiossarcoma hepático primário. Relatamos um caso de leiomiossarcoma hepático primário que, diagnosticado já com grande volume, tornou-se intratável, sendo a paciente submetida a cuidados paliativos.</p>	<p>METASTASES SUBCUTANEAS EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR</p> <p>Gabriela Nascimento Cruz, Bárbara Andrade Borges, Gabriela Ferreira Cunha, Lívila Mara da Silva, Iasmim Rodrigues Paula Silva, Ana Paula Sousa Machado, Guilherme Freire Angotti Carrara, Luiz Carlos Furtado Almeida Junior</p> <p><i>Universidade de Uberaba - UBERABA - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apesar de serem as mais comuns da árvore biliar, as neoplasias de vesícula biliar são consideradas raras, ocorrem com maior frequência no sexo feminino, apresentam quadro clínico inespecífico e suas metástases costumam ser hepáticas. O presente trabalho relata o caso de uma paciente de 62 anos diagnosticada com adenocarcinoma de vesícula biliar que evoluiu com metástases subcutâneas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente I.E.P., 62 anos, sexo feminino, com queixas compatíveis com quadro de colecistite. Devido a clínica típica, optou-se pelo tratamento cirúrgico por via laparoscópica para resolução do quadro, em outro serviço. O anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma de vesícula biliar TNM II, pT2, pN0 e o estadiamento não mostrou lesões a distância. Em nosso serviço, após quatro meses, foi realizada nova abordagem cirúrgica para ampliação da margem do leito da vesícula biliar, e diante de nova análise anatomopatológica do seguimento hepático removido, não houve evidência de neoplasia residual. Assim, paciente foi submetida a quimioterapia adjuvante por seis meses. Quatro meses após término do tratamento quimioterápico, iniciou com quadro de insuficiência renal pós renal e uremia súbita após nove meses livre de doença, sendo solicitados tomografia de tórax e abdome, as quais evidenciaram múltiplas imagens nodulares com captação de contraste em subcutâneo, cavidade peritoneal, retroperitônio, gordura epicárdica e pleura, associado a volumoso derrame pleural a esquerda. Foi realizada biópsia de nodulação subcutânea, evidenciando metástase de adenocarcinoma.</p> <p>DISCUSSÃO: A neoplasias de vesícula biliar, apesar de ser as mais frequentes entre as neoplasias das vias biliares, é considerada rara. É mais frequente no sexo feminino e clinicamente apresenta sinais e sintomas inespecíficos. Entre os fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar estão: obesidade, polipos adenomatosos na vesícula, histórico de cálculos biliares, vesícula em porcelana, idade superior a 50 anos e anomalias da junção pancreatobiliar e do trato biliar. O tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, sendo comumente de caráter agressivo, com prognóstico reservado. Para as neoplasias de vesícula biliar, o único tratamento considerado curativo é a intervenção cirúrgica para remoção do órgão. O diagnóstico é difícil e costuma ser feito de forma tardia, já com sintomas de colestase, ou de forma acidental. As metástases da doença costumam ser hepáticas. Por se tratar de uma doença pouco frequente e de difícil diagnóstico pela sintomatologia inespecífica, existem poucas informações na literatura médica, carecendo ainda de mais pesquisas para determinar marcadores específicos e exames de imagem sensíveis para detecção da doença. O prognóstico é reservado devido ao diagnóstico tardio e ao tratamento exclusivamente cirúrgico, não havendo quimioterapia ou radioterapia específicas para essa neoplasia.</p>
<p>PO 166-2</p> <p>MALFORMAÇÃO HEMANGIOMATOSA EM REGIÃO GLÚTEA - UM RELATO DE CASO</p> <p>Lara Medeiros Amaral, Isabella Muhammad Luzente Paulo, Mariana Carolina Braga, Larissa Franco Belem, Lucas Ernesto do Rêgo Castro, Múcio Lopes da Fonseca</p> <p><i>Hospital de Base (IHB) - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hemangioma é um tumor benigno de células endoteliais de vasos sanguíneos que cursa com malformação arteriovenosa. Surge nas primeiras semanas de vida e cresce mais rapidamente nos primeiros seis meses, apresentando auto-involução durante a infância (GOYAL, 2015). É o tumor mais frequente nesta faixa etária (12% de todos os infantes), com uma proporção maior no sexo feminino (5:1). Ocorre mais frequentemente na cabeça e pescoço (60%), seguido pelo tronco (25%) e extremidades (15%), sendo altamente incomum a manifestação na região glútea.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 34 anos, apresentou elevação hemangiomatosa congênita em região glútea direita, associada a temperatura elevada e incontinência constantes na região. Foi solicitada AngioTC, a qual localizou malformação hemangiomatosa arteriovenosa em ramo distal da artéria femoral profunda. A abordagem inicial se deu por meio de acesso endovenoso para bloqueio da lesão, seguida de embolização do nidus com uso de cola intra-arterial e mola. Após uma semana, foi realizada intervenção cirúrgica para ligadura dos vasos do hemangioma e ressecção em bloco da lesão. Mesmo após rigorosa hemostasia, houve persistência do sangramento local, optando-se pela colocação de dreno hemovac®. O fechamento foi realizado por planos. O pós-operatório se deu com a persistência de pequeno sangramento, que cessou ainda nas primeiras 24 horas. Foi realizada retirada do dreno no 2º DPO. Pós-operatório tardio evoluiu com normalização do volume e da temperatura locais.</p> <p>DISCUSSÃO: Hemangiomas glúteos são incomuns, havendo poucos relatos na literatura sobre essa patologia. Assim, fica em evidência a importância e a necessidade de relatos como esse, a fim de ampliar o conhecimento acerca da abordagem desta complexa patologia. O manejo e a técnica cirúrgica utilizados são modernos e altamente resolutivos, realizados de maneira integrativa e combinada para a melhor condição cirúrgica e pós-cirúrgica possível. No caso apresentado, por meio da intervenção associada endovascular-vascular, foi obtida excelente evolução pós operatória, sem sangramentos e com diminuição significativa do volume e temperatura locais, logrando sucesso quanto ao alívio sintomático e a melhoria da qualidade de vida do paciente. Sugere-se então que esta patologia, uma vez suspeitada, deve ser encaminhada para o cirurgião vascular para a realização da propedêutica e conduta mais completa, atual e eficiente possível.</p>	<p>PO 166-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA APOS TRAUMA TORACOABDOMINAL CONTUSO COM FRATURA DE ARCO COSTAL: RELATO DE CASO</p> <p>Valbecia Tavares De Aguiar, Antônio José Fonseca Da Rocha Júnior, Livia Laura Dos Santos Rocha, Karoline Teixeira Loliola, Valéria Santos da Costa, Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca, Moysa Márquez Serruya, Maiara Magri Pereira Olenchi</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Maranhão – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias diafragmáticas (HD) são classificadas em congênicas e adquiridas. As hérnias adquiridas geralmente são causadas por trauma, com a maioria delas ocorrendo do lado esquerdo visto que a posição anatômica do fígado minimiza a possibilidade de uma hérnia do lado direito. O primeiro reparo bem-sucedido de uma hérnia diafragmática ocorreu em 1886 por Riolfi. Atualmente o reparo cirúrgico das HD pode ser feito por laparotomia, laparoscopia e toracosopia (TAKAICHI et al., 2018). Neste relato, descrevemos o caso de um paciente que desenvolveu uma hérnia diafragmática, seis meses após trauma toracoabdominal contuso.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, compareceu à unidade de urgência e emergência queixando-se de dor em flanco esquerdo, irradiação para fossa ilíaca esquerda, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes com doze horas de evolução. Possuía histórico de trauma contuso toracoabdominal por agressão física com fratura de arco costal à esquerda há seis meses. Solicitada rotina de abdome agudo com evidência de hérnia diafragmática à esquerda, distensão de alças intestinais e fratura de 10º arco costal esquerdo. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome para complementação diagnóstica, que evidenciou presença de hérnia diafragmática à esquerda. O reparo cirúrgico procedeu-se por laparotomia mediana supraumbilical, sendo confirmados os achados de imagem: presença de defeito na parte costal do diafragma à esquerda, com herniação para a cavidade torácica de parte do cólon transversos e ângulo esplênico do cólon. Optou-se por aumentar o defeito no diafragma para redução manual delicada das alças colônicas herniadas e reposicionamento na cavidade abdominal. Procedeu-se o fechamento do defeito herniário com fio absorvível 0 de poliglactina.</p> <p>DISCUSSÃO: As rupturas diafragmáticas são incomuns, ocorrendo em cerca de 0,8-7% dos traumas contusos e 10-15% dos traumas penetrantes. O hemidiafragma esquerdo é comumente mais afetado que o lado direito devido ao efeito protetor do fígado. A principal causa de ruptura diafragmática traumática é: trauma contuso, acidentes de trânsito e quedas de altura (MAGAGI et al., 2018). O diagnóstico radiográfico da lesão diafragmática pode ser óbvio quando há visualização de estômago, órgãos abdominais no tórax. Já TC é utilizado para detectar lesões do diafragma, avaliando os elementos posteriores lombares do diafragma em comparação com os folhetos anteriores (COELHO et al., 2012). O reparo das HD pode ser feito por laparotomia, laparoscopia e toracosopia, relataram que a abordagem pela via torácica é melhor quando se tratando de recidiva após um reparo por via abdominal. (TAKAICHI et al., 2018). Assim HD traumáticas são incomuns nos traumas contusos, são mais comuns do lado esquerdo e estão associadas a outras lesões mais graves. Ademais o relato adiciona a literatura um caso de hérnia diafragmática à esquerda de fratura da costela com apresentação tardia (seis meses).</p>

PO 167-1	PO 167-2
<p>PANCREATITE BILIAR</p> <p>Henrique Santana, Palloma Bezerra, Júlia Coelho, Guilherme Ribeiro, Caroline Puzi, Amanda Ribeiro, Leticia Reis, Bruno Sousa</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Primeiramente descrito por Opie, 1901, o mecanismo fisiopatológico da pancreatite biliar (PB) provém do refluxo biliopancreático (RBP) secundário à obstrução transitória da desembocadura do ducto colédoco e o de Wirsung ao nível da papila de Vater. Dentro da epidemiologia das pancreatites agudas cerca de 80% são biliares. Uma das morbidades que leva ao desenvolvimento de PB é a Síndrome de Mirizzi (SM). Etiologia rara de icterícia obstrutiva benigna desencadeada por cálculo impactado cronicamente no ducto cístico. Possui incidência de aproximadamente 0,6% em pacientes que realizam colecistectomia por colelitíase. As apresentações da SM são inespecíficas, o que dificulta seu diagnóstico pré-operatório. Os sintomas mais comuns incluem dor abdominal em QSD (92%) e icterícia (84,6%), podendo ainda incluir febre. A concomitância dessas entidades levou ao presente relato de caso.</p> <p>RELATO DE CASO: V.F.M., masculino, 45 anos, relatava dor em hipocôndrio direito (HD) desde o dia 07/01/19, a qual irradiava para o dorso, com piora progressiva e agravamento pós-prandial. No exame físico apresentava-se afebril, icterício, com abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, dor referida à palpação de HD. Exames laboratoriais: GGT=627U/L, CPK=1.032U/L, TGO=208U/L e FFA=333U/L. A ultrassonografia abdominal, do dia 26/01/19, apresentava sinais de lama biliar, sem acometimento pancreático, com presença de imagem hipocogênica, móvel à manipulação do paciente, sem sombra acústica, localizada no infundíbulo vesicular, vias biliares de aspecto normal. Foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) de abdome no dia 29/01/19, que evidenciou cálculo no infundíbulo com dilatação do ducto colédoco (8,5mm), caracterizando Síndrome de Mirizzi (SM). Conseguir laudo de TC a partir do resultado da colangiografia, realizada dia 30/01/19, foi identificada discreta dilatação da árvore biliar intra e extra-hepáticas secundária a coledocolitíase distal intrapancreática. Associada a espessamento pancreático difuso com lâminas líquidas peripancreáticas não organizadas, sugerindo processo inflamatório agudo. Foi indicada uma colecistectomia aberta, realizada no dia 31/01/19, na qual diagnosticou-se uma SM grau I associada à colelitíase. O paciente cursou com bom estado geral e sem queixas, com posterior alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: O cálculo presente no infundíbulo vesical, identificado no dia 26/01/19, ainda não acarretava alterações das vias biliares ou pâncreas. No dia de realização da TC, 30/01/19, já haviam alterações ductais e pancreáticas, levando a crer que o cálculo foi mobilizado neste tempo, com subsequente obstrução transitória ao nível da papila de Vater. Associando o achado da SM com a PB.</p>	<p>TRATAMENTO CIRÚRGICO E ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO MEDIANO</p> <p>Francisco Sergi, Robert Guimarães, Fernanda Danziere, Leandro Trama, Ariele Milano, Ana Beatriz Santos, Livia Guimarães, Fernanda Aguiar</p> <p><i>Hospital Leforte - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O ligamento arqueado mediano corresponde a uma banda fibrosa que conecta os pilares diafragmáticos direito e esquerdo, permanecendo em contato com a aorta geralmente acima da origem do tronco celíaco. A Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano (SLAM), também conhecida por Síndrome de Dunbar, é uma rara condição decorrente da compressão extrínseca do tronco celíaco por fibras do ligamento arqueado mediano, seja por sua baixa inserção ou pela origem mais superior do tronco celíaco. O quadro clínico é caracterizado por dor abdominal pós-prandial, de localização epigástrica, náuseas, vômitos, perda de peso, além do sopro epigástrico como sinal clínico típico, no qual é exacerbado durante a expiração.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente LSSV, 39 anos, com queixa de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo (HCE) desde a infância que irradia para tórax e com piora progressiva nos últimos anos. Estudo tomográfico realizado para investigação mostrou sinais de compressão de tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano, confirmado por angiotomografia posterior. Foi então submetida à laparoscopia para liberação do ligamento com necessidade de conversão para laparotomia por dificuldade técnica. Recuperou-se bem e em segundo momento foi submetida à passagem de prótese endovascular em artéria celíaca, sem intercorrências. Apresentou melhora importante dos sintomas já após o primeiro procedimento e se manteve assintomática após o stent. Atualmente com dois anos de cirurgia mantém seguimento ambulatorial com melhora completa dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: A SLAM é uma condição rara cuja fisiopatologia ainda não é bem definida, os sintomas podem ser resultados tanto da compressão extrínseca da artéria celíaca quanto do plexo celíaco. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, sendo que outras causas de estenose de artéria celíaca ou a localização da estenose podem ser bem avaliadas por tomografia computadorizada. A liberação laparoscópica do ligamento arqueado mediano combinada com tratamento endovascular torna o tratamento da SLAM mais segura e eficaz, proporcionando menor estadia hospitalar e morbidade, com alto índice de resolução dos sintomas.</p>
<p>PO 168-1</p> <p>ASCARIDIASE BILIAR ASSOCIADA A COLEDOCOLITASE</p> <p>Pâmerson Poubel Faria, Luís Alberto Valente Lauffer, Heitor Soares Moraes, Igor Barbosa Rodrigues, Wesley Kuster Tonoli, Natália Reis de Sá</p> <p><i>Hospital Jayme Dos Santos Neves - VITORIA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ascariíase é a helmintíase mais comum no mundo, acometendo cerca de 800 milhões de pessoas em todo o mundo. A ascariíase biliar é uma afecção incomum, apesar da alta prevalência de infecção por <i>Ascaris Lumbricoides</i>. A localização mais comum do verme no corpo humano é no duodeno, porém pode se mover até a papila duodenal e adentrar ao ducto colédoco. Relatamos um caso desta patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 40 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto socorro queixando-se de dor abdominal em epigástrico e hipocôndrio direito associada à náusea e vômitos. Sem mais sintomas. Ao exame físico abdome flácido, doloroso à palpação de região epigástrica e hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais evidenciaram 19400 leucócitos, sendo 3% destes na forma de bastões e 63% neutrófilos segmentados. Bilirrubina total 3,6 mg/dl, sendo bilirrubina direta 1,92 mg/dl e bilirrubina indireta 1,68 mg/dl. Realizada a ultrassonografia de abdome total demonstrando vesícula biliar hipodistendida e repleta de cálculos, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, ducto colédoco medindo cerca de 2,2 centímetros sendo identificado três cálculos no seu interior, o maior medindo até 2,7 centímetros em sua maior extensão. A paciente foi submetida à colecistectomia com anastomose biliodigestiva colédoco-jejunal em Y de Roux. No intra-operatório, durante exploração do ducto colédoco foram extraídos três cálculos de aproximadamente 02 centímetros e um <i>Ascaris lumbricoides</i> com comprimento de 10 centímetros.</p> <p>DISCUSSÃO: A ascariíase biliar é uma condição incomum apesar da alta prevalência mundial de infecção por <i>Ascaris Lumbricoides</i>, principalmente em regiões sem boas condições de saneamento básico. Podem surgir sintomas como cólica biliar, icterícia com padrão obstrutivo e, menos comumente, colangite. O diagnóstico pode ser feito através de visualização do verme por ultrassonografia, ressonância magnética nuclear ou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), sendo que esta última também é terapêutica. O tratamento consiste na retirada do verme do ducto colédoco e os pacientes devem receber tratamento clínico com drogas anti-helmínticas.</p>	<p>PO 169-1</p> <p>COLECISTITE AGUDA ENFISEMATOSA ASSOCIADA A PNEUMOBILIA</p> <p>Amanda Martins Charneca, Jose Francisco Mattos Farah, Anna Elisa Nobrega de Souza, Mariana Marques Calsavara, Mayara de Silos Barne</p> <p><i>IAMSPE/ BP SP - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistite aguda enfisematosa é um quadro pouco frequente, infeccioso da vesícula biliar, decorrente de microrganismos produtores de gases, caracterizada pela presença de ar na parede, no lúmen ou nos tecidos subjacentes a ela. Neste trabalho relatamos o caso de um paciente com colecistite aguda enfisematosa associada a pneumobilia atendido no IAMSPE, tratada com sucesso. São descritas as condutas tomadas, as complicações e a evolução do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 64 anos, admitido no PS por dor em cólica em quadrante superior do abdome há 2 dias, intensa e sem irradiação, não associada à náuseas ou febre. História prévia de litíase biliar há 1 ano, diagnosticada por USG após cólica biliar. O exame físico era normal. Em exames laboratoriais, observou-se aumento de bilirrubinas, GGT, leucócitos e PCR. O USG de abdome exibiu focos hiperecogênicos em topografia da tríade portal. Solicitada TC de abdome, com a presença de gás em vias biliares e na vesícula biliar; vesícula distendida, com paredes finas, e com gás no seu interior. Foi introduzido Ceftriaxone e Metronidazol. 12 horas após a internação observou-se a elevação das enzimas hepáticas e canaliculares, além de aumento importante de bilirrubinas. Seguiu-se com a realização de colecistectomia laparoscópica. A vesícula biliar apresentava paredes espessadas e necróticas com aderências de epíplons; infundíbulo comprimindo a via biliar principal, sem fístulas. Paciente evoluiu estável, porém com icterícia e aumento de bilirrubina. Realizada nova TC no 4o PO, que evidenciou trombose de ramo portal; sem aerobilia. Foi iniciada anticoagulação plena. Recebeu alta anictérico; manteve uso de Varfarina por 3 meses e não apresentou novas intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A colecistite aguda enfisematosa (CAE) é uma infecção rara da vesícula biliar, com maior número de casos relatados atualmente devido a melhora nos métodos diagnósticos. Representa 1-3% de todas as colecistites, geralmente em pacientes masculino entre 50-70 anos, que apresentam diabetes ou doença vascular. A mortalidade é mais elevada do que outras formas de colecistite; por este motivo deve ser reconhecida pela equipe e tratada precocemente. É caracterizada pela presença de ar produzido por fermentação bacteriana, na parede, no lúmen vesicular ou nos tecidos subjacentes, devido à infecção secundária por bactérias produtoras de gás, como <i>E. coli</i>, <i>Streptococcus anaerobius</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i>, <i>Bacteroides frágeis</i> e <i>Clostridium Welchii</i>. Radiologicamente, o gás pode estar localizado na luz ou parede da vesícula, ou mais raramente associada a pneumobilia. Esta situação é a mais rara, e leva à dúvida diagnóstica, pois poderia ser secundária à fístulas. A CAE apresenta frequência 30 vezes maior para gangrena e 5 vezes para perfuração. Além disso, os pacientes geralmente não manifestam sinais de gravidade, podendo apresentar rápida evolução para sepse. É importante o tratamento baseado em antibioticoterapia e cirurgia o mais breve possível.</p>

PO 169-2	PO 169-3
<p>ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL - RELATO DE CASO</p> <p>Isabella Muhammad Luzente Paulo, Mariana Carolina Braga, Lorayne Ugolini Santana, Beatriz Pires, Sabrynna Kelly Mota Matos, Nicholas Vinagre Augusto Santos, Larissa Franco Belem, Leandro Martins Gontijo</p> <p><i>Liga de Saúde Vasculard do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O aneurisma é caracterizado como dilatação focal e permanente da artéria com aumento lento e contínuo, de pelo menos 50% do diâmetro do vaso. No aneurisma de aorta abdominal (AAA) ocorre dilatação ≥ 3 cm de diâmetro das 3 camadas do vaso, sendo a apresentação mais comum o AAA infrarrenal. Sua prevalência é maior no sexo masculino, e aumenta ao progredir da idade. O diagnóstico geralmente ocorre ao acaso, por causa da inespecificidade ou falta dos sintomas. O tratamento depende do diâmetro e da taxa de crescimento do AAA. O objetivo deste relato é descrever o caso de um paciente de 72 anos, assintomático, com AAA infrarrenal de diâmetro de 9 cm.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 72 anos. Portador de HAS e DAC multiarterial, ex-tabagista há 30 anos. Assintomático, em acompanhamento ambulatorial, realizou TC, que evidenciou AAA infrarrenal, com 11,2 cm de extensão, iniciando 2,1 cm abaixo da origem da renal esquerda e estendendo-se até a bifurcação ilíaca, com os maiores eixos transversos de 9,0x8,5cm. O colo proximal do aneurisma mede 2,1 cm, o colo distal com a ilíaca direita 3,7cm e com a ilíaca esquerda 2,4 cm. Há dilatações aneurismáticas na ilíaca direita (extensão de 5,6 cm e maiores diâmetros de 5,1x4,5cm com trombo em crescente ocupando cerca de 50% do lúmen) e na ilíaca esquerda direita (extensão de 3,7cm e maiores diâmetros de 3,5x3,3cm). Tendo em vista o diâmetro da AAA, indicou-se resolução cirúrgica, no entanto o paciente veio a óbito antes que pudesse ser realizada.</p> <p>DISCUSSÃO: Os fatores de risco para AAA são idade avançada, HAS, AVE, insuficiência coronariana, aterosclerose, tabagismo e história familiar. Quanto mais fatores de risco, maior a probabilidade de ocorrência. A maioria dos casos são assintomáticos ou se há sintomas, são inespecíficos, como edema em MMII, sintomas urológicos, dor abdominal ou lombar, e perda ponderal. A apresentação simultânea de aneurismas em outros territórios é comum, com envolvimento ilíaco, torácico e periférico. O rastreio é indicado para homens >65 anos, anualmente, em especial com histórico de tabagismo. O manejo desses pacientes envolve avaliação do risco de ruptura, fatores predisponentes, necessidade de intervenção e riscos operatórios. O risco de ruptura é alto quando há aneurisma sacular, HAS não controlada, paciente do sexo feminino e diâmetro >8 cm, sendo a probabilidade de ruptura de 30 a 50%. O tratamento do AAA tem como indicações: presença de um episódio embólico, obliteração invalidante e coexistência de um aneurisma ilíaco, dor lombar ou abdominal, aumento ≥ 5mm em 1 ano, e o principal critério é diâmetro $\geq 5,5$ cm. Há 2 tipos de cirurgia: aberta ou reparo endovascular (REVA). Em condições eletivas e anatomia favorável, o REVA apresenta maiores benefícios: menor sangramento, diminuição do tempo de cirurgia, do período de internação e permanência em UTI, menor mortalidade em 30 dias e complicações cardíacas e respiratórias reduzidas; porém, a longo prazo, possui maiores taxas de complicações e reintervenções.</p>	<p>Má rotação intestinal: um relato da sala de emergência</p> <p>Giullia Garibaldi Bertonecello, Yasmin Cardenas Soares, Gabriela Travi Garcez, Amanda Morganti Gros, Henrique Borges Ribeiro De Oliveira, Eduardo Zanotta Rodrigues, Carlos Eduardo Bastian Da Cunha, Luís Fernando Strauch De Mello</p> <p><i>HPS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal é uma anomalia congênita causada por rotação incompleta ou não rotação do intestino no eixo da artéria mesentérica superior durante o desenvolvimento embriológico. Geralmente apresenta-se nos primeiros meses de vida, entretanto, eventualmente ocorre em idades mais avançadas, fato que, devido a sua incidência de 0,2%, dificulta o diagnóstico e associa-se ao aumento de morbidade, uma vez que cerca de 15% dos pacientes adultos permanecem assintomáticos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 48 anos, chega à Emergência de hospital referência em trauma, com náuseas e vômitos, associados a dor em região epigástrica, de piora pós-prandial, com duração de três dias. Informa constipação e redução da diurese - história de quadro similar há dois anos. Ao exame físico, abdome normotenso, sem sinais de defesa, referindo dor em região epigástrica, sinais vitais estáveis. Coletaram-se laboratoriais, que evidenciaram aumento de creatinina e amilase. Realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome que mostrou moderada distensão gástrica e duodenal, observando-se "twist" mesentérico na região epi-mesogástrica, sem demais alterações. Mantido com hidratação por quadro de insuficiência renal e suboclusão intestinal, com melhora dos sintomas após decompressão gástrica. Realizada laparotomia exploratória (LE), identificação de má rotação intestinal congênita. Foi desfeita a torção e efetuado o reposicionamento intestinal, com delgado mantido em hemiabdomine à direita e cólon à esquerda. Paciente evoluiu com melhora significativa, diurese e evacuações espontâneas, afébril, sem alterações laboratoriais. A ferida operatória manteve-se com aspecto limpo, sem sangramentos. Recebeu alta no sexto dia pós-operatório, em bom estado geral. Paciente progrediu com ileo adinâmico, necessitando de nova internação para correção, com uso de pró-cinéticos e decompressão gástrica, apresentando melhora do quadro</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos adultos com má-rotação apresenta sintomas insidiosos, comumente durante período pós prandial, como vômitos intermitentes, dor abdominal, perda ponderal e diarreia. Casos agudos ocorrem em apenas 15% dos pacientes, evoluindo com hematemese e instabilidade hemodinâmica. Apesar do Raio X contrastado com bário ser o exame padrão-ouro, a TC vem sendo cada vez mais utilizada, podendo evidenciar os cursos anormais intestinais, além do sinal do "redemoinho". O tratamento é essencialmente cirúrgico, diferindo apenas acerca do caráter de urgência. No quadro agudo, é necessário prosseguir com LE imediata, a fim de evitar complicações. Já no crônico, opta-se por procedimento eletivo. Devido à dificuldade diagnóstica, já que esse quadro não se encontra entre as principais hipóteses do cirúrgico, apresenta taxa de morbidade de 60%. Logo, é fundamental o conhecimento dessa patologia em quadros de dor abdominal arrastada sem explicação plausível, em razão de evitar complicações como isquemia intestinal e síndrome do intestino curto.</p>
<p>PO 170-2</p> <p>TROMBOANGEITE OBLITERANTE AGUDA - UM RELATO DE CASO</p> <p>Heloisa Lima Heller, Beatriz Luna Coutinho de Almeida, Isabella Muhammad Luzente Paulo, Larissa Franco Belem, Leandro Martins Gontijo, Lizandra Karoline Silva do Monte, Mariana Carolina Braga, Múcio Lopes da Fonseca</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Tromboangeite Obliterante (TAO) ou Doença de Buerger é uma endarterite oclusiva não-aterosclerótica que afeta pequenos e médios vasos em MMII e MMSS. Interpretada como uma vasculite imunológica, relacionada com tabagismo e hipercoagulabilidade, sua etiologia ainda é desconhecida. Afeta principalmente homens, no Oriente Médio e Ásia. É caracterizada por oclusões trombóticas inflamatórias e hiperplasmáticas, rica em infiltrado mononuclear, que acarretam em insuficiência vascular e isquemia de membros.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 31 anos, ex-tabagista, convivendo com um tabagista em domicílio. Apresentou lesão trófica em hálux direito associada a dor em repouso há 8 meses, sem claudicação associada ou uso antibiótico. Antecedente de amputação prévia de 3º pododáctilo esquerdo de difícil cicatrização. No exame físico apresentou em MIE pulso femoral, ausência de poplíteo e distais, bifônico em tibial anterior (TA) e posterior (TP); em MID, pulso femoral e poplíteo preservados, fluxo bifônico em TP e ausência de TA. Pela clínica, foi diagnosticado com Tromboangeite Obliterante Aguda e internado para abordagem. Foram iniciados prednisona e prostavasin e realizada Aortografia e Arteriografia de Membros Inferiores, que revelou oclusão de artérias tibial anterior, posterior e fibular bilateral. Durante a internação, paciente evoluiu com melhora do quadro álgico e regressão da úlcera em hálux e seguiu para acompanhamento ambulatorial da patologia.</p> <p>DISCUSSÃO: A TAO se apresenta com marcha claudicante e dores ao repouso. Pode haver isquemia, ausência de pulso, diminuição da temperatura e tromboflebite locais. Com o curso da doença, surge claudicação intermitente, ulceração e gangrena distais. As lesões vasculares da TAO podem ser classificadas em aguda, subaguda e crônica, sendo comum o achado de lesões em diferentes estágios em um mesmo paciente. O diagnóstico dessa doença deve ser iniciado com a exclusão de outras etiologias, como desordens autoimunes, coagulopatias ou diabetes mellitus. Segundo Shionoya (1998), para o diagnóstico clínico de TAO os critérios devem ser preenchidos são: História de tabagismo (ativo ou passivo); manifestação antes dos 50 anos; oclusões arteriais infrapoplíteais; envolvimento do membro superior ou tromboflebite migrans; e ausência fatores de risco ateroscleróticos exceto o tabagismo. A principal medida para o tratamento é a cessação do tabagismo e evitar ambientes com fumantes, caso a medida não seja adotada, a doença tende a se estender, podendo levar à necrose do membro. Além disso, constituem também o tratamento clínico o uso de vasodilatadores, anticoagulantes e prostaglandinas. Como abordagem cirúrgica, vem sendo estudada a arterialização do arco venoso, que consiste em uma tentativa de recanalização da área afetada por meio da confecção de uma fístula entre o sistema arterial do membro e uma veia superficial. Em casos refratários às opções de tratamento iniciais, a resolução é dada pela amputação do membro afetado.</p>	<p>PO 170-3</p> <p>TRATAMENTO NAO OPERATORIO DE FERIMENTO PENETRANTE DE ABDOME POR PROJELIT DE ARMA DE FOGO (PAF) COM LESAO DE RIM DIREITO E COM RIM ESQUERDO EXCLUSO.</p> <p>Larissa Senna Rodrigues, Adail Orrith Liborio Neto, Francisco Eduardo Silva, Adrina Martins Rangel, Filipe Brito Rodrigues</p> <p><i>UFRJ - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No século XIX e início do XX, o Tratamento não operatório (TNO) era comum na abordagem do trauma abdominal, pois a laparotomia tinha grande mortalidade associada. Com a evolução das técnicas de assepsia e anestesia, a laparotomia se tornou mandatória. Estudos já demonstram que a laparotomia não terapêutica dobra o tempo de internação, aumentam o custo e a morbidade. A tomografia computadorizada (TC) é de grande valia na escolha do tratamento, tendo Valor Preditivo Positivo de 100% e Valor Preditivo Negativo de 95,5% em PAF de dorso, sendo um exame rápido e disponível. A falha do TNO no PAF é de 7%, com indicação de laparotomia tardia e ocorre entre 24-48 horas do trauma sendo clinicamente representada por: peritonite (6,8%), irritação peritoneal (35,7%), febre (11,2%), taquicardia (8,2%), leucocitose (6,1%), queda do hematócrito (6,1%) e hipotensão (1,0%). No caso clínico apresentado o paciente tinha o rim esquerdo excluído, sendo o TNO uma indicação inicial para preservação da função renal.</p> <p>RELATO DE CASO: L.P.P., 20 anos, trazido à emergência do HEAT em 14/11/2018, vítima de PAF de dorso com dois orifícios ovais, compatíveis com entrada de PAF. Ao exame físico: Glasgow 15, apresenta hematoma e dor na região lombar. Mobiliza os 4 membros, com pulsos periféricos palpáveis. PA 154x102 mmHg, Saturação de O₂ 100%, FC 89 bpm, FR 18 irpm. Abdômen flácido, dolorido difusamente à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de hematúria em cateter vesical de demora e E-FAST negativo. TC com contraste venoso apresenta contusão póstero-inferior do pulmão direito, sem sinais de pneumotórax, derrame pleural ou fratura de arcos costais. Abdômen e pelve com fratura de processo espinhoso de L1 com fragmentos de PAF, sem acometimento medular e ausência de sinais de perfuração de viscera oca. Hematoma perirrenal direito, com fragmento metálico intra-renal, sem extravasamento de contraste nas fases arterial, venosa ou tardia. Rim esquerdo excluído e hidronefrótico. Foi feito acompanhamento através de melhora da hematúria e manutenção de bons parâmetros de hematócrito e hemoglobina. Paciente recebeu alta do CTI em 19/11/2018 e alta hospitalar em 04/12/2018, sendo mantido o TNO, com hematúria residual, abdômen sem alterações e escórias nitrogenadas normais. Não houve sinais de falha do TNO: hematúria persistente, queda do hematócrito ou instabilidade hemodinâmica durante a internação.</p> <p>DISCUSSÃO: O TNO de lesões renais tem sido cada vez mais estudado, com grande taxa de sucesso e taxas de complicações iguais ou até menores que as taxas de complicação da laparotomia mandatória, sendo a TC com contraste venoso com imagens da fase tardia o melhor método de avaliação da lesão renal, ao classificar lesão, vascularização, existência de segmento isquêmico ou sangramento ativo e escape de contraste no sistema excretor. Neste caso, o TNO possibilitou diminuição do tempo de internação, do custo hospitalar e da morbidade, proporcionou qualidade de vida ao paciente e melhora do seu prognóstico.</p>

PO 171-1	PO 171-2
<p>COMPLICAÇÕES POS-CPRE: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Paulo Matos, Beatriz Vinhaes dos Reis, João Rafael Alencar de Sousa, Louise Habka Cariello, Ana Carolina Sales Jreige, Gabriel Rodrigues Cardoso, Weber Alves da Costa Azevedo, Sergio Hitoshi Miyazaki UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As complicações da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) são motivos de grande preocupação para o cirurgião, visto que esta visa ser uma alternativa menos danosa ao paciente. Entretanto, complicações associadas a essa prática, como pancreatite aguda, hemorragia, infecção, perfuração e complicações cardiopulmonares, ocorrem em 10% dos casos. Essas complicações podem aumentar caso o procedimento seja terapêutico. A CPRE é realizada através da injeção de contraste pela papila duodenal para observação das vias biliares por fluoroscopia. A técnica permite diagnosticar e, até mesmo, tratar as anormalidades das vias biliares.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 33 anos, com histórico de colecistectomia laparotômica há 7 meses devido a colelitíase, mantendo dreno com bolsa de Karaya. Após colangiografia, constatou-se cálculo residual em terço distal do colédoco e estenose no nível de implantação de sonda transcoledociana. Decorridos 5 meses, foi realizado CPRE, com papilotomia ampla e retirada de sonda, além de passagem de prótese biliar. Foi submetida a outra CPRE para retirada da prótese após 4 meses, sendo necessário extração de novo microcálculo em colédoco com balão extrator sob três tentativas. Paciente evoluiu, no pós-CPRE, com pancreatite e sinais topográficos de colangite em TC de abdome, bem como trombose de ramos direitos da veia porta e abscesso hepático, formando nível hidroaéreo, de localização subescapular, junto com os segmentos hepáticos VI, VII e VIII. Foi submetida à drenagem do abscesso hepático guiada por USG, com saída de secreção purulenta. A conduta realizada incluiu suporte clínico, enoxaparina, meropenem, vancomicina e metronidazol. Paciente atualmente estável e sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência de pancreatite aguda pós-CPRE (comumente gerada pela injeção de contraste) varia de 1,6-5,4% e, quando relacionada ao procedimento diagnóstico ou terapêutico, é a mais temida. A ocorrência de maior mortalidade é atribuída às complicações infecciosas decorrentes da manipulação da região peripancreática. Algumas medidas estão sendo tomadas com o intuito de prevenir a pancreatite: administração de drogas (somatostatina, gabexato, diclofenaco), colocação de stents de pequeno diâmetro, entre outras. Outras complicações podem ocorrer, porém com menos prevalência, como infecções, hemorragia e perfuração. Nas infecções, pode-se citar o abscesso hepático, causado pelo desenvolvimento de coleção purulenta intra-hepática secundária à reação celular inflamatória local por infecção de bactérias no parênquima hepático. Os principais sintomas são dor abdominal, mais pronunciada no hipocôndrio direito, febre e hepatomegalia. A mortalidade pode variar de 5,6-80%, podendo ser reduzida pelo uso efetivo de antibióticos e melhoria dos meios diagnósticos com a introdução da USG e TC. Além disso, o desenvolvimento da radiologia intervencionista, com drenagem guiada e cirurgia minimamente invasiva, tem contribuído para o aumento da sobrevida desses pacientes.</p>	<p>ANEURISMA DE ARCO PALMAR: RELATO DE CASO</p> <p>Isabella Muhammad Luzente Paulo, Mariana Carolina Braga, Camila Campos Aquino, Júlia Martins Obliziner, Marcelo Alencar Fonseca, Júlia Fernandes Alvares Silva, Múcio Lopes Fonseca</p> <p><i>Liga de Saúde Vascular do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas de membros superiores são raros e geralmente associados a eventos pós-estenóticos ou traumáticos. Os aneurismas da mão acometem mais comumente a artéria ulnar, sendo os aneurismas de arco palmar (AAP) ainda mais raros. A clínica revela surgimento de massa pulsátil indolor, associada a frêmito e insuficiência vascular.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 82 anos, apresentou lesão pulsátil de aproximadamente 4 cm², associada incômodo não doloroso, em região palmar esquerda. Não apresentava palidez ou cianose nas extremidades, alteração de temperatura, histórico de traumas contusos locais ou outras comorbidades. A AngioTC evidenciou dilatação aneurismática do arco palmar profundo com dimensões de 2x2x2cm e adequada rede colateral de vasos. Optou-se por fazer a ressecção cirúrgica do aneurisma e ligadura dos vasos adjacentes. A incisão cirúrgica foi feita seguindo a prega palmar estendendo-se até a região hipotenar, revelando aneurisma de arco palmar (AAP) profundo. Em seguida, foram ligadas as extremidades do AAP e feita excisão. O trajeto anatômico do arco palmar profundo não foi refeito devido à boa perfusão dos quirodáctilos, demonstrada pelo teste de Allen negativo durante o intraoperatório. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica confirmou tratar-se de um aneurisma verdadeiro de artéria palmar, acometendo as três camadas vasculares, além de sugerir presença de trombos no interior do saco aneurismático. O pós-operatório foi bem sucedido, a paciente recebeu alta e não apresentou complicações ou queixas relacionadas até o momento.</p> <p>DISCUSSÃO: Aneurismas da mão são extremamente raros, descritos sobretudo na artéria ulnar por etiologia traumática-contusa. Aneurismas verdadeiros de arco palmar profundo sem histórico de trauma são ainda mais insólitos, com poucos relatos na literatura. Embora pouco se saiba sobre a fisiopatologia não-traumática desse tipo de aneurisma, no caso apresentado, foi considerada possibilidade de alteração congênita, dada a ausência de contusões locais progressivas. O diagnóstico geralmente é feito pela anamnese e exame físico adequados, mas pode ser auxiliado por EcoDoppler, AngioTC ou Angiorressonância, sendo as duas últimas meios satisfatórios e não-invasivos para se obter o diagnóstico e fazer um bom planejamento cirúrgico sem a necessidade da angiografia. Quanto à terapêutica, a indicação geral é de ressecção, pela técnica convencional ou endovascular, com reconstrução da anatomia vascular se necessária. Para avaliar essa necessidade, deve-se avaliar o grau de perfusão da região por meio do teste de Allen, sendo indicada quando há sinais de isquemia. A técnica optada, a priori, deve ser a que confere maior habilidade ao cirurgião. Ademais, ainda há poucos relatos que descrevem a abordagem endovascular dessa patologia, sendo insuficientes para uma boa análise comparativa do método com a abordagem cirúrgica. Ressalta-se então a necessidade da avaliação criteriosa de um cirurgião vascular para a conduta e desfechos satisfatórios.</p>
<p>PO 171-3</p> <p>TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA ESPLENICO EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO</p> <p>Victor Barroso Camilo Cunha Ataíde, Yasmim Emanuelle de Paula Machado, Larissa Michetti Silva, Lucas Leite Flores, Huri Brito Pogue, Eduardo Lenza Silva, Mariana França Bandeira de Melo, Natália Francis Gonçalves Farinha</p> <p><i>Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mundialmente, o trauma esplênico contuso representa 25% das lesões de órgãos sólidos e tem índices de mortalidade entre 7% e 18%, sendo o baço o órgão mais acometido em traumas abdominais contusos. Ocorre na maioria das vezes, 60%, em acidentes automobilísticos e, se rompido, sangra profusamente visto que sua cápsula é fina e seu parênquima é mole e carnudo. A esplenectomia era o recurso usado para tratar a maioria dos traumas, entretanto, houve um aumento do tratamento não operatório (TNO), se tornando o padrão ouro para os pacientes estáveis, sem outras lesões internas que requeiram cirurgia.</p> <p>RELATO DE CASO: RNC, 31 anos, colisão carro x anteparo em 19/01/2019, atendida em Unidade Hospitalar e após avaliação recebeu alta horas depois. Buscou emergência do IHBDF em 2 dias com icterícia e dor abdominal. Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em topografia superior. FAST positivo em topografia esplênica e pelve, E-FAST duvidoso em hemitórax esquerdo, sinais vitais estáveis. TC abdome: Laceração em segmento VII hepático; aspecto superior do baço, rim direito além de hematoma subcapsular; Trombo na veia renal direita com extensão a veia cava inferior; TC tórax: Lâmina derrame pleural bilateral; pneumotórax à esquerda; Fratura do 9^o, 10^o e 11^o arcos costais esquerdos. BbT: 6,85 mg/dL, BbD:4,34 mg/dL, Bbl:2,51 mg/dL, Cr:1,33mg/dL, Uréia: 44,8mg/dL, Hb:8,1g/dL, Ht:24,9%, leucócitos 11,6 x10.000/uL. Tratamento conservador. Pico bilirrubinas em 23/01/19, mg/dL, total 11,65, direta 6,17 e indireta 5,48. Queda até valor mínimo em 03/02 de total 1,4; direta 0,93 e indireta 0,47. Valor mínimo em 27/01 de Hb 7,7 mg/dL e Ht 23,6%, transfusão de 2CH. Controle de imagem sem alterações. À enfermaria em 02/02/19, tratamento conservador.</p> <p>DISCUSSÃO: Pensar em trauma esplênico, além do mecanismo de trauma, também achados clínicos: Sinal de Ballance, Sinal de Kehr e hemorragia em dois tempos. FAST avalia presença de líquido livre. TC avalia o baço em graus de lesão I,II,III,IV e V. Tratamento não operatório (TNO) é uma das mais notáveis alterações na abordagem do trauma, consiste na observação rigorosa com repouso relativo no leito, dosagens do hematócrito, hidratação, jejum por 24 a 48 horas, até uma melhor definição da não necessidade cirúrgica, antibioticoprofilaxia, de acordo com protocolo bem estabelecido. Nosso paciente enquadra-se no estágio III de lesão, sem alteração dos sinais vitais e sem instabilidade, mesmo com necessidade de hemoderivados, que justificaram TNO. Preditores de falha da TNO são: Hipotensão na admissão, alto grau de lesão, extravasamento ativo de contraste à TC e necessidade de transfusões sanguíneas. Em média, a taxa de falha dessa conduta é de 10,8%. Maior grau de lesão, maior taxa de falha, variam de 4,8% a 17% (grau I a III) e 75% (V). Possível utilizar TNO desde que o paciente apresente clínica favorável, em um hospital de referência em trauma e preencha critérios de seleção de um protocolo rígido e bem definido, respeitando a especificidade de cada víscera.</p>	<p>PO 172-1</p> <p>SÍNDROME DE MIRIZZI IMITANDO COLANGIOCARCINOMA</p> <p>Gabriel Lorente Mitsumoto, Maurício Alves Ribeiro, Lucas Augusto Monetta da Silva, Marina Martins Tocchio, Natálie Emy Yvamoto, Talita Di Santi, Caroline Petersen da Costa Ferreira, Luiz Arnaldo Szutan</p> <p><i>ISCMSP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma condição rara, caracterizada por uma inflamação aguda ou crônica secundária a um cálculo grande e único ou a pequenos e múltiplos cálculos, impactados no infundíbulo da vesícula ou no infundíbulo juntamente com o ducto cístico, causando uma obstrução mecânica do ducto hepático comum. Mesmo que a síndrome tenha baixa incidência, os cirurgiões devem tê-la em mente como um diagnóstico diferencial para colangiocarcinoma, para um possível diagnóstico pré-operatório e melhor tratamento do paciente de modo a evitar lesão desnecessária da vesícula.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 51 anos, apresentou-se no ambulatório com quadro de icterícia e perda ponderal de 6kg há 2 semanas. Em ultrassom abdominal foi visto dilatação das vias biliares intra-hepáticas, presença de litíase biliar e dilatação do colédoco. Em seguida, foi realizada CPRE, em que se observou processo expansivo que comprometia o ducto hepático comum proximal, sendo introduzido um implante de prótese biliar por meio desse procedimento. Na tomografia realizada em seguida, foi visto dilatação de vias biliares intra-hepáticas e vesícula biliar hipodensificada com calcificações parietais. Após os exames, foi dada a hipótese diagnóstica de colangiocarcinoma Bismuth tipo II e programada a cirurgia. Realizou-se ressecção cirúrgica das vias biliares, linfadenectomia de peri-hilar e anastomose hepatico-jejunal em Y de Roux, com envio de peça para congelação e biópsia. Durante a cirurgia, não foi observada nenhuma lesão característica de implante secundário em órgãos ou peritônio. A peça em congelação não evidenciou suspeita de malignidade em ducto proximal ou distal, apenas inflamação crônica, sugerindo o diagnóstico de SM. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar. O resultado da biópsia confirmou o correto diagnóstico de SM.</p> <p>DISCUSSÃO: As taxas de SM descritas são de 4,7 a 5,7% nos países subdesenvolvidos. Raramente ela é identificada em seu início, resultando em morbidade e danos biliares. Mais de 50% dos pacientes com essa síndrome são diagnosticados durante a cirurgia, de 8-62,5% dos pacientes recebem diagnóstico pré-operatório, sendo que 6-28% desses, tinham, na verdade, câncer de vesícula biliar. Não há características clínicas para distinguir a SM do câncer de vesícula, ambas se apresentam com quadro de icterícia obstrutiva, acompanhada por dor abdominal no hipocôndrio direito, e febre em pacientes com suspeita ou comprovada colelitíase, exceto que os pacientes com colangiocarcinoma são, geralmente, uma década mais velhos. Assim, durante a cirurgia, a biópsia por congelação deve ser realizada em todos os pacientes com MS para descartar definitivamente o colangiocarcinoma. Desse modo, nota-se a importância de conhecer diagnósticos diferenciais e apresentações para melhor conduta e sucesso cirúrgico.</p>

PO 172-2	PO 173-2
<p>FISTULA ARTERIOVENOSA DE ARTERIA INOMINADA PARA VEIA INOMINADA POS TRAUMA CLAVICULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Juliana Barros Oliveira Silva, Lianna Paula Guterres Corrêa, Vanisse Portela Ramos Bulcão Loureiro, Ana Karollyne Araújo Pontes, Joseval da Silva Lacerda</p> <p><i>Universidade Ceuma - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula caracteriza-se por uma comunicação anormal e permanente entre uma artéria e uma veia, podendo ser congênita ou adquirida, esta ocasionada por trauma, lesão penetrante ou iatrogênica. A etiologia traumática por fratura óssea é rara, com descrição limitada de relatos na literatura casos semelhantes com fratura clavicular. Apresenta manifestações clínicas de acordo com sua localização, tamanho e etiologia, tendo especial importância quando acomete regiões próximas a vasos centrais, possuindo alta letalidade, limitado número de relatos na literatura com resultados satisfatórios do seu tratamento, que é prioritariamente cirúrgico. Este relato tem como objetivo mostrar um caso raro com repercussão sistêmica grave, ocasionada por uma fistula arteriovenosa (FAV) inominada de alto débito pós-trauma em clavícula direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 42 anos, feminino, parda, do lar, relata queda da própria altura com fratura de clavícula direita há 7 meses. Na ocasião, foi realizada estabilização clavicular com pino, a partir da qual paciente relata dispnéia progressiva, palpitação, ascite e anasarca. Diagnosticada com insuficiência cardíaca diastólica de alto débito, refere uso de Lasix®, sem melhora do quadro. Apresentava turgência jugular, frêmito e sopro contínuo na localização da fistula. Realizada aortografia torácica que evidenciou FAV de alto débito, em aorta ascendente com comunicação entre artéria e veia braquiocéfálica. Após 1 mês foi realizada toracotomia médio-esternal e pericardiotomia com dissecação de veia inominada proximal e distal à fistula, dissecação do tronco arterial, clampamento tangencial da fistula entre os troncos, clampamento distal e proximal da veia inominada, abertura da veia inominada, não sendo visto fluxo sanguíneo. Realizados pontos cima do clamp, sutura interna no endotélio venoso, abertura dos clamps proximal e distal da inominada para retirada de ar do vaso. paciente evoluiu com melhora o quadro geral, e das suas principais comorbidades de risco de mortalidade imediata, permanecendo apenas com acompanhamento hospitalar da ascite.</p> <p>DISCUSSÃO: Diante dos dados acima a relevância deste relato está na particularidade e aplicabilidade clínica deste caso, tendo em vista não somente a escassez de relatos semelhantes como também o reconhecimento dos sintomas específicos destes quadros, estimulando a celeridade do atendimento, reconhecimento desta patologia e ainda a diminuição da morbidade para estes pacientes.</p>	<p>REESTENOSE DE STENT CORONARIO CONVENCIONAL POS ANGIOPLASTIA</p> <p>Sabrina Severo de Macêdo Duarte, Davi Lima Medeiros, Laís Soares Holanda, Gabriela de Almeida Maia Madruga</p> <p><i>FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os stents coronários representam uma grande evolução no campo da revascularização coronária percutânea para o tratamento das cardiopatias isquêmicas, pois diminuíram a frequência na realização das cirurgias de revascularização do miocárdio de emergência. Todavia, os stents metálicos não foram capazes de eliminar por completo o problema da reestenose pós-implante de stent. Essa complicação é definida, angiograficamente, como a presença de lesão maior que 50 % no sítio tratado no seguimento tardio, e clinicamente, pela recorrência do quadro clínico e elevação das enzimas cardíacas. O tratamento deste evento adverso pode ser clínico, percutâneo ou cirúrgico. Além disso, deve haver controle dos fatores de risco relacionados à aterosclerose e uso regular das medicações, principalmente a dupla antiagregação.</p> <p>RELATO DE CASO: E.S.S.F, sexo feminino, 39 anos, deu entrada no Hospital Universitário Nova Esperança. Apresentando precordialgia intensa associada a náuseas e sudorese. Possuiu história prévia de infarto agudo do miocárdio com cineangiogramas anteriores demonstrando lesão localizada e única de 80% em terço médio da Arteria Coronária Direita (ACD) e posterior angioplastia para colocação de stent convencional no terço proximal e médio da (ACD). A paciente relatou que após alta hospitalar não aderiu ao tratamento clínico de forma correta. Foi então realizado nova cineangiogramas que evidenciou padrão de circulação coronariana tipo direita dominante, reestenose severa difusa do stent no terço proximal até médio da ACD com ponto de maior oclusão de 95%, e demais artérias sem lesões significativas. No mesmo procedimento, optou-se por angioplastia por balão para pré-dilatação e posterior colocação de stent farmacológico no ponto de reestenose. O procedimento decorreu com sucesso e sem intercorrências. Após procedimento a paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável, sem queixas, apresentando sono e apetite preservados, além de evacuações e diurese presentes. Recebeu alta hospitalar após 3 dias de observação, sendo orientada da necessidade de manter medicações para antiagregação dupla durante 1 ano e a retornar ao ambulatório de cardiologia após 21 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Diante do caso, observa-se a importância da adesão ao tratamento de maneira contínua. Visto que a dupla antiagregação após implantação de stent é de grande importância para o seguimento do tratamento, evitando graves complicações como a reestenose de stent. A melhor abordagem dessa grave complicação é seu conhecimento e prevenção, com escolha e manipulação adequadas do instrumental, aliados ao rápido reconhecimento da complicação por parte do operador.</p>
<p style="text-align: center;">PO 173-3</p> <p>LESÃO ESPLÊNICA APÓS QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA EM PACIENTE COM ESPLEMEGALIA POR MALARIA</p> <p>Levindo Alves De Oliveira, Kyldery Wendell Moura Cavalcante, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Daniel do Nascimento Araújo, Pedro Gomes Lins de Carvalho, Hikaro Vinicius Galvão Dantas, Rafaela Xaud Rodrigues</p> <p><i>Hospital Geral de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões esplênicas são consideradas urgências frequentemente comuns e que, muito comumente, requerem intervenção cirúrgica. Lesão traumática do órgão por contato físico direto de baixa energia, em pacientes com esplenomegalia, é sabidamente relatado na literatura. A organomegalia torna o baço frágil ao contato direto e desprotegido do arcabouço torácico que normalmente o protege, o que facilita sua lesão. Atualmente, em razão da necessidade de seguimento por exames laboratoriais seriados e de imagem, a conduta cirúrgica ainda predomina sobre o manejo conservador das lesões esplênicas.</p> <p>RELATO DE CASO: N.A.P, 18 anos, masculino, deu entrada no Pronto atendimento Aírton Rocha (PAAR), no dia 27 de julho, com queixa de dor abdominal há 24 horas, iniciada após queda de própria altura. Afirma piora progressiva da dor nas horas que se seguiu a admissão. Relata ainda, história de febre há 3 dias da internação hospitalar quando teve diagnóstico prévio de malária (SIC). Nega quaisquer comorbidades. Nega ocorrência de cirurgias prévias. Ao exame: Regular estado geral, afebril, acianótico e anictérico, hipocorado 2+/4+, levemente taquicárdico em ar ambiente, Frequência cardíaca 108 batimentos por minuto, Pressão arterial 100 x 60 mmHg. Exame físico abdominal: Abdome semigloboso, algo distendido, Ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, Maciez à percussão do espaço de Traube, à palpação, esplenomegalia de grande monte e que se estendia até a linha média abdominal, em direção à Fossa ilíaca direita. Fígado palpável logo abaixo do Reborço costal direito. Levantada a hipótese diagnóstica de trauma esplênico contuso, procedeu-se a propedêutica laboratorial complementar. Hemoglobina 7,3 g/dL; Hematócrito 27%; Realizado FAST, que evidenciou presença de líquido livre em recesso esplenorenal, tornando o diagnóstico de lesão esplênica contusa bastante palpável. Então, optou-se pela realização do procedimento cirúrgico de laparotomia explorada com esplenectomia total um dia após a admissão hospitalar, devido ao risco do paciente evoluir com choque hipovolêmico, sendo realizado sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de ruptura esplênica por trauma abdominal fechado, em paciente com esplenomegalia. Na maioria das vezes, casos como este são diagnosticados como ruptura espontânea. Este é um dado importante, visto que a região do Brasil tem alta prevalência de casos de malária. A literatura descreve que os dados mais importantes para o diagnóstico são: relato de contusão traumática do tórax e/ou abdome do lado esquerdo, alto índice de suspeição clínica, tomografia computadorizada, lavado peritoneal diagnóstico revelando sangramento intraperitoneal e hematócrito seriado revelando queda progressiva dos índices hematimétricos. A clínica do paciente, normalmente, revela-se por: Dor em quadrante superior esquerdo e massa abdominal palpável na mesma região. Sinal de Kehr pode estar presente, que se dá devido à estimulação do nervo frênico pelo contato com sangue próximo ao diafragma.</p>	<p style="text-align: center;">PO 174-1</p> <p>ENUCLEAÇÃO CIRURGICA DE INSULINOMA PANCREATICO EM GESTANTE</p> <p>VICTOR LIRA DE OLIVEIRA, OMAR JACOBINA DE FIGUEIREDO, CRISTIANO SOUZA LEAO, ANTONIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE MARTINS, KELWIN MADSON DA SILVA, LUIZ HENRIQUE FERREIRA LOPES DOS SANTOS, JOANNA BRAYNER DUTRA, VANESSA LIRA DE OLIVEIRA</p> <p><i>IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O insulinoma é um tumor neuroendócrino funcional raro derivado das células β de Langerhans, com uma incidência de 1-4 casos/mi de habitantes e idade média de 47 anos, mais comum em mulheres (57%). Ainda mais raro em gestantes, representa um desafio terapêutico no binômio materno-fetal.</p> <p>RELATO DE CASO: M.S.A.R, feminino, 27 anos, G2P1A0, 14s5d, história de sintomas neuroglicopênicos associados a hipoglicemia há 10 meses, piores após início da gestação. Admitida assintomática, feto com boa vitalidade, glicemia sérica (GS) 42 mg/dl, insulina e peptídeo-c normais. Ultrassonografia (USG) e Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste normais. Ressonância Magnética (RNM) contrastada evidenciou imagem com hipersinal em T2 no processo uncinado do pâncreas. Iniciado tratamento clínico com Verapamil e Octreotide, sem sucesso, optando-se pelo tratamento cirúrgico. No intraoperatório, identificou-se nódulo de 1cm em processo uncinado, confirmado com USG, distando 2cm do ducto pancreático principal. Realizou-se enucleação de lesão e drenagem cavitária. O feto permaneceu com boa vitalidade e a paciente recebeu alta no 7º PO, sem dreno, estável e normoglicêmica. O laudo histopatológico foi compatível com insulinoma.</p> <p>DISCUSSÃO: O insulinoma representa 2% das neoplasias pancreáticas, 90% são únicos, benignos e menores que 2cm, com distribuição pancreática homogênea. Manifesta-se por sintomas neuroglicopênicos e adrenérgicos associados a baixos níveis glicêmicos. Dos 27 casos descritos em gestante, a maioria manifestou sintomas no 1º trimestre. Há maior desafio diagnóstico devido a modificações hormonais da gestação, que aumentam a frequência de episódios de hipoglicemia. O diagnóstico consiste no quadro clínico e laboratorial (insulina, peptídeo-C, GS) seguido de exames de imagem. A TC é o método de escolha, com sensibilidade de 94%, semelhante a RNM. Caso não se identifique o tumor, pode-se realizar USG endoscópico, com sensibilidade de até 100% combinado à TC, exceto para lesões distais. A estimulação intra-arterial seletiva com cálcio reserva-se a casos de alta suspeição com exames inconclusivos. A palpação da lesão associada a USG intraoperatório fornece a melhor acurácia. Cirurgia é a única alternativa de cura (até 98%). A enucleação é preferível e indicada para tumores <2cm e distando >2cm do ducto pancreático. Outras abordagens como pancreatectomia distal e cirurgia de Whipple, são recomendadas para lesões maiores, em íntima relação com ductos e suspeita de malignidade. Recorrência é incomum, 5% em 10 anos. O tratamento medicamentoso com Octreotide, bloqueadores de canal de Ca++ e Diazóxido tem >50% de falha e é reservado para casos ineleiváveis a cirurgia. Em gestantes, preconiza-se o tratamento medicamentoso inicial, também com efeitos incertos sobre o feto. Porém, a maioria dos casos descritos foi operada após falha medicamentosa, com bons desfechos para o feto. Logo, apesar da baixa amostragem, a cirurgia parece uma boa opção e não deve ser hesitada em casos refratários.</p>

PO 174-2	PO 174-3
<p>ELEFANTÍASE COMO APRESENTAÇÃO DE LINFEDEMA APOS SUCESSIVAS LINFANGITES: UM RELATO DE CASO</p> <p>JULIA COSTA JUSTO, JUAN EDUARDO RIOS, ISADORA GOMES MESQUITA, EVANDRO AULICE PEDER, MATHEUS FELIPE BERGAMIM, NEIVALDO JOSE SANTOS</p> <p><i>UFAM - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O sistema linfático é uma rede de vasos (canais), gânglios (nodos) e órgãos. Funciona como parte do sistema imune para proteger e combater infecções, inflamações e cânceres. Nos linfonodos, existem diversos glóbulos brancos que auxiliam a combater infecções. As condições fisiológicas e circulatórias locais e o status imunológico do indivíduo são os maiores determinantes de defesa do hospedeiro. A linfadenite e a linfangite são complicações comuns de infecções bacterianas. A linfadenite é a inflamação dos linfonodos, e quando estes se enchem de bactérias, vírus ou fungos, há o desenvolvimento de infecção. Geralmente resulta de celulite ou outra infecção bacteriana (normalmente por estreptococos ou estafilococos). Já a Linfangite acomete vasos/canais linfáticos e provoca inflamação dos canais, resultando em dor e sintomas locais ou sistêmicos. Celulite é o processo que atinge derme profunda e tecido subcutâneo e nem sempre é clara a distinção entre tecido infectado e não infectado. Erisipela é um distinto tipo de celulite cutânea, superficial, com marcante envolvimento de vasos linfáticos da derme. Na erisipela típica, a área de inflamação destaca-se com algum relevo, indicando distinta demarcação entre o tecido envolvido e o normal. Linfedema associado à drenagem linfática anormal, insuficiência venosa crônica e a síndrome nefrótica predispoem a celulite. O primeiro episódio de celulite, frequentemente, compromete vasos linfáticos e predispoem a celulites recorrentes, linfedema crônico e elefantíase.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, L.K.N, de 39 anos, casada e mãe de três filhos, procedente de Manaus/AM, evolui com história de trauma aos 5 anos de idade associado a osteomielite e sucessivas infecções cutâneas acompanhadas de febre, diagnosticada como erisipela, dá entrada ao serviço de Dermatologia do Hospital Tropical para investigação de filariose. Relata que o surgimento de úlceras se deu em 2005 e desde então sem melhora. Há 5 anos, notou aparecimento de nodulações verrucosas difusas e agrupadas em vegetações e edema progressivo. Ao exame físico dermatológico do membro inferior esquerdo, apresentava no dia (18/12/18) inúmeros nódulos difusos, com uma lesão com drenagem de secreção purulenta em face interna da perna esquerda, além de edema e calor, manchas hiperocrômicas com linfedema generalizado à esquerda. Paciente queixava parestesia em membro. Quanto ao tratamento, optou-se por amputação suprapatelar.</p> <p>DISCUSSÃO: Cerca de 85% dos linfedemas devem-se à linfangite de repetição. Daí a importância médica e social do tratamento precoce e correto das linfangites, evitando-se as recidivas, consequentemente previne-se a ocorrência do linfedema, o qual tem a Elefantíase como último e mais severo estágio, que quando ocorrem pode-se apreciar lesões dérmicas mais exuberantes como as verrucosidades linfostáticas, fissuras, ulcerações de difícil controle terapêutico e daí o aparecimento até de osteomielite, que no caso, pode se aplicar à paciente em questão.</p>	<p>HEMIPELVECTOMIA TRAUMÁTICA COMPLETA - 2º CASO COM SOBREVIVÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA</p> <p>Pedro Guido Sartori, Gabriela Pereira de Moura, Mateus Alessio Pereira, Patrizia Calegari Palma, Betina Vescovi, José Antonio Razia, Franciele Pereira Madeira, Leonardo da Silveira</p> <p><i>HUSM - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Define-se hemipelvectomia traumática como uma lesão que causa instabilidade óssea ou ligamentar com ruptura do feixe neurovascular pélvico, dividindo-se entre lesão completa (quando as estruturas articulares e ligamentares da pelve são completamente destruídas) ou incompleta (quando partes de tecido mole ou articulação mantêm o membro preso ao corpo). Esse tipo de lesão é incomum e tem alta mortalidade, por isso não há protocolos prontos para orientar a ação no momento do trauma. Portanto, justifica-se o relato deste caso, que se trata de uma lesão com avulsão completa do membro inferior durante um acidente carro-moto, levantando as variáveis que podem ser replicadas em casos futuros para obtenção do melhor desfecho possível. Descreve-se a seguir o 2º caso de hemipelvectomia traumática completa com sobrevivência do HUSM.</p> <p>RELATO DE CASO: M.S, 20 anos, fem. - Trauma de motocicleta atingida por caminhonete. Foi encontrada consciente na cena já sem o membro inferior esquerdo. A chegada no HUSM, foi evidenciada avulsão completa do membro, estando ausentes inclusive o púbis e ilíaco à esquerda e boa parte da musculatura do assoalho pélvico, além de apresentar luxação de quadril à direita e luxação da clavícula esquerda. Não havia sangramento ativo do ferimento devido ao espasmo dos vasos ilíacos. Ainda na sala de emergência foi iniciada reposição volêmica agressiva e infusão de concentrado de hemácias. No bloco cirúrgico, foi feita ligadura da artéria ilíaca externa e ramos seccionados da ilíaca interna, sutura da perfuração peritoneal, remoção de tecidos esquêmicos e curativo com compressas. O trato urinário manteve-se íntegro, apesar da exposição do ureter esquerdo. Pela laceração anal e destruição do assoalho pélvico, foi confeccionada transversostomia em alça e feita lavagem exaustiva do ferimento com soro fisiológico. Pós procedimento, foi encaminhada diretamente à UTI. Ao longo da internação, foram realizados curativos a vácuo na área cruenta, com melhora progressiva do ferimento até o estabelecimento de tecido de granulação e ausência de infecção grosseira. Teve nova intervenção para rotação de retalho fasciocutâneo do flanco esquerdo para a região pélvica e enxerto de pele parcial da coxa direita para a cobertura do local de doação do retalho. Recebeu alta após 75 dias com completa cicatrização do local da amputação.</p> <p>DISCUSSÃO: Fica clara a importância do cuidado pré-hospitalar e do setor de emergência cirúrgica do HUSM para a estabilização inicial da paciente, assim como o acompanhamento em UTI ao longo de todo o período da internação. Até 2015, apenas 79 casos de hemipelvectomia traumática (completa ou incompleta) com sobreviventes haviam sido relatados mundialmente, o que demonstra não só a raridade, mas também a gravidade desse tipo de lesão. Em sua grande maioria, aconteceram em acidentes automobilísticos envolvendo motocicletas e têm em comum a disponibilidade de transporte rápido, suporte de centro terciário, reposição volêmica agressiva e intervenção cirúrgica precoce.</p>
<p>PO 175-1</p> <p>DOS CRITÉRIOS DE RESSECABILIDADE AS COMPLICAÇÕES POS OPERATORIAS DA DUODENOPANCREATECTOMIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Thalita Millene Moura, José Donato de Sousa Netto, Renata Pereira Fontoura, Beatriz Carneiro Habbema De Maia, Laura de Lima Crivellaro, Bruno José de Queiroz Sarmento, Rodrigo Nascimento Pinheiro</p> <p><i>Liga Acadêmica de Oncologia do Hospital de Base do Distrito Federal - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas possui elevada mortalidade, cuja sobrevivência em 5 anos é 8%. A sintomatologia - icterícia, prurido, náuseas, vômitos e dor epigástrica - ocorre em fases de doença avançada. A duodenopancreatectomia (DP), único tratamento possivelmente curativo, envolve a ressecção da cabeça do pâncreas, do duodeno, da vesícula biliar com ducto biliar comum e do antro gástrico, associada à linfadenectomia regional. Este trabalho relata um caso de tumor pancreático tratado com DP, correlacionando-o à discussão dos critérios de ressecabilidade nessa cirurgia, bem como às complicações pós-operatórias.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L.S.F., feminino, 65 anos. Há 10 meses iniciou quadro de dor epigástrica, empachamento, náuseas, vômitos e hiporexia. Há 4 meses, apresentou piora da dor, icterícia, prurido e perda ponderal de 10kg. Após exames complementares, confirmou-se o diagnóstico de neoplasia pancreática, com estadiamento de T2NxMx, estágio 1B. Paciente foi encaminhada à oncologia e submetida a DP com ressecção vascular. Na cirurgia, encontrou-se lesão tumoral de 4cm em contato com a face lateral da confluência esplenomesentérico-portal. Durante o pós-operatório de 40 dias de internação, apresentou dor intensa e vômitos frequentes, com introdução de dieta nasoenteral em período superior a 10 dias com rejeição à introdução da dieta oral. Após alta hospitalar, retornou no dia seguinte com dor abdominal intensa, fraqueza, parestesia e vômitos, caracterizando quadro de gastroparesia pós-DP.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico tardio e o comportamento agressivo relacionam-se à alta mortalidade do câncer de pâncreas. Apenas 20% dos pacientes são candidatos à DP, por não apresentarem doença localmente avançada ou metástases à distância. Os critérios de ressecabilidade - divididos em ressecável, borderline e irresssecável - consideram o contato do tumor com: veias mesentérica superior e porta, artérias mesentérica superior e hepática comum, e tronco celiaco. Ressecções mais agressivas com ressecção vascular, buscando margens livres de doença passaram a ser realizadas, a depender do julgamento cirúrgico. A DP com ressecção vascular vincula-se a um maior contingente de cirurgias R1, quando comparados a ausência dessa técnica, associada a maiores taxas de margens cirúrgicas macroscópicas positivas. A ressecção vascular não apresenta maior morbidade quando comparada a DP isoladamente. Complicações pós-DP são comuns e a gastroparesia acomete 15-40% dos pacientes pós ressecção pancreática. Está relacionada ao aumento do período de internação, conforme relatado no caso e dos gastos hospitalares. A abordagem de tumores borderlines representa um desafio no tratamento do câncer de pâncreas, tendo em vista a morbimortalidade da DP e a complexidade da ressecção vascular de importantes vasos. Assim, a expertise da equipe cirúrgica é fundamental no tratamento de tumores pancreáticos, possibilitando aproximar os resultados oncológicos daqueles advindos de cirurgias R0 e o controle das morbidades pós- DP.</p>	<p>PO 175-2</p> <p>RELATO DE CASO: PACIENTE COM TROMBOFLEBITE DE VEIA SAFENA MAGNA E DIAGNOSTICO DE SAF SUBMETIDA A SAFENECTOMIA COM RETIRADA DE INUMEROS TROMBOS</p> <p>Julia pinho costa, ademario cardoso neto, raylla da silva santos, jordão aires lustosa, adolfo rodrigues neto, lorena sena oliveiras, thiago melo espírito santo</p> <p><i>Faculdade São Francisco de Barreiras - barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tromboflebite superficial é uma patologia vascular que se caracteriza pela presença de um trombo na luz de uma veia. Possui predominância no sexo feminino e nos membros inferiores, tendo sua incidência em torno de 3 a 11%, sendo recorrente na prática médica. O quadro clínico é bem característico e inclui dor localizada, edema e hiperemia, com a presença de um cordão palpável, endurecido e quente no curso da veia, tendo melhor acurácia quando associado com a ultrassonografia vascular. A conduta terapêutica depende das condições associadas dos pacientes, como complicações tromboembólicas ou desordens sistêmicas, sendo em geral realizada safenectomia. Tendo em vista a alta prevalência, as graves complicações que podem estar associadas, e as suas diversas etiologias, dentre elas a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF), evidencia-se a necessidade de elucidação das melhores abordagens para essa patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: D.S.S, sexo feminino, 36 anos, comparece ao serviço ambulatorial de cirurgia vascular relatando dor intensa em membro inferior direito, com rubor significativo em região medial, relatando que fazia uso de contraceptivo oral de estrogênio e histórico de abortos de repetição. Suspeitou-se inicialmente de tromboflebite, a qual foi confirmada após realização de ultrassonografia com doppler, a qual indicou acometimento de veia safena em coxa direita com trombo flutuante em croça de safena com direção à veia femoral. Foi realizada safenectomia com extirpação de veia safena magna com fleboextrator, e ligadura de croça, com retirada de inúmeros trombos, incluindo na croça, os quais estavam invadindo a veia femoral. Optou-se por não anticoagular o paciente no pós operatório. Passados 30 dias de pós operatório, foram realizados exames de triagem para trombofilia, sendo diagnosticada SAF. A paciente evoluiu de forma assintomática, sendo acompanhada por serviço de cirurgia vascular e iniciou tratamento com terapia anticoagulante para a SAF, bem como a suspensão do uso de contraceptivo hormonal de estrogênio.</p> <p>DISCUSSÃO: Deste modo, percebe-se a importância de estar ciente da confluência entre a tromboflebite e outras desordens sistêmicas, como a SAF (fator trombofílico que costuma causar abortos de repetição e complicações graves), a fim de garantir melhor avaliação ao paciente, diagnóstico precoce e conduta terapêutica mais precisa e efetiva.</p>

PO 176-1	PO 177-2
<p>METASTASECTOMIA HEPÁTICA POR ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO ASSOCIADA A DUODENOPANCREATECTOMIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Lucas Pacheco Vital Calazans, Erica Brito Marques Cruz, Maria Clara Cavalcante Baltar Maia, Taciana Cavalcante Valente, Julia Beatriz Porto Ferreira, Alice França Resende Bulhões</p> <p><i>CESMAC - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas é a neoplasia mais letal do trato gastrointestinal. O adenocarcinoma ductal pancreático representa 90% dos casos, sendo sua taxa de incidência próxima da mortalidade (SILVA, 2009). Segundo a literatura, 80% dos casos aparecem entre 60-80 anos, sendo raro antes dos 40 anos. Os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento são: tabagismo (principal), história familiar, diabetes, pancreatite crônica e obesidade. Geralmente, por ser diagnosticado mais tardiamente, menos de 20% dos pacientes são susceptíveis de cirurgia curativa. Como a paciente apresentava metástase única e tumor ressecável, optou-se pela realização da duodenopancreatocetomia (DP) associada à metástasectomia hepática e quimioterapia adjuvante, tendo bom prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 36 anos. Apresentava queixa de icterícia há 2 meses e rápido emagrecimento - perda de 7kg em 1 mês. Foi solicitada uma ultrassonografia de abdome total, que evidenciou ectasia do ducto pancreático principal (5 mm), com dilatação das vias biliares e nódulo sólido de 12cm³ em lobo esquerdo hepático. Os exames laboratoriais apresentavam elevação de Gama-GT e bilirrubina total, com marcadores tumorais normais (CEA, CA 19.9 e CA 125). Foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome superior contrastada, que apresentou uma massa expansiva na cabeça do pâncreas e formação circular hipodensa em segmento IV (lobo quadrado) do lobo esquerdo hepático, sendo diagnóstica com neoplasia maligna da cabeça do pâncreas com metástase hepática. Foi realizada uma DP (cirurgia de Whipple) associada à metástasectomia hepática e inserido um dreno de Penrose à direita. O anatomopatológico confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado em cabeça do pâncreas (5x4cm), infiltrando papila duodenal e camada submucosa do duodeno, com áreas de necrose. Sem invasão vascular ou linfática, margens livres e ausência de metástase para linfonodos. O resultado da massa hepática evidenciou metástase de adenocarcinoma diferenciado, com margens livres (pT3N0M1). Não houve intercorrências durante a cirurgia e no pós-operatório. A paciente evoluiu bem, com boa aceitação da dieta, recebendo alta hospitalar no 10º dia para acompanhamento ambulatorial e posterior quimioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: A DP é um procedimento considerado desafiador; em centros de referência, a taxa de mortalidade varia em torno de 3-5%; as taxas de complicações variam de 30-61%. No que se refere ao câncer de pâncreas, apesar de na fase inicial os pacientes normalmente serem assintomáticos, é muito importante fazer diagnóstico precoce e identificar o estágio exato para eleger as opções terapêuticas adequadas. A cirurgia descrita acima pode implicar em alterações no estilo de vida. Este relato contribui com a ampliação dos conhecimentos sobre o câncer de pâncreas, que deve ser sempre pensado pelo médico como uma hipótese diagnóstica de acordo com o quadro apresentado.</p>	<p>LIGADURA DE VEIA RENAL ESQUERDA COMO TÉCNICA DE RESGATE PARA MELHORA DA PERFUSÃO DE ENXERTO HEPÁTICO: RELATO DE CASO.</p> <p>Pedro Henrique Nunes de Araujo, Vanessa Mahamed Rassi, Leticia Maiara Nunes Araujo, Igor Diego Carrijo dos Santos, Laís Ribeiro Vieira, Kétuny da Silva Oliveira, Camila de Oliveira Parreira, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A presença de amplas comunicações atípicas entre as circulações sistêmica e portal, mais comumente entre a veia renal esquerda e veia esplênica, representa um fator de risco aos pacientes transplantados hepáticos. Ela prejudica a perfusão do enxerto, por reduzir o fluxo de sangue na veia porta. Uma alternativa para melhorar a perfusão do enxerto é a reversão do shunt com a ligadura da veia renal esquerda (LVRE). Este relato de caso busca ilustrar os efeitos benéficos da ligadura da veia renal sobre a função hepática do enxerto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, com histórico de colecistectomia aberta eletiva há 10 anos por colelitíase sintomática. Há 3 anos apresentou quadro de astenia e icterícia, sendo solicitada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que revelou dilatação de vias biliares. Foi submetido a laparotomia que evidenciou estenose biliar, sendo realizada anastomose bileodigestiva em Y de Roux. Evoluiu com fistula biliar, sendo reabordado no 2º dia de pós-operatório (PO). Permaneceu icterico por mais 1 ano, apresentando episódios frequentes de colangite. Foi solicitada Endoscopia Digestiva Alta, que evidenciou varizes esofágicas, e exames laboratoriais, que permitiram sua classificação com 10 pontos na classificação de Child-Pugh (C) e um escore do Model for End-Stage Liver Disease (MELD) de 24. Foi então incluído na fila de espera para transplante hepático. Realizou o transplante hepático, sendo percebido no intra-operatório um fluxo reduzido pela veia porta, com perfusão lenta e heterogênea do enxerto, sem outras intercorrências. No 3º PO evoluiu com aumento de transaminases, sendo solicitada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou artéria hepática pérvia, sem sinais de trombose. A TC demonstrou também volumoso shunt esplenoportal. No 5º PO, como o paciente persistia com alterações de transaminases e de função hepática, foi optado por laparotomia com LVRE. Apresentou boa evolução, e recebeu alta hospitalar no 18º PO em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: Em pacientes portadores de cirrose com hipertensão portal, a circulação colateral com shunts portossistêmicos é frequentemente reconhecida, sendo estimada em cerca de 14% a 21%. Para garantir um adequado funcionamento do fígado advindo de um transplante, o fluxo sanguíneo hepato-portal deve ser cerca de 100 ml/100 g por minuto. Portanto, o tratamento destes desvios portossistêmicos pode melhorar a função e sobrevida do enxerto. A LVRE na cava inferior é uma alternativa de tratamento, sendo feita através da dissecação da veia cava inferior, até encontrar a inserção da veia renal, onde é realizada a ligadura. O caso relatado demonstra que a LVRE pode ser executada com segurança, mesmo tardiamente, a fim de potencializar o fluxo da veia porta ao fígado transplantado. O exame padrão ouro para o diagnóstico dos shunts esplenoportais é a TC com contraste endovenoso, sendo o seu diagnóstico pré-operatório fundamental para evitar repercussões negativas sobre o transplante.</p>
<p>PO 178-2</p> <p>RELATO DE CASO: TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA CRÔNICA COM ESCLEROTERAPIA</p> <p>Ana Luísa Malta Dória, Augusto César Lacerda Brasileiro, Ana Carolina Oliveira da Silva, Brenda Barbosa Faustino, Sabrina Bastos e Costa, Giordanny Alencar de Sousa Silva, Letícia Lacerda Burity, Elvís Dias Oliveira</p> <p><i>Hospital Municipal Santa Isabel - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença venosa crônica é uma patologia que se desenvolve a partir da hipertensão venosa, que, na maioria dos casos, é decorrente de obstruções do fluxo venoso, disfunção das válvulas venosa e/ou falha da bomba venosa. Nessa condição, o fluxo é direcionado do sistema venoso profundo para o superficial, produzindo varizes, fibrose e inflamação tecidual e, ocasionalmente, ulcerações. Dessa forma, dá-se a importância de trazer novas terapias e seus respectivos resultados a discussões.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente I.J.S., 42 anos, hipertensa, foi encaminhada via Unidade de Saúde da Família para o ambulatório de cirurgia vascular, apresentando úlcera venosa em membro inferior esquerdo, de profundidade em que havia visualização óssea. A paciente apresentou consigo, logo em primeira consulta, ultrassonografia (USG) com doppler, de um ano anterior, com as seguintes conclusões: trombose venosa profunda antiga totalmente recanalizada, veia safena interna pérvia e parcialmente incompetente, veia safena externa pérvia e competente e, presença de varizes superficiais. Foi prescrito quatro aplicações Peniciliana G. benzatina 1.200.000 UI intramuscular (IM), uma a cada 3 dias e uma ampola de betametazona dose única. Foi iniciada também, neste momento, a terapia de safenectomia química, com uso de uma substância esclerosante. Para esse procedimento, foi preparada uma mistura de 2ml de polidocanól a 3% e 8ml de ar ambiente, produzindo uma espuma através da técnica de Tessari (torneira de 3 vias e 2 seringas de 10ml). A punção venosa foi realizada com agulha butterfly 21G guiada por USG em pontos específicos do membro, a paciente estava em decúbito dorsal. Após a aplicação, foi solicitado à paciente fazer movimentos repetidos de dorsiflexão e plantiflexão do pé. Seguidamente, foram colocados curativos e meias de compressão. Após 5 sessões, foi possível observar os benefícios da escleroterapia, com formação do tecido de granulação e restabelecimento da continuidade tecidual.</p> <p>DISCUSSÃO: A úlcera venosa (UV) é uma complicação séria da Insuficiência Venosa Crônica, que se pode ter como consequência, a limitação física, repercutindo de forma importante na vida socioeconômica do paciente e, familiares. O tratamento das UV geralmente demanda bastante tempo e possuem um elevado grau de recorrência. Apenas em aproximadamente 50% dos casos é possível remissão completa em meses, sendo a outra metade, ocorrendo cura com terapêuticas que persistem por anos. Outro fator importante é a ressalva da recidiva em 6-15% dos casos. Dessa forma, a safenectomia química surge como uma alternativa rápida, barata e eficaz, pois em diversos estudos, tem-se a conclusão uma performance de sucesso, em que, após um ano 65% dos pacientes possuem cura das UV, com apenas 6% de remissão e sem complicações sérias.</p>	<p>PO 178-3</p> <p>HEMOPERITÔNIO MACIÇO POS COLONOSCOPIA</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Thaisa Pestana Sousa, Débora Faria Nogueira, Bruna Teixeira Almeida, Bruna Bandeira Oliveira Junqueira, Thaís Bandeira Oliveira Junqueira, William Borba Porto, Maria Cristina Vasconcelos Furtado</p> <p><i>Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão esplênica é uma complicação rara após colonoscopia, podendo cursar com diferentes graus de laceração, desde aquelas limitadas à cápsula do baço até as que causam hemoperitônio e instabilidade hemodinâmica. O retardo no diagnóstico pode fazer com que essa rara complicação tenha altas taxas de mortalidade associadas. O presente trabalho se propõe a apresentar o caso clínico de um paciente que apresentou quadro de hemoperitônio maciço e choque hipovolêmico cerca de 24 horas após realização de colonoscopia eletiva.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 56 anos, submetido a colonoscopia eletiva como propedêutica de investigação de quadro de anemia por doença crônica e perda ponderal. O procedimento se deu sem intercorrências, segundo relato do endoscopista, e o paciente foi encaminhado ao domicílio sem queixas. No dia seguinte evoluiu com dor abdominal aguda, em flanco esquerdo, de forte intensidade, sendo encaminhado para atendimento hospitalar. À admissão, apresentava-se hipocorado, hipotenso, sudoreico, taquicárdico e confuso. Seu abdome estava distendido, doloroso à palpação, especialmente de flanco esquerdo. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou hemoperitônio maciço e laceração esplênica. O paciente foi submetido a laparotomia de urgência, com identificação de coágulos na cavidade abdominal e sangramento ativo de parênquima esplênico. O baço apresentava lesão grau III. Realizada esplenectomia total. Evolução pós operatória sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Colonoscopia é um procedimento realizado rotineiramente em todo o mundo, de fácil acesso, não sendo, porém, isento de complicações. As mais frequentes são a perfuração do cólon e a hemorragia associada a biópsia ou polipectomia. Outras complicações têm sido descritas com menor frequência, entre elas: pneumotórax, pneumoperitônio, vôlvulo, encarceramento de hérnia abdominal, abscesso retroperitoneal, apendicite, traumatismo do fígado e do baço. A rotura do baço como complicação da colonoscopia é uma situação rara, mas associada a alta morbidade e mortalidade, principalmente pelo atraso no seu reconhecimento. Este deve ser considerado perante quadro de dor abdominal, hipotensão e diminuição do hematócrito (especialmente não havendo evidência de hemorragia digestiva) e mesmo se o quadro se instalar alguns dias após a realização da colonoscopia. A confirmação diagnóstica provém da realização de exames de imagem, e o tratamento pode ser conservador, quando o paciente encontra-se em centro com recursos disponíveis e clinicamente estável; ou cirúrgico, diante de instabilidade hemodinâmica.</p>

PO 179-2	PO 179-3
<p>TRATAMENTO DE CEAP 6 POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA DE POLIDOCANOL GUIADA POR ULTRASSOM</p> <p>ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, AUGUSTO CÉSAR LACERDA BRASILEIRO, ADA RHALINNE DIAS ARRUDA SILVA ARAÚJO, ARTUR MENEZES MARISCANO DE ARAÚJO, MIGUEL XAVIER BEZERRA BARBOSA, OSÉAS NAZÁRIO DE OLIVEIRA JÚNIOR, ARYANA MEDEIROS SILVA, VÍTOR ARRAYS DE LAVOR MONTEIRO</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As úlceras de membros inferiores referem-se ao estágio final da insuficiência venosa com anos de tratamento inadequado ou da ausência de tratamento das varizes, em geral associadas a refluxo de veias safenas. As ulcerações podem ser extensas e, em geral, exigem repouso prolongado com membros inferiores elevados por semanas ou meses. Embora efetiva para cicatrização, essa forma de tratamento tem baixa adesão por parte dos pacientes. Ainda, a instalação da úlcera adia o tratamento cirúrgico até que as ulcerações estejam cicatrizadas.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 54 anos, trabalha como frentista em posto de combustível. Apresenta lesão trófica em região maleolar do membro inferior direito há 8 meses. No exame físico, observado ferimento com uma placa necrótica escura, hiperpigmentação no terço distal da perna, lipodermatoesclerose e pulsos preservados. Eco-Doppler mostrou refluxo na veia safena interna em toda extensão e na veia poplítea. Optamos por realizar o tratamento com escleroterapia através da espuma de polidocanolecoaguada em três sessões com intervalo de 10 dias entre elas. O paciente apresentou boa tolerância ao procedimento (não houve necessidade de anestesia), e houve cicatrização completa da lesão.</p> <p>DISCUSSÃO: A escleroterapia com espuma é a aplicação de um agente esclerosante, guiada pelo ultrassom, em determinada veia insuficiente. A utilização desse método tem ganhado popularidade nos últimos anos por ser um procedimento seguro e eficaz, com baixo índice de complicações e com resultados semelhantes aos da cirurgia. Além de possibilitar o tratamento de pacientes que não tinham acesso ou tinham contraindicações ao procedimento cirúrgico, como os que apresentam ulcerações venosas, é um procedimento relativamente barato, minimamente invasivo e que pode ser repetido várias vezes no caso de recorrência das veias incompetentes, tornando a escleroterapia uma modalidade de tratamento efetiva e eficaz. Referências: OLIVEIRA, Alexandre Faraco de; OLIVEIRA FILHO, Horácio de. Escleroterapia de safena associada a enxerto de pele no tratamento de úlceras venosas. <i>J. vasc. bras.</i>, Porto Alegre, v. 16, n. 4, p. 270-275, Dec. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492017000400270&lng=en&nrm=iso. access on 08 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.008217. CERATTI, Sandro et al. Escleroterapia com espuma no tratamento da insuficiência venosa crônica. <i>RadiolBras</i>, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 167-171, June 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000300009&lng=en&nrm=iso. access on 08 Mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842011000300009.</p>	<p>RELATO DE CASO: LIGADURA DAS ARTERIAS ILIACAS INTERNAS E DOS URETERES NO TRAUMA PELVICO ASSOCIADO A FRATURA EM LIVRO ABERTO.</p> <p>MARCELO ALENCAR FONSÊCA, GUILHERME RAMOS LEITE, Júlia Crystina CARVALHO ALVES, BIANCA HAJ BARBOSA SANTOS, JOÃO PAULO S TENÓRIO, CAMILA VALADARES SANTANA RECCH, BRUNO VILALVA MESTRINHO, BERTHRAN SEVERO GARCIA</p> <p><i>Hospital Regional do Gama - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Traumatismo de bacia tipo fratura em livro aberto possui uma alta mortalidade e exige um complexo cuidado envolvendo uma equipe multidisciplinar bem treinada. O acometimento associado de lesões de bexiga, próstata e anorectal pode variar de 2,5 a 10% dos traumas de bacia a depender da referência estudada. O mecanismo do trauma é importante para definirmos o risco de lesão. E a concomitância de hemorragia maciça levando a instabilidade hemodinâmica aumenta a gravidade do caso e isto acaba por gerar um questionamento quanto a necessidade ou não de uma abordagem mais invasiva imediata a depender da disponibilidade de especialistas e do suporte tecnológico do serviço.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, EBS 18 anos, deu entrada no Hospital Regional do Gama em protocolo de trauma vítima de atropelamento por ônibus. Chegou em ventilação mecânica, instável hemodinamicamente. Foi submetido ao FAST onde se evidenciou líquido livre na cavidade, sendo encaminhado ao Centro Cirúrgico e submetido a laparotomia exploradora. Foi evidenciado grande quantidade de sangue na cavidade associado a dessorridade em cólon sigmóide, hematoma contido em zona II e pulsátil em zona III. Sendo assim foi solicitada da ortopedia que após radiografia intraoperatória, e verificado fratura do púbis, isquio e íliaco, optou por fazer fixação externa da pelve. Solicitada a presença da urologia que decidiu pela ligadura das artérias ilíacas internas bilaterais devido a presença de urina e sangramento sem foco definido em zona III, de aproximadamente 4L, associado a acidose e hipotermia. Visualizou-se explosão de bexiga sendo por isso realizado ligadura bilateral dos ureteres e ao toque retal constatado explosão da próstata e do reto. Por último, realizou-se uma colostomia a Hartmann e optado por peritonectomia para fechamento de parede, simultaneamente o paciente evoluiu com PCR que foi revertida. Após 1 hora do término do procedimento cirúrgico o paciente apresentou nova PCR evoluindo a óbito após tentativa de reanimação sem sucesso.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso descrito, o paciente apresentou concomitante a fratura de pelve, um hematoma pulsátil retroperitoneal pulsátil em zona III havendo na literatura vertentes diferentes de condução do caso. Em sua maioria opta-se pela conduta conservadora de fixação externa da pelve. Porém, naqueles casos em que o sangramento encontra-se expandindo e de grande volume pode-se optar pela ligadura das artérias ilíacas internas como forma de medida heróica. Em nosso serviço não dispomos de hemodinâmica para tentativa de embolização como alternativa menos invasiva, relatada na literatura, também não foi possível sua transferência para um hospital de maior complexidade. Em se tratando de cirurgia de controle de danos uma alternativa ao trauma explosivo de bexiga seria a ligadura ou estomia dos ureteres para pele. Neste caso, a conduta mais invasiva mostrou-se necessária devido a manutenção instabilidade do quadro mediante a condutas conservadoras.</p>
<p>PO 180-1</p> <p>COLANGIOCARCINOMA COM CARCINOMATOSE PERITONEAL: RELATO DE CASO</p> <p>Juliana Barros Oliveira Silva, Madla da Silva Santos, Lianna Paula Guterres Corrêa, Suzane Katy Rocha Oliveira</p> <p><i>Universidade Ceuma - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma (CCA) é um tumor de ducto biliar que representa a segunda neoplasia maligna primária mais frequente na região hepato-biliar. Tem incidência de um ou dois casos por 100.000 pessoas nos EUA e representa cerca de 3% de todos os cânceres gastrointestinais no mundo. Pode originar-se no epitélio de qualquer parte da árvore biliar intra ou extra-hepática. É dividido conforme a sua localização, em intra-hepático, perihilar (tumor de Klatskin) e distal. Alguns potenciais fatores de risco para os CCM já foram estabelecidos: infecções parasitárias, colangite esclerosante primária, cistos dos ductos biliares, doença inflamatória intestinal, hepatite B e C, cirrose hepática, diabetes mellitus, obesidade, alcoolismo e tabagismo. A sua principal manifestação clínica é a icterícia, de caráter obstrutivo. Tem-se como objetivo relatar um caso incomum que mostra a necessidade de seguimento clínico de controle para melhor prognóstico do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 55 anos, procedente de Codó – MA, diabético, com história de dor em região epigástrica há mais ou menos 1 mês, associada a náuseas, colúria, prurido generalizado, inapetência e perda ponderal (21kg em 1 mês). Apresentou icterícia (4+/4+) e dor à palpação profunda em hipocôndrio direito (HD). Ausência de linfonodos palpáveis. Em exames laboratoriais evidenciou-se: leucocitose progressiva, CA 19.9 de 843, Fosfatase Alcalina 829 e Gama GT 2956, Bilirrubina Total 45 às custas de Bilirrubina Direta que permaneceram elevadas durante a internação hospitalar (3 meses). A Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome mostrava dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas com colédoco apresentando área amorfa em seu interior no terço médio, inespecífica e com reforço ao meio de contraste. Durante a segunda internação foi solicitada Colangiorressonância que mostrou massa bocelada 3,0 x 2,6 cm em terço proximal do hepatocolédoco com restrição à difusão, impregnando pelo contraste e com importante dilatação de vias biliares à montante, sugerindo neoplasia primária da via biliar. Hepatocolédoco 1,5cm de diâmetro. A TC de abdome na segunda internação mostrou: nódulo ovalar hipovascular medindo 12 x 1,7 cm, localizado abaixo da confluência dos ductos hepáticos; Fígado de contornos rombos e hepatimetria de 19,5cm. Foram evidenciadas: metástase intra-hepática e carcinomatose peritoneal; infiltrações hepáticas em segmentos IV e V, sendo retirado fragmento da lesão por biópsia hepática. O resultado da biópsia foi inconclusivo, sendo então solicitado o encaminhamento do material para a imunohistoquímica. O caso foi então avaliado como sem condição terapêutica cirúrgica. Paciente foi transferido para hospital de referência em câncer, para cuidados paliativos.</p> <p>DISCUSSÃO: Ressalta-se a necessidade de reconhecer as particularidades dessa patologia rara para obtenção de diagnóstico precoce, uma vez que o tratamento cirúrgico quando possível, pode oferecer maior sobrevida a longo prazo para esses pacientes.</p>	<p>PO 180-2</p> <p>SÍNDROME DE DODD-COCKETT, TROMBOSE VENOSA PROFUNDA AGUDA, TRATAMENTO ENDOVASCULAR RELATO DE CASO</p> <p>LIVILA MARA DA SILVA, ANDERSON LUBITO SIMONI, GABRIELA NASCIMENTO CRUZ, ANNA ANDREA DE PARE MENDES, FERNANDO LIMA TIAGO</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE UBERABA - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Dodd-cockett, consiste na compressão extrínseca da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita. Pela combinação da compressão e da vibração pulsátil da artéria sobre a veia, leva a lesão do endotélio podendo ocasionar trombose venosa profunda e graus variados de insuficiência venosa crônica, sendo prejudicial a qualidade de vida do paciente. Há uma predominância dessa afecção em mulheres jovens, entre a segunda e a quarta décadas de vida. Sabe-se que devido às complicações potenciais da síndrome, esta deve ser rapidamente diagnosticada e tratada, para evitar alterações irreversíveis no sistema venoso do paciente. A motivação desse relato de caso é demonstrar aspectos relacionados ao diagnóstico e conduta da paciente portadora da síndrome de Dood-cockett, submetida à angioplastia com implante de stent, apresentado resultados satisfatórios.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 24 anos, sexo feminino, procurou atendimento por apresentar quadro de dor e edema somente em membro inferior esquerdo, o caso de trombose venosa profunda aguda foi suspeitado pela epidemiologia e pela clínica. O estudo ultrassonográfico com doppler da veia femoral comum demonstrou alterações do fluxo quanto às velocidades. A síndrome foi confirmada através da realização da angiogramografia com fase venosa, nela foi evidenciado compressão da veia íliaca comum esquerda com sinais de trombose venosa em veia íliaca, femoral e poplítea à esquerda. A conduta foi seguida de tratamento com fibrinólise com RTPA em baixa dose associado a angioplastia com stent, tais procedimentos foram realizados 48 horas após início dos sintomas de dor e edema. No caso relatado obtivemos resultados satisfatórios com recanalização total do sistema venoso profundo, e não houve presença de hemorragia ou de embolia pulmonar. Paciente recebeu alta em uso de AAS e Clopidogrel, com orientações para uso de meia compressiva, exercícios físicos e cessar uso de anticoncepcional oral. Em seguimento sem novas queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Sabe-se que embora a terapêutica anticoagulante isolada, anteriormente difundida, previna a propagação do trombo, ela não elimina os trombos existentes nem a compressão extrínseca. Dessa forma, o paciente ainda pode apresentar as complicações relacionadas à síndrome pós trombótica e à recorrência da trombose. O tratamento endovascular com a associação de fibrinólise à angioplastia é eficaz, melhora de forma significativa os sintomas do paciente e permite a recanalização do sistema venoso. Dessa forma, previne o desenvolvimento de complicações tardias como a síndrome pós trombótica, além de reduzir o período de internação hospitalar, podendo substituir a reconstrução cirúrgica de forma aberta. De fato, o tratamento endovascular da compressão íliaca, com ou sem trombose associada, vem se consolidando como opção terapêutica de escolha, mas ainda assim o tratamento deve ser individualizado, buscando a melhor opção dentro dos aspectos individuais e do quadro clínico de cada paciente.</p>

PO 180-3	PO 181-1
<p>TRAUMA HEPATICO COMPLEXO - UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA: RELATO DE CASO</p> <p>Ketlen Gomes da Costa, Messias Froes da Silva Júnior, Frank Pinheiro Pessoa de Macedo, Heria Terezinha Rodrigues Brito Froes, Juan Eduardo Rios Rodriguez, Lizianny Emanuely Oliveira Dias, Amanda Campos Correia, Emerson Oliveira Lise</p> <p><i>Instituto de Cirurgia do Estado do Amazonas (ICEA) - Manaus - Amazonas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A violência é característica da sociedade brasileira atual. Como cirurgiões estão intimamente ligados ao atendimento de traumas, estes são os que mais veem a frequência de casos de ferimentos causados por armas. Um dos mais difíceis, tanto de tratamento, quanto de ocorrência, é a lesão hepática, muito comum após traumas contusos e penetrantes. A maioria das lesões são pequenas, requerem mínima intervenção e têm excelente prognóstico. Lesões hepáticas graves ocorrem menos frequentemente, porém têm altas taxas de mortalidade. A complicação mais importante que pode ocorrer na lesão grave do fígado é a hemorragia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino de 62 anos, é trazida pela equipe do SAMU ao pronto-socorro referência da cidade de Manaus, com história de trauma penetrante por arma de fogo, estável hemodinamicamente. Foi realizada tomografia de abdômen, mas evoluiu para instabilidade hemodinâmica durante exame. Imediatamente, foi submetida a laparotomia exploradora sendo evidenciada coleção sanguínea de grande volume em cavidade abdominal, lesão hepática grau IV, comprometendo segmentos V, VI e VII associada a lesão diafragmática. Procedido a luxação hepática com secção de ligamento coronário hepático direito, mantida compressão hepática enquanto era realizada frenorráfia com seda 0, seguida de fixação com tela de marlex ao diafragma e fásia de gerota. Foram posicionadas 3 placas de gelfoam sobre lesões hepáticas. Procedido envelopamento de lobo hepático direito com tela de marlex fixada. Realizada abertura de janela para acessar vesícula biliar. Procedido patch com omento maior no espaço de Morrison e outro patch omental entre diafragma e fígado para evitar aderências. Inserido dreno de Watterman antes de revisão hemostática. Admitida em U.T.I. após procedimento, evoluindo com pneumotórax e necessitando de drenagem de tórax poucas horas após cirurgia. Evoluiu satisfatoriamente nos cuidados de terapia intensiva, sem intercorrências, tendo alta sete dias depois.</p> <p>DISCUSSÃO: Armas de fogo devido à alta energia cinética e fenômeno de cavitação, ao atingirem vísceras maciças, ocasionam lesões complexas como a do caso apresentado. Que mesmo comprometendo apenas um lobo hepático, houve ferimentos em múltiplos segmentos e em diafragma. O empacotamento do fígado é um dos métodos mais eficazes no controle da hemorragia hepática. O uso de Tela para empacotamentos de vísceras maciças é uma realidade nos centros de Trauma. A técnica de envelopamento apresentada neste relato de caso incluiu a utilização de uma tela sintética de Marlex em conjunto ao agente hemostático com fixação em cúpula diafragmática e fásia de Gerota, com a elaboração final de patch de omento. Diagnóstico precoce e controle vascular das lesões hepáticas deve permitir tratamento eficaz e definitivo em pacientes hipotensos. O uso de tela no tratamento de lesões esplênicas complexas incentivou a utilizarmos deste artifício no lobo hepático direito do fígado, devidamente recoberta com omento para evitar aderências.</p>	<p>ATUALIZAÇÃO AMPLA EM NEOPLASIA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>Carolline Damas de Andrade Oliveira, Gabriella Fernandes Trindade, Silas Fernandes Cunha Junior, Ellen Cristine Pacheco Ramos, João Paulo Santos Tenório, Vitor Vinicius Queiroz de Sousa, Karolline Evangelista Souza, Natascha Mourão Moreira</p> <p><i>Uniceplac - gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neoplasia de vesícula biliar é uma doença relativamente rara, apesar de ser o tumor mais frequente do trato biliar e o quinto mais frequente do trato gastrointestinal. A sua maior incidência é em mulheres acima dos 65 anos. Entre os tipos de neoplasias de vesícula o adenocarcinoma de vesícula biliar é uma das neoplasias mais agressivas. Possui evolução silenciosa e, normalmente, só apresenta sintomas quando já se encontra em estágios avançados, configurando um prognóstico ruim na maioria dos casos. O diagnóstico pode ser feito por exames de imagem, mas a confirmação é realizada pelo exame anatomopatológico da peça extirpada. Alguns marcadores tumorais podem auxiliar no seguimento e prognóstico. A ressecção cirúrgica radical com margens livres é o único tratamento curativo, sobretudo em etapas iniciais, já que muitas vezes essa enfermidade se apresenta como um achado em uma colecistectomia por colelitíase.</p> <p>RELATO DE CASO: SPA, 52 anos, feminino, chega ao pronto atendimento do sistema público de Brasília queixando-se de dor em hipocôndrio direito não irradiada para outras áreas e epigastria com quadro dispéptico, referia náuseas e vômitos, negava sinais de colestase e febre. Aos exames laboratoriais: ausência de leucocitose, bilirrubinas totais normais, FAL e GGT aumentados. E assistida sintomaticamente por não apresentar nenhuma alteração que torne seu quadro de urgência. Retornou ao pronto atendimento por diversas durante 2 meses e realizou os seguintes exames de imagem: ultrassom de abdome total apresentando vesícula biliar tóxica, de paredes espessadas e irregulares, com cálculos no seu interior medindo 5 mm de diâmetro médio; colangiorreossônancia evidenciando vesícula biliar com forma e dimensões normais, com evidências de micro cálculos no seu interior. Com o resultado dos exames e quadro clínico insidioso foi indicado a realização da colecistectomia. Na cirurgia evidenciou vesícula biliar tóxica, pouco túrgida, bloqueada por epíplon, sem aspecto inflamatório agudo. Palpado vários cálculos em corpo de vesícula e em cístico. Ao anatomopatológico da paciente foi evidenciado adenocarcinoma bem diferenciado, infiltrativo. Com nível de extensão microscópica invasiva até o tecido conectivo subseroso, ao estadiamento patológico: pT2, pNx, pMx. Paciente evoluiu estável no pós-operatório recebendo alta no 1º DPO com orientações clínicas e retorno ao ambulatório de cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores malignos da via biliar representam um desafio tanto para o diagnóstico precoce quanto para o tratamento em estágios avançados. O diagnóstico definitivo atualmente se baseia no anatomopatológico. Entretanto tem-se percebido um desenvolvimento cada vez maior no que se refere as técnicas de diagnóstico, no entanto essa detecção precoce ainda é difícil e extremamente limitada. O tratamento é cirúrgico na tentativa de ressecção total da área comprometida atualmente existem poucas técnicas para melhorar o prognóstico do paciente.</p>
<p>PO 181-2</p> <p>TRATAMENTO DE MAL-FORMAÇÃO CONGENITA POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA DE POLIDOCANOL GUIADA POR ULTRASSOM</p> <p>ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, AUGUSTO CÉSAR LACERDA BRASILEIRO, PEDRO HENRIQUE CARNEIRO DA CUNHA FLORÊNCIO, SELDA RAFAELA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE) - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Atualmente, as lesões vasculares congênitas classificam-se em tumores e mal-formações, considerando-se como tumores quando há proliferação celular e como malformações quando ocorre erro na morfogênese. As malformações vasculares estão presentes ao nascimento em 90% dos casos, com incidência semelhante em ambos os sexos. Em geral, não envolvem espontaneamente e desenvolvem-se proporcionalmente ao crescimento da criança. São classificadas de acordo com a natureza dos vasos envolvidos em: capilares, arteriais, venosas e linfáticas.</p> <p>RELATO DE CASO: Menina, 10 anos, apresenta tumoração em região dorsal do pé esquerdo percebida pelos pais a partir do terceiro mês de vida. Nos últimos três anos, observou-se aumento importante da massa, com a criança referindo dor no momento do atendimento. No exame físico, visualizamos veias dilatadas na região e lesão de consistência amolecida, sem frêmito e com pulsos preservados. Eco-Doppler mostrou dilatação venosa com fluxo de baixa velocidade e baixa resistência, compatível com mal-formação vascular do tipo venosa. Optamos por realizar o tratamento com escleroterapia através da espuma de polidocanol ecoguiada em três sessões com intervalo de 10 dias entre elas. A paciente apresentou boa tolerância ao procedimento (não houve necessidade de anestesia), e regressão completa da lesão do ponto de vista clínico e ultrassonográfico. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial semestral.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre as opções de tratamento para as mal-formações vasculares do tipo venosa, a escleroterapia com espuma de polidocanol ecoguiada tem se tornado uma opção importante, tendo em vista a eficácia, a boa tolerância do paciente e o baixo custo.</p>	<p>PO 181-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA POS TRAUMÁTICA: UM DESAFIO DIAGNOSTICO</p> <p>Manuela Thays Silva Fonseca, Camila Valadares Santana Recch, Daniella Silva Mena, Andria Paula Gomes Pereira, Mylena Thayná Silva Alves, Isabella Cristina Borges Pio, Victor Franco de Azevedo Silva, Victor Lemos Gimenes</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica diante de lesão do diafragma procedente de um trauma da transição toracoabdominal. Os órgãos abdominais frequentemente herniados através do defeito diafragmático são: estômago, omento, cólons e fígado. HDT é uma rara e potencialmente fatal complicação dos traumas penetrantes ou contusos. Seu diagnóstico permanece um desafio devido à pouca e inespecífica sintomatologia, somada a uma baixa sensibilidade da radiografia simples do abdome. Desta forma, relata-se um caso ocorrido há 4 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: E.N.R, sexo masculino, 26 anos, chegou ao pronto socorro com abdominalgia intensa e progressiva iniciada na noite anterior, associada à náuseas, vômitos e hiporexia. No exame físico, regular estado geral, hemodinamicamente estável, Glasgow 15, desidratado +2/4, apresentava abdome em tábua, doloroso à palpação difusamente com piora em região epigástrica, na ausculta havia murmúrio vesicular abolido no hemitórax esquerdo. Foi realizada uma radiografia de tórax com imagem de conteúdo abdominal invadindo cavidade torácica à esquerda com compressão pulmonar e desvio mediastinal. Pediu-se uma tomografia computadorizada de abdome com contraste, sem laudo, com imagem de alças intestinais ocupando 2/3 da cavidade torácica e falha diafragmática. Encaminhado ao centro cirúrgico para realização de laparotomia exploradora. No 1º tempo cirúrgico, foi encontrada hérnia diafragmática encarcerada, pouca quantidade de secreção sero-sanguinolenta e lesão diafragmática à esquerda de aproximadamente 7cm. Na cavidade torácica continha: baço e estômago de tamanhos aumentados, seguimento de delgado, ângulo esplênico do cólon e presença de conteúdo de aspecto gelatinoso. Realizada, portanto, uma interiorização manual do baço, do estômago, do delgado, do cólon em sua porção da flexura esplênica e frenorráfia com pontos em "x" e fio inabsorvível. Posicionado dreno túbulo-laminar em loja esplênica, exteriorizado em flanco esquerdo e feita uma toracostomia em selo d'água no 2º tempo. Paciente foi admitido pela UTI e no 8º dia pós operatório com melhora do quadro, foi dada alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Ambrose Paré, em 1579, descreveu as três fases de apresentação da HDT em: fase aguda quando a lesão é identificada e tratada logo após o trauma; fase de intervalo, em que o paciente pode apresentar sintomas gastrointestinais ou respiratórios, meses ou anos depois; e fase crônica, caracterizada por obstrução e/ou estrangulamento de vísceras ocas. Diante do exposto, o paciente se classifica na fase crônica. Complicações de conteúdo herniado aumentam dramaticamente a mortalidade podendo chegar a 88%, tornando-se um grande desafio de diagnóstico precoce devido a não especificidade dos sintomas como náuseas e distensão abdominal. Apesar do mau prognóstico, a conduta do caso descrito foi essencial para seu sucesso.</p>

PO 182-2	PO 183-2
<p>Rabdomiólise após trauma vascular fechado de Membro Inferior Direito.</p> <p>MARIA GABRIELA MONTEIRO, YAGO FELIPE GENTIL, WEI TSU HAVIM CHANG, DÉNISSON GUEDES PONTES, NILTON RICARDO NASCIMENTO</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - MANAUS - Amazonas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões nas extremidades do esqueleto variam desde deformidades grosseiras até lesões mais discretas. A intervenção precoce em alguns casos de danos de tecidos moles e vasculares é determinante para garantir o salvamento da extremidade afetada e, os melhores resultados funcionais para o paciente. O termo rabdomiólise tem sido designado a uma situação clínica decorrente da degeneração de células musculares estriadas, que leva a liberação de material tóxico intracelular, como mioglobinas, eletrólitos e enzimas musculares, principalmente enzima creatinofosquinase (CPK) na corrente sanguínea. Causas frequentes de rabdomiólise incluem as de origem traumática causada por compressão, lesão vascular, queimaduras e outros. Essa síndrome é causada por mialgia, fraqueza muscular, edema e mioglobinúria. A manifestação clínica podem apresentar efeitos locais pela compressão de músculos, vasos e nervos de origem primária e/ou efeitos sistêmicos relacionados à diminuição de volume intravascular, desequilíbrio eletrolítico e lesão renal. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma vítima de atropelamento, que apresentou trauma em MMID direito, apresentando fratura de fêmur e lesão de artéria poplítea, evoluindo com síndrome compartimental, rabdomiólise e IRA dialítica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 18 anos, vítima de atropelamento, deu entrada no PS através do SAMU, com imobilização padrão, primeira avaliação pela cirurgia geral apresentava deformidade em joelho D, vias aéreas pérvias sem cervicalgia, tórax e abdômen sem alterações, estável, sem perda de consciência e ECG 15. Solicitado avaliação ortopédica, paciente apresentava fratura de fêmur. Solicitado avaliação da cirurgia vascular após 8 horas do trauma, paciente apresentava lesão de artéria poplítea. Depois de realizado fixação de fêmur, arteriografia, exploração vascular de MMID (laceração de artéria poplítea e lesão puntiforme em veia poplítea com rafia da veia poplítea e revascularização com ponte de enxerto de safena magna esquerda) e fasciotomia da perna direita paciente evoluiu com rabdomiólise e IRA dialítica no 10º dia pós operatório. Exames complementares foram solicitados durante a internação sendo evidenciado aumento exagerado do nível de enzima CPK o qual atingiu valores próximos de 7000U/L, apresentava alterações nos níveis de uréia 255.6 e creatinina 6.76, indicando insuficiência renal. Paciente foi internado em UTI e começou a realizar diálise.</p> <p>DISCUSSÃO: A descrição deste caso ilustra a necessidade de uma equipe multidisciplinar bem treinada para diagnóstico, tratamento e reabilitação precoce. Este é um caso em que o paciente sofreu um trauma de alta energia associado ao tempo de atendimento, o que nos sugere a ocorrência de pressão contínua prolongada sobre o membro inferior direito. Este é um caso em que o paciente sofreu um trauma de alta energia associado ao tempo de atendimento, o que nos sugere a ocorrência de pressão contínua prolongada sobre o membro inferior direito.</p>	<p>TRATAMENTO DE VARIZES CALIBROSAS COM ESPUMA: UM RELATO DE CASO</p> <p>ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, AUGUSTO CESAR LACERDA BRASILEIRO, ANDREZZA MARIA DIAZ ARARUNA, ONÉLIA MARIA SETUBAL ROCHA DE QUEIROGA, WILSON DANTAS PEDROSA NETO, ALBERO FERREIRA DE MORAIS FRANÇA, ALDO GUEDES BEZERRA NETO, FRANCISCO DE ASSIS SILVA SEGUNDO</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As varizes surgem devido à insuficiência das válvulas venosas, tendo como consequência estase sanguínea e aumento da pressão desse sistema. Há maior risco em mulheres, multiparas, obesas, usuárias de anticoncepcionais, ortostatismo prolongado e predisposição familiar. Além do incomodo estético, causam dor, edema, sensação de peso nas pernas, lesões cutâneas. A classificação das varizes é realizada através do CEAP, cujos critérios são a Clínica (C), Etiologia (E), Anatomia (A) e a Patofisiologia (P). A partir do CEAP 2, o tratamento é majoritariamente cirúrgico, entretanto, existem outras opções terapêuticas disponíveis, como laser, radiofrequência e escleroterapia. A escleroterapia consiste na eliminação das veias varicosas através da aplicação de uma substância esclerosante no lúmen da veia. Um desses agentes pode ser a espuma de polidocanol. A oclusão é consequência da inflamação do endotélio causada pela substância, que transforma a veia em um cordão fibroso e esclerosado. Trata-se de um procedimento seguro, eficaz, com baixos índices de complicações, além de ser relativamente barato, minimamente invasivo, podendo ser repetido em casos recorrentes, tendo resultados semelhantes aos cirúrgicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 78 anos, aposentada, refere veias varicosas no membro inferior direito há vários anos. No exame físico foi observada a presença de varizes de grosso calibre na região anterolateral da coxa direita. Ecodoppler mostrou refluxo no terço proximal da safena interna sendo drenada para tributárias insuficientes na coxa. Optou-se pela realização do tratamento com escleroterapia através da espuma de polidocanol ecoguiada em três sessões com intervalo de 10 dias entre elas. A paciente apresentou boa tolerância ao procedimento (não houve necessidade de anestesia).</p> <p>DISCUSSÃO: A escleroterapia com espuma age ocluindo as veias superficiais incompetentes, removendo pontos de hipertensão venosa, favorecendo a cicatrização de lesões de etiologia venosa. O contato direto do esclerosante com o endotélio venoso inicia um processo de lesão contígua da parede venosa. Taxas de complicações de esclerose líquida ou espuma foram documentadas em vários estudos. A passagem do esclerosante para o sistema venoso profundo, mesmo quando usadas pequenas doses, é comum. Já realizou uma metanálise de 69 artigos com IVC tratados com escleroterapia com espuma. Observou-se uma taxa de efeitos secundários graves entre 0 e 5,7%, com 1 caso de embolia pulmonar em uma série de 1.316 pacientes tratados com um percentual de trombose venosa profunda entre 0,1 e 18%. Contudo, as desvantagens da técnica apresentam índices baixos quando comparados às técnicas convencionais. Podemos concluir que a esclerose com espuma é efetiva e apresenta altas taxas de correção de veias muito dilatadas, com baixos índices de complicações no tratamento de pacientes com insuficiência venosa crônica grave.</p>

PO 183-3	PO 184-2
<p>FERIMENTO TORACOABDOMINAL POR ARMA BRANCA COM LESAO NA AREA DE PERICULOSIDADE DE ZIEDLER.</p> <p>Júlio Luiz Araújo Silva Júnior, Pedro Augusto Oliveira Paiva, Valdilson Sérgio Tunes Vieira</p> <p><i>UnIFG - Guanambi - Bahia – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. Esses ferimentos acometem mais frequentemente o fígado (40%), intestino delgado (30%), diafragma (20%) e cólon (15%). Já o trauma torácico é responsável por 20 a 25% das mortes no trauma. A principal causa de traumatismo torácico penetrante é o ferimento por arma de fogo e por arma branca. Nesse tipo de trauma, 80% de todas as lesões encontram-se na Zona de Periculosidade de Ziedler, onde as estruturas mais comumente atingidas são o ventrículo direito (50 a 60%), o ventrículo esquerdo (20 a 30%), átrio direito (5 a 10%) e vasos intrapericárdicos (5 a 10%).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 32 anos, previamente hígido, deu entrada no pronto socorro com quadro de choque e relato de ferimentos por arma branca em região xifóide e flanco esquerdo. Apresentava cianose em face e pescoço, além de turgência jugular, o que sinalizou tamponamento cardíaco. Diante do quadro, foi levado em caráter de urgência ao centro cirúrgico, onde foi realizada toracotomia esquerda e laparotomia exploradoras. Na primeira foi encontrado hemitórax volumoso, lesão do saco pericárdico, tamponamento cardíaco com muitos coágulos, coração com sinais de fibrilação ventricular, lesão cardíaca em ventrículo direito (cerca de 1,5cm). Durante esse procedimento foram feitas manobras de ressuscitação cardíaca com sucesso. Foi realizada aspiração do hemitórax, abertura do pericárdio com rafia da lesão com prolene 2-0 em pontos separados, limpeza da cavidade torácica e drenagem em selo d'água. À laparotomia, revelou quatro lesões em alça de jejuno e lesão da parede abdominal em flanco esquerdo. Durante o ato operatório evidenciou-se pequena quantidade de sangue em cavidade abdominal. No abdome foi feita rafia em dois planos das alças intestinais e rafia da lesão de parede abdominal. Paciente foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva e evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O ventrículo direito é mais comumente lesado por arma branca, já que esta câmara se localiza na face anterior do tórax, próximo à parede, sendo susceptível a ataques frontais com instrumentos de baixo poder de penetração. Define-se como área de maior risco a vida a região limitada por quatro linhas: linha paraesternal direita, linha horizontal que passa pelo manúbrio esternal, linha horizontal que passa pelo rebordo costal da décima costela e linha axilar anterior, denominada Zona de Periculosidade de Ziedler, a qual foi um dos locais de lesão do paciente relatado.</p>	<p>TRAUMA TORÁCICO COM EMBALIA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO</p> <p>TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, LUIZ ROBERTO OLIVEIRA JUNQUEIRA NETO, HELOISY MOREIRA SCALABRINI, LEOLÍDIO VITOR PEREIRA, MURILO LACERDA BAPTISTA</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - Goiânia - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Trauma torácico constitui um problema de saúde pública, sendo uma causa importante de morbimortalidade e destaca-se não só pela sua elevada incidência, mas também pelo aumento da gravidade das lesões associadas. Os ferimentos por projétil de arma de fogo (PAF) são um dos responsáveis pelo aumento da morbimortalidade dessas, principalmente quando associado a lesões cardíacas. Podendo haver embolização na corrente sanguínea, complicação rara, porém grave. Atualmente trata-se de um problema de relevância, e, por isso, justifica-se a realização deste trabalho, que tem como objetivo relatar um caso raro de trauma cardíaco penetrante com embolia para membro inferior direito.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de uma paciente jovem, vítima de ferimento penetrante de tórax por arma de fogo e lesão em hemitórax esquerdo que evoluiu com embolia do projétil para a Artéria Iliaca Comum Direita, sendo operada com sucesso em nossa instituição. Paciente admitida com estabilidade hemodinâmica e hemitórax, visualizado em radiografia na Unidade de Origem. Inicialmente, realizou-se tomografia computadorizada (TC) de tórax e Ecocardiograma Transtorácico sendo evidenciado derrame pleural e derrame pericárdico discreto com ausência de sinais de tamponamento cardíaco e projétil localizado em projeção do Ventrículo Esquerdo, sendo mantida em observação e descartado procedimento cirúrgico devido à ausência de sangramento cardíaco ativo. Paciente evoluiu, após 12 horas, com queixa de dor em membro inferior direito (MID) e sinais de insuficiência arterial. Realizada angiogramia, evidenciou-se presença de projétil em artéria iliaca comum direita. O tratamento ocorreu com emblectomia femoral direita tracionando o objeto até exteriorização do mesmo. Paciente evoluiu com reperusão do membro imediata e ausência de sinais de hemitórax e de derrame pericárdico pela TC após 7 dias, e a Ressonância Magnética evidenciou apenas discreta hipocinesia do Ventrículo Esquerdo, descartando a necessidade de intervenção cirúrgica no coração, com alta hospitalar após trinta e quatro dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Embolia é uma complicação rara causada por ferimentos de arma de fogo e ocorre quando projéteis adentram na circulação sanguínea e migram se alojando em áreas de bifurcação. Sua suspeição pode ser o resultado de imagens radiológicas seriadas demonstrando movimentação do corpo estranho. Embolizações por PAF no sistema arterial frequentemente são sintomáticas por levarem à isquemia crítica do membro; por isso, seu diagnóstico é precoce. No caso relatado, observamos sintomatologia isquêmica em MID após 12 horas do trauma. O manejo é ditado pela sua localização anômica, pelo tempo da sua descoberta e pela presença ou ausência de sintomatologia. As possibilidades de tratamento intervencionista variam entre técnicas cirúrgicas abertas, endovasculares e híbridas, sendo que os métodos endovasculares se difundiram e se tornaram preferência no tratamento desta afecção.</p>

PO 184-3	PO 185-2
<p>HEMOCOLECISTE POS TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE COMO CAUSA DE COLECISTITE TARDIA: RELATO DE CASO</p> <p>Tarcísio Versiani Azevedo Filho, Domingos André Fernandes Drumond, Rodrigo Marques Oliveira, Sizenando Vieira Starling, Felipe Yoshio Tagamori, Gabriel Martin Lauar, Bruno Silva Borsato, Jordânia Alkmim Jordão</p> <p><i>HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO JOÃO XXIII - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hemobilia pode ser definida como a presença de sangue na árvore biliar decorrente da comunicação anormal entre um vaso sanguíneo e um ducto biliar. Aparece, em geral, relacionada a um trauma e lesões iatrogênicas do fígado ou da árvore biliar (40%-60% dos casos). Causas menos comuns correspondem aos cálculos biliares, tumores, doenças inflamatórias ou vasculares. A apresentação clínica clássica (22% dos casos) envolve icterícia, hemorragia digestiva alta e dor abdominal. Este estudo descreve um caso de trauma abdominal penetrante por arma de fogo que evoluiu com hemocolecisto, cursando com colecistite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente C.P.S, 43 anos, sexo masculino, vítima de trauma abdominal por arma de fogo. Relatório médico referia admissão em serviço de origem com estabilidade hemodinâmica e paraplegia. Laparotomia exploradora com descrição de lesão hepática - drenada com uso de penrose -, sendo transferido ao HJXXIII no 9º DPO. Submetido a exame tomográfico de abdome e pelve, evidenciando lesão hepática (GIII) em Segmento V, próxima à parede posterior da vesícula biliar. Fratura da 10ª vértebra torácica com fragmentos metálicos no interior do canal medular. Cinquenta e oito dias após o trauma, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito. Tomografia de abdome mostrou uma coleção hepática no segmento V, com possível comunicação com a vesícula biliar que apresentava-se com a parede espessada. Ultrassonografia do abdome confirmou o espessamento na parede vesicular, destacando o conteúdo hiperecogênico no interior (provável lama biliar ou sangue) e área mal delimitada em segmento hepático V, sugestiva de hematoma intra-hepático. Exames laboratoriais apresentavam-se com leucocitose, PCR elevado e bilirrubinas normais. Considerando o diagnóstico de colecistite aguda, foi indicada a colecistectomia. O achado cirúrgico consistiu em uma vesícula biliar com conteúdo hemático espesso em seu interior, sem evidências de litíase.</p> <p>DISCUSSÃO: É interessante observar que a proximidade entre a lesão traumática e a parede posterior da vesícula biliar resultou em um hemocolecisto tardio. O sangue - juntamente à bile - levou à obstrução do ducto cístico, resultando na colecistite aguda. Não foi observado sangue na via biliar principal e, conseqüentemente, a icterícia e a hemorragia digestiva alta não fizeram parte das manifestações clínicas. O tratamento da colecistite aguda devido ao hemocolecisto é cirúrgico, seja pela videolaparoscopia ou laparotomia. A vesícula biliar repleta de sangue e/ou coágulos deve ser ressecada, pois, o sangue coagulado funciona aos moldes do cálculo biliar, sendo o responsável pela fisiopatologia da inflamação vesicular, como foi relatado no caso descrito.</p>	<p>USO DE ESTRATEGIA HIBRIDA ASSOCIADA A ROTAÇÃO DE SOLEO PARA COBERTURA DE LESAO ISQUEMICA MAIOR EM REGIAO TIBIAL</p> <p>Antônio Filipe Neto, Edson Gonçalves Ferreira Júnior, Larissa de Melo Freire Gouveia Silveira, Daniel Hirochi Sukeda, Karen Ruggeri Saad, Paulo Fernandes Saad</p> <p><i>Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) apresenta alta morbidade quando desenvolve lesões isquêmicas. Estratégias de tratamento incluem manejo conservador da ferida, revascularização, procedimentos endovasculares e amputação. Transferência de tecido livre (TTL) por microcirurgia tem possibilitado a cobertura de lesões complexas, evitando a amputação e reduzindo morbidade. Essa técnica pode dar abertura para outras formas de retalho muscular para recuperar lesões isquêmicas, baseado em mecanismo similar.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 69 anos, hipertenso e tabagista, admitido com dor na perna direita há 6 meses. Exame físico mostrou lesão extensa na face anterolateral da perna direita, com exposição óssea e secreção purulenta, ausência do pulso femoral direito e índice de pressão tornozelo-braquial de 0,39. A angiografia revelou oclusão parcial das artérias ilíaca externa direita e poplítea direita, confirmando o diagnóstico de DAOP. Foi realizada estratégia híbrida, com angioplastia e stent do segmento aorto-ilíaco associados a um bypass femoropoplíteo infragenicular com veia safena reversa. Na seqüência, foram realizados amplo desbridamento seguido de trepanação óssea, rotação do músculo sóleo e enxerto de pele, totalizando 4 procedimentos cirúrgicos e 47 dias de internação. A rotação muscular foi realizada liberando o componente tendíneo, permitindo sua rotação sobre a lesão óssea. Todos os procedimentos foram realizados pela equipe de cirurgia vascular, pois não era um retalho de músculo livre e não necessitava de microcirurgia. Não houve intercorrências no pós-operatório e o fechamento completo da ferida ocorreu em 60 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Isquemia crítica de membro (ICM) é uma síndrome clínica de fase avançada da DAOP (classificação de Rutherford 4-6). Quando há extensa perda de tecido, exposição de ossos e tendões ou grandes defeitos após desbridamento, revascularização isolada pode não ser suficiente para curar a ferida. Neste caso, a lesão foi classificada como Rutherford 6, que, de outra forma, teria sofrido uma grande amputação. No entanto, a equipe médica optou por tentativa de salvamento do membro. A estratégia combinada com revascularização arterial e TTL deve ser considerada em pacientes com ICM com ossos e tendões expostos. Múltiplas opções de retalho muscular estão disponíveis para essa técnica, como reto abdominal, latíssimo do dorso e radial, e até mesmo omento. Devido à técnica microcirúrgica oferecida pelos cirurgiões plásticos na TTL, a colaboração entre as duas especialidades é essencial. No entanto, baseado no mecanismo da TTL de neoangiogênese e granulação tecidual na área isquêmica de sua implantação, a equipe de cirurgia vascular optou por realizar rotação de sóleo para cobrir a lesão isquêmica maior do paciente. As rotações musculares de sóleo e gastrocnêmio associadas aos enxertos de pele são procedimentos seguros e tecnicamente mais simples, que também podem ser realizados por cirurgiões vasculares, aumentando as taxas de salvamento do membro.</p>
<p>PO 186-1</p> <p>EMPIEMA DE VESÍCULA BILIAR ASSOCIADO A NECROSE E HERNIA DOMICILIADA COM OBSTRUÇÃO POR ADERÊNCIAS: UM RELATO DE CASO</p> <p>Francisco Daniel Nunes Cruz, LUAN MATHUES RODRIGUES SOUSA, Artur Neves Cardoso, MATHEUS ALVES NUNES DE CARVALHO, JOSE ADERVAL ARAGÃO, JOÃO VITOR SANTANA SOUZA, Sidney Mendes da Igreja Junior, Otávio Santiago Rocha</p> <p><i>UMIT - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O empiema de vesícula biliar é uma complicação de ocorrências agravadas de casos de colecistite aguda, que apresenta baixa incidência e mau prognóstico. Tal relato foi proposto pela raridade e risco associado ao caso, uma vez que tais ocorrências estão presentes em apenas 5% dos casos de colecistite aguda, e quando aliado a fatores como faixa etária maior que 63 anos, comorbidades como diabetes e hipertensão, aumento do tempo de detecção, outros distúrbios associados e imunossupressão contribuem com maior letalidade, além disso a relação com os outros achados patológicos, hérnia com perda de domicílio e obstrução por aderências, torna ainda mais raro o quadro clínico da mesma</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 75 anos, moradora de Pedrinhas/SE. Admissão no dia 05/08/18, no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), transferida do Hospital Regional Dr. Jessé Fontes, em Estância/SE, com justificativa de necessidade de vaga de UTI após procedimento por conta das comorbidades da paciente, com história de obstrução intestinal e constipação há uma semana; relatando ainda episódios de êmese e perda da eliminação de flatos durante o período. Ao exame físico: REG, LOTE, afébril, descorada (+/+), Saturação O2: 89%. Abdome globoso, timpânico, e doloroso à palpação. Ademais, Conduta (05/08): prescrição com reposição volêmica e leve analgesia, foi solicitado TC e US abdominais. Continuando o acompanhamento: na mesma data, a US mostrou espessamento de parede de vesícula e a TC hérnia com perda de domicílio e um ponto de obstrução possivelmente ligado a aderências por conta da cirurgia prévia, sendo indicada cirurgia para resolução. Procedimento cirúrgico: laparotomia exploratória + colecistectomia + colocação de drenos penrose bilateralmente no abdome + secção das bridas, sob anestesia geral, durante o ato cirúrgico, se observou empiema de vesícula biliar com ampla necrose, sem outras intercorrências. Após o procedimento, a peça da vesícula foi encaminhada para exames anatomopatológicos. A paciente foi encaminhada para a UTI após a cirurgia com lenta evolução, sem saída se secreções pelo dreno e tentativas falhas de desmame respiratório vindo a óbito no 15º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O procedimento realizado foi de acordo com o que está explícito na literatura médica atual, visto que a não era possível a reversão de maneira conservadora, uma vez que o empiema + necrose da vesícula, relacionado ao quadro de obstrução poderiam levar a paciente a um estágio de sepse com foco abdominal, sendo assim necessária a urgência cirúrgica. Nessa paciente, seria ainda indicada cirurgia com a realização de hernioplastia umbilical, porém tal indicação não foi possível por conta da redução das bordas do saco herniário (hérnia domiciliada), algo que potencialmente causaria encarceramento ou estrangulamento adjacente.</p>	<p>PO 186-3</p> <p>TRATAMENTO POR TORACOSCOPIA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA NO TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BRANCA</p> <p>Gabriel Martin Lauar, Ricardo Freitas Ramos, Tarcísio Versiani de Azevedo Filho, Domingos André Fernandes Drumond, Sizenando Vieira Starling, Leonardo Cruz Peixoto, Larissa Figueiredo Vieira, Diego Pereira Zille</p> <p><i>Hospital João XXIII - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática consiste na evisceração de conteúdo abdominal para a cavidade torácica através de uma lesão diafragmática. Nos casos de ferimentos penetrantes, cerca de 66% dos pacientes com trauma diafragmático têm lesões associadas, mais comumente pulmão e pleura, resultando em hemotórax ou pneumotórax. O diagnóstico se baseia no mecanismo de trauma, tanto para ferimentos contusos quanto penetrantes, sendo necessário um alto índice de suspeita. O quadro clínico pode ainda se manifestar de forma pouco específica, assim como os sinais radiográficos, o que pode contribuir para um diagnóstico tardio ou incorreto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.N.S, 45a, sexo masculino, vítima de traumapenetrante por arma branca com ferimentos de 2cm em região paravertebral direita e de 1,5cm em região paravertebralesquerda. Admitido no Hospital João XXIII estável hemodinamicamente, sendo submetido a radiografia de tórax, com visualização de hipotransparência em hemitórax esquerdo. Extensão propedêutica com tomografia computadorizada, com identificação de hemotórax moderado a esquerda, associado a fratura de 10º arco costal esquerdo, lesão renal a esquerda GIII sem blush de contraste e hérnia diafragmática a esquerda, com insinuação de gordura perirrenal. Paciente inicialmente submetido a toracostomia com drenagem pleural fechada à esquerda, com débito imediato de 450mL de secreção hemática. Conduzido 3h depois ao bloco cirúrgico para realização de toracoscopia à esquerda. À inspeção da cavidade torácica, observada presença de coágulos e de hérnia diafragmática à esquerda com insinuação de gordura perirrenal por orifício de cerca de 1,5cm. Procedida redução do conteúdo herniário e rafia da lesão diafragmática com seda 2.0 mediante incisão em transição toraco-abdominal esquerda e visualização videotoracoscópica. Após lavagem da cavidade torácica com soro fisiológico aquecido, foi posicionado dreno tubular nº 34, sob visão. Paciente apresentou boa evolução, com critérios de retirada do dreno tubular no 4º DPO e alta hospitalar no 5º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Casos selecionados e bem estudados que possam ser manejados sem necessidade de laparotomia podem se beneficiar de abordagens menos invasivas para o tratamento das hérnias diafragmáticas. A carência de trabalhos com definições bem documentadas de taxas de complicações e dificuldades relacionadas a cada abordagem dificulta a definição de uma conduta ideal. A favor do uso da toracoscopia como procedimento de escolha, pode-se citar: a necessidade, via de regra, de colocação de dreno pleural nas lesões diafragmáticas, com possibilidade de posicionamento do dreno através de uma das incisões cirúrgicas; avaliação de possíveis lesões intratorácicas; possibilidade de evacuar coágulos intratorácicos, minimizando as chances de ocorrência de hemotórax retido e suas abordagens subseqüentes, como a decorticção pulmonar.</p>

PO 187-1	PO 187-2
<p>RELATO DE CASO - BILIOMA POS COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA</p> <p>Ana Luisa Malta Dória, Emilly Gomes Couto Figueiredo, George Harley Cartaxo Neves Filho, Beatriz Camargo Sodré, Wandemberg Gomes Albuquerque, Paloma Oliveira Matos, Karoline Rodrigues Costa Araujo, Giordanny Alencar de Sousa Silva</p> <p><i>FAMENE - Joao Pessoa - Paraiba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O quadro de bilioma consiste em uma coleção encapsulada de bile fora das vias biliares, tendo como principais agentes causadores os traumas abdominais e complicações advindas de procedimentos cirúrgicos, podendo ocorrer também espontaneamente. Os casos mais reportados são pós Colectistectomia Laparoscópica, Colectite Aguda e Coledocolitase. Segundo pesquisa biliomas decorrentes de perfurações iatrogênicas aumentaram de 0,1% para 0,3– 1,5% com o advento da técnica laparoscópica. O quadro clínico consiste principalmente em dor no hipocôndrio direito, acompanhada de febre alta, surgindo em um intervalo de 4 semanas após o trauma desencadeante. O presente estudo buscou relatar um caso de bilioma que ocorreu pós colangiopancreatografia retrógrada (CPRE), sendo relevante pela frequência de realização desse procedimento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa, foi submetida a uma Colectistectomia Videolaparoscópica, apresentando no pós-operatório dor difusa em toda região abdominal. Após 22 dias da realização dessa cirurgia, buscou atendimento hospitalar no qual foi internada apresentando dor e icterícia, sendo submetida posteriormente a CPRE, descartando hipótese de Coledocolitase. Em sua evolução, a paciente apresentou dispnéia ao repouso, proveniente de um derrame pleural, e elevação das enzimas pancreáticas. No exame de USG foram encontradas coleções ecotóicas no lobo hepático esquerdo, estômago e baço, realizando-se uma videolaparoscopia com drenagem de coleção biliosa perihéptica, perigástrica e subfêrnica. Teve-se, assim, o diagnóstico pós-operatório de abscesso nas regiões supracitadas, considerado um bilioma pela sua constituição biliosa. Durante a internação, a paciente apresentou um quadro clínico de hipocalcemia e sepse, com presença de taquipnéia, taquicardia e leucopenia, sendo tratada inicialmente apenas com Imipenem e depois adicionando Vancomicina. Posteriormente foi administrado metronidazol e ciprofloxacino, apresentando resolução do quadro e recebendo alta em bom estado geral após 33 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Vários fatores aumentam a chance de lesões das vias biliares: pouca experiência do cirurgião, hemorragia durante a dissecação, lesões por retração, lesões térmicas devido cauterização, variações anatômicas. A USG, geralmente, é o primeiro exame que detecta a presença do bilioma, porém a TC demonstra maior sensibilidade em determinar as possíveis causas, bem como a relação da coleção com as estruturas adjacentes. Já a CPRE tem propósito diagnóstico e terapêutico, podendo apresentar-se também como evento desencadeante, como no relato de caso. No passado, a cirurgia era o único tratamento de base para o bilioma. Hoje, o tratamento conservador inclui hidratação intravenosa, antibioticoterapia e drenagem percutânea, proposta como primeira opção. Não havendo resolução, pode-se realizar CPRE e esfincterotomia, com ou sem colocação de stent, que irá proporcionar drenagem adequada.</p>	<p>DISSECÇÃO ESPONTANEA DE CORONARIA NO ULTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO</p> <p>Wenderval Borges Carvalho Júnior, Patrícia Brito de Almeida Borges, Beatriz Montenegro Oliveira, Caio Teles Batista</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dissecação Espontânea de Coronária (DEC) é a separação não traumática e não iatrogênica das camadas que compõem a parede arterial, podendo ocorrer entre as camadas íntima e média e as camadas média e adventícia. A etiologia é desconhecida e multifatorial. Sua associação com o período gestacional tem sido postulada. Mudanças hormonais na gravidez podem alterar as fibras elásticas, comprometendo a síntese do colágeno e mucopolissacarídeos, resultando no enfraquecimento da camada média. Um quarto dos Infartos Agudos do Miocárdio no ciclo gravídico-puerperal é atribuído à DEC pelas alterações citadas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente caucasiana, 38 anos, gênero feminino, secundípara, idade gestacional de 36 semanas, procurou atendimento médico na cardiologia de um hospital particular de Brasília em decorrência de quadro de dor torácica típica há 3 dias, de intensidade 9/10, associada a taquidispnéia e piora clínica em 24 horas de evolução. O ECG à admissão demonstrou supradesnivelamento de ST em parede anterior e AVR. Foram realizadas medidas iniciais para Síndrome Coronariana Aguda e a paciente foi encaminhada ao serviço de hemodinâmica em caráter emergencial, com oclusão aguda do tronco da coronária esquerda em sua porção distal, sem circulação colateral; e em seguida foi conduzida à UTI e a equipe de cirurgia cardíaca foi acionada. Foi realizada cirurgia cesariana, que transcorreu sem intercorrências, e em seguida a paciente foi submetida ao procedimento cardíaco com implante de enxertos cirúrgicos venosos dirigidos para a descendente anterior e circunflexa, além da contenção da dissecação da aorta proximal com fita de bandagem. A paciente evoluiu bem, com sinais e sintomas de Insuficiência Cardíaca Congestiva e boa resposta terapêutica. Encontra-se atualmente em classe funcional NYHA I.</p> <p>DISCUSSÃO: Alterações fisiológicas na gravidez devem ser consideradas quando se discutem os mecanismos relacionados à DEC. Acredita-se que a progesterona e o estrogênio estejam envolvidos na etiopatogenia, levando a um estado protrombótico. O enfraquecimento da parede arterial aumenta o risco de dissecação coronária e a associação a um estado de hipercoagulabilidade eleva o risco da formação da falsa luz e trombos. Estudos da década de 80 mostraram incidência de morte súbita por DEC no periparto de 28% e mortalidade hospitalar de 48,8%. Ito et al. revisaram 23 casos de DEC periparto em 2011 sendo 7 no período puerperal com sobrevivência à hospitalização. Sheikh e O'Sullivan compilaram 118 casos de DEC no periparto entre 1952 e 2010. Desses, 77% foram no período pós-parto (entre 2 e 90 dias), a média de idade foi de 32 anos e de partos de 1,08. Referem falta de consenso no tratamento adequado da fase aguda, porém observam sobrevida em comparação às revisões iniciais. Mais dados sobre a DEC no ciclo gravídico-puerperal fazem-se necessários, para melhor compreensão da incidência, características demográficas, achados diagnósticos, tratamento na fase aguda e sua evolução a longo prazo.</p>
<p>PO 187-3</p> <p>TRAUMA PANCREÁTICO</p> <p>Henrique Santana, Pedro Montes, Rosessol Wanderley, Aurilane Silva, Leticia Reis, Bruno Sousa, Raul Farfan</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma pancreático é raro, representando entre 0,21%-0,36% dos casos de trauma, e até 12% dentre os abdominais. O mecanismo mais prevalente é o contuso, derivado de quedas, acidentes automobilísticos, ou lesões decorrentes de atividades de lazer. Fatores como estabilidade do paciente, necessidade de procedimentos para controle de danos e injúrias concomitantes devem ser avaliados para se definir uma conduta de tratamento. A escolha de exames de imagem sensíveis e específicos influencia diretamente na detecção e prognóstico desta entidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente K.G.N, 8 anos, sexo masculino, admitido no serviço de urgência do Hospital Geral de Palmas (HGP) no dia 15/07/18, relatou queda de cavalo a aproximadamente 10 horas, com dor abdominal difusa, de intensidade 07 dentro de uma escala de 0 a 10 e 3 episódios de vômitos antes de chegar ao serviço de saúde. Foi submetido à laparotomia exploratória, no dia 18/07/18, a qual detectou trauma hepático com lesão dos segmentos I (1 cm) IV e V (ambas 3 cm), sem intercorrências, recebendo alta no dia 26/07/18. No 16º dia de pós-operatório (02/08/18), foi encaminhado ao serviço de urgência do HGP, apresentando dor abdominal difusa e distensão, vômitos amarelados, sem constipação, ao exame físico se apresentava pálido, desidratado, afebril, icterico, com abdômen globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico, doloroso à palpação difusamente, mais intenso em fossa ilíaca esquerda, e com descompressão brusca dolorosa à esquerda. No exame de tomografia computadorizada de abdômen superior, realizado dia 02/08/18, foi identificada laceração completa de colo pancreático associada à coleção periférica extra parenquimatosa, septada, localizada ao longo de toda região anterior do corpo e cauda pancreáticos, medindo aproximadamente 15,0 x 8,3 x 21,0 cm. Foi submetido a uma laparotomia exploratória, a qual expôs o pseudocisto pancreático, aderido ao estômago e provocando sua obstrução, levando à uma drenagem de pseudocisto associada à derivação pseudocistojejunal em Y de roux.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste caso foram utilizados os exames de ultrassonografia e tomografia computadorizada para identificação das lesões. Entretanto, ambos exames apresentam baixa especificidade para avaliação específica de trauma pancreático, sendo 40% e 60% respectivamente. A partir disso é possível inferir que a lesão não foi evidenciada nos exames iniciais, do dia 15/07/18, gerando progressão para o pseudocisto, o qual atingiu grandes proporções e obstruiu o fluxo intestinal. O relato evidencia que mesmo sendo uma lesão rara, o trauma pancreático é uma entidade presente nos centros de urgência e deve ser considerado.</p>	<p>PO 188-1</p> <p>TUMOR DE FRANTZ METASTATICO COM DIAGNOSTICO INCIDENTAL</p> <p>Dened Myller Barros Lima, Maria Paula Ribeiro Dantas Bezerra, Gabriela Lima Nóbrega, Carlos Antonio Souza Filho, Guilherme Bastos Paliot Brito, Lavier Kelvin Holanda Vidal, Senival Alves De Oliveira Júnior, Enio Campos Amico</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas, também conhecido como tumor de Frantz, é uma neoplasia rara que representa cerca de 0.3 a 2.7 % dos tumores pancreáticos exócrinos. É mais comum em mulheres jovens e a sintomatologia é inespecífica, sendo aproximadamente um terço dos pacientes assintomáticos. Foi caracterizado pela WHO classification em 2010 como um tumor com baixo potencial de malignidade e bom prognóstico, apesar de que aproximadamente 15% dos tumores apresentam metástase, predominantemente no fígado. O tratamento desses casos é ressecção cirúrgica, e em caso de metástases múltiplas, há muitas controvérsias. Muitos tratamentos vem sendo usados, como ablação por radiofrequência, embolização arterial, quimioterapia intraarterial e até transplante hepático.</p> <p>RELATO DE CASO: LDSS, 18 anos, deu entrada no Hospital Universitário Onofre Lopes relatando quadro de epigastralgia há 7 meses, tendo realizado USG e TC abdome com evidência de nódulos hepático e pancreático. A tomografia de abdome revelou fígado com dimensões aumentadas e densidade do parênquima heterogênea pela presença de volumosas massas solidas destacando-se três lesões de maiores segmentos, uma em segmento VII (11,2x7,7cm), outra no V e VI (8,8x8,3cm) e outra no III (7,6x5,0cm); além da presença de lesão solida ovalada envolvendo corpo e cauda do pâncreas, medindo 6,5x4,5cm. Realizou pancreatocomia corpo-caudal com esplenectomia associado à hepatectomia parcial por lesões hepáticas metastática à esquerda. Paciente recebeu alta e encontra-se aguardando período de recuperação hepática para segundo tempo de hepatectomia para retirada de lesões em lobo direito.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Frantz é um tipo raro de tumor de pâncreas, normalmente tem comportamento indolente e bom prognóstico e raramente apresenta metástase, diferente do ocorrido no presente caso. Sua localização habitual no corpo ou cauda pancreática. Nos casos de metástases, o sítio mais comum é no fígado, seguido pelos linfonodos e peritônio. Para o diagnóstico desse quadro, é muito útil o uso de exames de imagem como tomografia computadorizada e ultrassonografia abdominal, além de exames morfológicos. O tratamento de escolha é ressecção cirúrgica do tumor e metástases, de acordo com as condições do quadro. Neste caso, foi realizada pancreatocomia corpo-caudal com esplenectomia associado a hepatectomia parcial esquerda. Segue aguardando segundo tempo para realização de nova hepatectomia parcial, sendo à direita.</p>

PO 189-1	PO 188-3
<p>PANCREATITE AGUDA POR TRIGLICERIDEMIA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>LEONARDO RODRIGUES FUSCO SOUZA, HUGO BARROS VILELA, ANA ELISA BOTTA, RICARDO ESTEVAN MARTINS, IGNACIO LEITE COSTA, MURILO BARCELOS SOUZA, LUISA LAMAITA POMPEI</p> <p><i>Santa casa de Limeira - Limeira - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: RELATAR UM QUADRO DE PANCREATITE AGUDA POR TRIGLICERIDES ELEVADOS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>RELATO DE CASO: JRD, feminina, 23 anos, dá entrada na Santa Casa de Limeira relatando dor abdominal difusa, associado a náuseas e vômitos, apresentando sudorese, febre, e relata ter apresentado quadro semelhante há 06 meses. Negava comorbidades e cirurgias prévias. Nega etilismo e tabagismo. No exame físico paciente se encontrava regular estado geral, desidratada +/4+, anictérica, afebril, acianótica, queixando-se de muita dor abdominal, taquipsíca. frequência cardíaca em 120 batimentos. Abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes, dor a palpação em todo o abdome com descompressão brusca positiva. fígado de contornos regulares e dimensões preservadas, apresentando redução difusa de sua atenuação, sugerindo processo de esteatose, ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Vesícula biliar sem evidência de cálculos. Pâncreas com aumento de suas dimensões e apresentando áreas focais hipotenuantes, de limites imprecisos associada a densificação peripancreática difusa, sugerindo um quadro de pancreatite. Foi checado os novos exames laboratoriais que vieram: Ureia: 34, sódio: 132 RNI: 1,02, proteínas totais: 5, albumina: 2,7 amilase: 352 CPK: 375 DHL: 813 lactato: 26 potássio: 4,5, um cálcio iônico: 0,9 fósforo: 1,8 triglicérides de 1277 mg/dl No terceiro dia de internação, paciente apresentou melhora do quadro após nutrição parenteral sem triglicérides, apresentou uma diminuição dos triglicérides agr de 627 mg/dl No oitavo dia de internação foi oferecido dieta líquida com boa aceitação da dieta No décimo dia de internação progrediu dieta para leve hipogordurosa paciente teve boa aceitação, recebendo alta hospitalar com orientações dietéticas, medicamentos para controle de triglicérides,</p> <p>DISCUSSÃO: ancreatite é caracterizada por um quadro de dor abdominal em parte superior do abdome, que se irradia para o dorso. Tem como característica uma dor de caráter intermitente, além de apresentar quadro de náuseas, podendo chegar até a vômitos, presença de febre e taquicardia. Apresenta-se como principais etiologias a pancreatite alcoólica e biliar, tendo como uma das etiologias menos frequentes a causada devido a hipertrigliceridemia. Apresenta-se com uma taxa de prevalência em torno de 5% quando os níveis dos triglicérides estão acima de 1000mg/dl. A pancreatite causada pela hipertrigliceridemia pode ser causada por dois mecanismos; ou adquirida, ou de caráter familiar. As adquiridas podem ser secundárias a obesidade, diabetes sem controle por parte do paciente, gestação, hipotireoidismo e uso de medicamentos. Como em toda a pancreatite, a terapia de suporte é mandatória, inclui reposição hídrica, analgésicos e suspensão da dieta oral. para prevenir recorrência do quadro faz-se uso de uma dieta hipogordurosa e uso de medicações como as estatinas e fibratos, perda de peso também influencia no tratamento, e, em casos mais graves, a plasmaférese.</p>	<p>DESAFIO DO POLITRAUMA COMPLEXO: IMPORTANCIA DO SERVIÇO PRE-HOSPITALAR EFICIENTE, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR TREINADA E CONDUÇÃO DO CASO EM UM CENTRO DE REFERENCIA EM TRAUMA</p> <p>JORDANIA ALKMMIM JORDÃO, VIVIANE WILLIG BRASIL, TARCISIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, SIZENANDO VIEIRA STARLING, LIVIO SURETTI PIRES, VICTOR LEITE IKEDA, GIANCARLO PEREIRA ZILLE, FREDERICO DALLIS FONSECA DE TOLEDO</p> <p><i>Hospital João XXIII - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Alguns casos no trauma podem ser desafiadores mesmo para as equipes mais treinadas e cirurgiões mais experientes. Mesmo nos centros de referência na área, como no hospital João XXIII, às vezes é necessário "improvisar", respeitando as prioridades do atendimento inicial, na tentativa de salvar um paciente. Relatamos um caso atendido em nosso serviço em que tais atitudes, além de equipe treinada, foram essenciais para a sobrevivência do doente.</p> <p>RELATO DE CASO: D.J.S teve o membro inferior direito prensado e encarcerado em moedor de capim com amputação traumática da perna, esmagamento da coxa e pelve. Na chegada do resgate, o paciente estava estável hemodinamicamente e consciente. O equipamento funcionava como torniquete e foi transportado para o Hospital João XXIII ainda com o membro preso às ferragens. Já na unidade, a máquina começou a ser extraída pela equipe do Corpo de Bombeiros, mas a geração de faíscas impediu a finalização do procedimento no hospital, o que mobilizou toda a equipe multidisciplinar a terminar o procedimento do lado externo do pronto-atendimento. Detalharemos como essa decisão, o protocolo de "onda vermelha" e as abordagens cirúrgicas seriadas contribuíram para o êxito do caso.</p> <p>DISCUSSÃO: A condução dos casos que fogem aos protocolos deve obedecer aos preceitos básicos do suporte avançado de vida, com ênfase no controle da hemorragia, quando a via aérea, a coluna cervical e a ventilação já estão estabilizadas. Treinamento e experiência também são fundamentais e alteram o prognóstico do paciente, sendo então de grande importância a existência de centros de referência em trauma. Os casos desafiadores contribuem para melhora do serviço e da equipe. A existência dos protocolos também é importante para a otimização do atendimento. Além disso, compartilhar as experiências destes casos em congressos ajuda na condução de outros politraumas complexos, que são desafiadores, até mesmo para um centro de referência em trauma.</p>
<p style="text-align: center;">PO 189-2</p> <p>RELATO DE CASO: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL</p> <p>Camila Pires Marinho, Ana Flávia Zanelli de Almeida, Rafaella Oliveira Curti, Andrielle Nunes Santos, Isabela Moraes Borges, Manuelle Quixabeira Freire, Phellipe Gonçalves Pimentel, Daissuke Kajita</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurisma de aorta é definido como dilatação do diâmetro da aorta maior que 50% do diâmetro original. Localiza-se em até 80% na aorta abdominal, sendo a maior incidência em indivíduos do sexo masculino, brancos, idosos e tabagistas. O principal risco relacionado aos aneurismas é a ruptura, evento com letalidade de 74%, cuja tríade é massa abdominal pulsátil, dor abdominal e hipotensão. O tratamento clínico se dá na redução do risco cardiovascular enquanto o intervencionista é pautado em cirurgia aberta ou reparo endovascular (REVA), empregados a depender das características do aneurisma, disponibilidade do serviço e experiência da equipe.</p> <p>RELATO DE CASO: AMS 65 anos, sexo masculino, hipertenso, portador de DPOC e com diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal (AAA) de 5,0 cm assintomático em acompanhamento há 03 anos. Após queda da própria altura apresentou dor abdominal súbita e intensa, associada a mal estar e massa abdominal pulsátil. Em pronto-socorro apresentava-se com PA:90X70 mmHg, FR:23 irpm, FC:121 bpm, dor à palpação abdominal, sinais de irritação peritoneal e massa abdominal pulsátil. Realizada angioTC que evidenciou aorta ectasiada, tortuosa com ateromatose e espessamento miointimal, apresentando dilatação aneurismática de aspecto fusiforme desde o segmento descendente da aorta torácica até a porção distal da aorta abdominal, com diâmetro máximo variando entre 5,5cm e 6,0cm, notando-se trombose mural no segmento infra-renal da aorta abdominal. Paciente submetido à correção de aneurisma com enxerto aorto-aórtico com prótese Dacron 20 mm. Em pós operário permaneceu em UTI por 7 dias devido a descompensação do quadro respiratório e evoluiu de modo satisfatório, recebendo alta em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: O AAA roto é uma emergência cirúrgica, devendo ter diagnóstico precoce e reparo imediato. A mortalidade dessa condição aumenta a cada hora em que a terapêutica adequada é postergada, chegando a 80% em 24 horas. A tríade clássica da AAA apresentada pelo nosso paciente mais o exame padrão ouro para diagnóstico que é a AngioTC, guiaram o diagnóstico do nosso caso. O exame é útil para demonstrar a localização, tamanho, tortuosidade, trajeto, relação com órgãos adjacentes, sinais de ruptura e hemorragia retroperitoneal. O tratamento do AAA roto pode ser feito tanto por cirurgia aberta quanto por REVA, de modo que em ambos não há diferença na mortalidade a longo prazo. A morbidade é maior na cirurgia aberta, principalmente em relação às complicações respiratórias e maior tempo de internação, como foi descrito no relato acima. Diante do exposto, nota-se a gravidade de um quadro de AAA roto e a necessidade de um diagnóstico precoce para que o tratamento também assim o seja, visando um desfecho favorável.</p>	<p style="text-align: center;">PO 190-1</p> <p>SÍNDROME DE MIRIZZI: DIFICULDADE NO MANEJO EM PACIENTE COM DEFICIT INTELECTUAL</p> <p>Karina Mayara Miranda Estrela de Andrade, Áurea Mota Santana, Rodrigo Adriano De Felippes, Douglas Matheus Correia Silveira, Carla Taisi Aragão Bronzoni</p> <p><i>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi se define pela obstrução do ducto hepático comum ou do colédoco, secundária à compressão extrínseca de cálculos impactados no ducto cístico ou infundíbulo biliar. É uma rara complicação, ocorrendo em pacientes portadores de colelitíase de longa data. Este relato de caso tem por objetivo descrever o desafio na caracterização dos sintomas pela paciente com déficit intelectual diante de um caso de síndrome de Mirizzi.</p> <p>RELATO DE CASO: VS, feminino, 41 anos, portadora de encefalopatia crônica não evolutiva compareceu ao PS de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Taguatinga – DF no dia 19/02/18 com icterícia e colúria, portando USG apresentando colelitopatia crônica e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Foram feitos exames laboratoriais que mostraram hiperbilirrubinemia direta (4,6mg/dl). Foi internada para investigação, e durante o período a paciente não manifestava queixas, nem mesmo dor abdominal referida ou ao exame físico. A colangiressonância magnética foi realizada no 9o dia do quadro, evidenciando colelitíase, provavelmente ocupando toda a luz da vesícula biliar, sendo o maior cálculo determinando compressão extrínseca do ducto hepático comum e moderada dilatação da via biliar a montante intra hepática, caracterizando Síndrome de Mirizzi. Os níveis séricos de bilirrubina permaneceram em ascensão, chegando a 8,1mg/dl, além de elevação significativa de fosfatase alcalina (FA) e gamaglutamiltransferase (GGT). A paciente negava rotineiramente a presença de colúria, mas uma vez, esporadicamente, respondeu que havia sim esse sinal. Não sabia informar a coloração das fezes. No dia 14/03 foi submetida a cirurgia, na qual foi identificada vesícula biliar esclerótica, intra-hepática, com paredes espessadas com cálculo único em seu interior; procedido dissecação de colédoco, tórectomia com remoção de cálculo, passado dreno de Kehr e colangiografia intraoperatória. No pós operatório, evoluiu bem clinicamente. No entanto, no 11o dia pós cirurgia, houve elevação da leucocitose sem foco determinado, até que no 14o dia, foi suspeitada de processo alérgico em acesso venoso periférico, mesmo sem queixa da paciente de dor, prurido ou outro sintoma. Com a troca do sítio de punção venosa, houve melhora. Paciente recebeu alta hospitalar no 16o dia de pós operatório, sem queixas, com bilirrubinemia total de 1,4mg/dl.</p> <p>DISCUSSÃO: O reconhecimento da síndrome de Mirizzi ganha importância devido ao alto risco de lesões do ducto biliar durante a cirurgia, além da dificuldade inerente de não haver apresentação clínica e laboratorial específica. No caso apresentado, essa patologia mostrou-se mais desafiadora para ser bem caracterizada, visto que a paciente apresentava baixo nível de compreensão, negava sintomas típicos do quadro, como dor abdominal e colúria, além de não ter queixas espontâneas, exigindo da equipe assistente cuidado e atenção diferenciados, tornando também a internação bastante prolongada.</p>

PO 191-1	PO 191-2
<p>APRESENTAÇÃO DE CISTO DE COLEDOCO EM ADULTO – RELATO DE CASO.</p> <p>Raíssa do Carmo Vitorino, Bianca Faria Oliveira, Ian Ribeiro Rocha, Luigi Rodrigues Brianez, Alberto Bicudo Salomão, Felix Orellana Meza, Rodrigo Fonseca Caetano</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os cistos congênitos de ductos biliares são dilatações císticas de qualquer porção da via biliar, mais frequentemente identificados no ducto biliar comum. A patogênese, embora contestável, ocorre a partir de anomalias congênitas da junção pancreatobiliar, as quais permitem um retorno do suco pancreático para o colédoco. É uma patologia incomum, principalmente em adultos, e dois terços dos pacientes possuem sintomas inespecíficos como no relato de caso a seguir.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 36 anos, há 3 anos refere icterícia intermitente, dor abdominal recorrente em região epigástrica, e náusea. Nega emagrecimento, acolia fecal, colúria e febre. Ao exame físico, encontrava-se anictérica, com dor abdominal à palpação profunda em região epigástrica, ausência de massas palpáveis, e sem outras alterações. Exames laboratoriais não evidenciaram aumento de enzimas canaliculares, transaminases hepáticas, bilirrubinas, ou marcadores tumorais como: CEA, alfafetoproteínas, e CA 19-9. Tomografia computadorizada de abdome evidenciava ectasia do colédoco e dos ramos principais intra-hepáticos. Colangiressonância mostra dilatação difusa cística de ductos hepático comum, e colédoco (até 3,1 cm), ausência de dilatação dos ramos intra-hepáticos, compatíveis com cisto biliar tipo IA, segundo classificação de Todani. Paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico para ressecção do cisto por incisão subcostal direita, evidenciando cisto de aproximadamente três centímetros de diâmetro, sendo realizada colecistectomia, ressecção do cisto e hepático-jejunostomia termino-lateral em Y-de-Roux. Paciente evoluiu de maneira satisfatória, com alta no oitavo dia de pós-operatório. O histopatológico do segmento retirado confirmou cisto biliar sem sinais de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos de vias biliares são considerados afecções incomuns, principalmente em adultos como no relato exposto, sendo que 75% dos casos aparecem antes dos 20 anos. Considera-se que ocorram a partir de um desenvolvimento anormal do sistema ductal pancreatobiliar, que permitiria o refluxo de suco pancreático para o colédoco, causando aumento da pressão intra-ductal, inflamação, enfraquecimento da sua parede, e dilatação do mesmo. São classificados em cinco grupos de acordo com o local, extensão, e a forma das alterações císticas. Em 60% dos casos ocorre a dilatação cística da árvore biliar extra-hepática, englobados como tipo IA da classificação de Todani, como no relato descrito. A tríade clássica (dor abdominal, icterícia e massa abdominal) abrange um terço dos pacientes, sendo na maioria oligossintomáticos, dificultando o diagnóstico e tratamento precoce, como na paciente em questão. A terapêutica empregada na maioria dos casos é cirúrgica, com excisão do cisto e reconstrução da drenagem biliar. Dado ao elevado risco de complicações severas, como colangite e neoplasia, em até 30% dos casos, é uma afecção que mesmo rara, deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de outras patologias mais frequentes das vias biliares.</p>	<p>COMPRESSÃO DA VEIA ILÍACA POR MIOMA UTERINO: RELATO DE CASO</p> <p>Henrique Augusto Spies Adamy, Eduarda Maria Schroeder, Ana Carolina Ribeiro, Jalyson Freitas de Souza, Jeferson Freitas Toregeani</p> <p><i>Instituto Vascular - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os miomas uterinos, causados por proliferação excessiva das células do miométrio, são os tumores mais comuns em mulheres em idade reprodutiva, principalmente devido à influência hormonal do estrogênio. Estima-se que em 50% dos casos a condição é assintomática, enquanto que os outros 50% podem apresentar sintomas variados, dependendo da área acometida. Alguns dos sintomas incluem sangramento uterino anormal, dor abdominal, hidroureter e/ou hidronefrose, abdome agudo e trombose venosa profunda (TVP). O mecanismo fisiopatológico da TVP por mioma uterino consiste principalmente na estase venosa causada pela compressão das veias ilíacas. Apesar dos miomas uterinos serem comuns, existem poucos casos relatados de acometimento dos membros inferiores causados por compressão das veias ilíacas. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo descrever um desses casos raros, em que houve compressão sintomática da veia ilíaca por um mioma uterino.</p> <p>RELATO DE CASO: C.F.B., sexo feminino, 42 anos, procurou atendimento médico em janeiro de 2019 com queixas de edema em membro inferior esquerdo ao permanecer sentada. Refere que desde 2010 apresentava episódios intermitentes de calor que acometiam esse mesmo membro. Possui histórico familiar de varizes, trombose e erisipela além de ter passado por cirurgia para retirada de mioma uterino. Está tentando engravidar desde 2016, sem sucesso. A primeira suspeita foi de Síndrome de Cockett (compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita), e então foi solicitado um ecodoppler, o qual evidenciou variação no fluxo venoso, volume de fluxo e velocidades com discreta diferença entre o lado direito e esquerdo, além de redução no calibre da veia ilíaca comum esquerda no cruzamento com a artéria ilíaca direita. Em seguida, foi realizada uma angiotomografia computadorizada a qual mostrou aumento no volume uterino, que causava compressão da veia ilíaca externa esquerda. Foi indicado então, histerectomia total abdominal para resolução do caso, que aguarda decisão da paciente devido ao desejo de engravidar da mesma.</p> <p>DISCUSSÃO: Sabe-se que a TVP é uma complicação comum após cirurgias, especialmente as ginecológicas. Paradoxalmente, no caso apresentado, a histerectomia é indicada como profilaxia e tratamento a TVP. O manejo como um todo varia conforme o desenrolar de cada caso. Uma vez que não exista o desejo de engravidar, realiza-se a histerectomia total, o que soluciona definitivamente o problema. Isso demonstra a importância e a raridade do caso, em que uma condição relativamente simples e comum entre as mulheres pode levar à graves consequências, além da TVP, como insuficiência venosa crônica, tromboembolismo pulmonar e acidente vascular encefálico isquêmico. Dessa forma, ressalta-se a importância de investigar condições extravasculares que possam predispor a estase venosa, evitando a ocorrência de danos irreversíveis ao sistema venoso ou até mesmo morte.</p>
<p>PO 191-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA A DIREITA: RELATO DE CASO</p> <p>VANESSA MARIA MONTEIRO, Margarida Guimaraes Freire, Heitor Luiz Gomes, YAN LUKAS ROCHA SILVA, Pedro Guimaraes Candido Freire, Camila Leles Nascimento, Junior Cesar Marciano Silva, Lucas Zaiden C Lima</p> <p><i>Hospital de Clínicas de Uberlândia- UFU - UBERLÂNDIA - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática pós traumática é rara, ocasionada por trauma fechados de alto impacto ou penetrante na transição toracoabdominal. É menos relatada à direita, sendo nestes casos relacionada a lesões mais graves. O diagnóstico precoce ainda é um desafio pois a clínica e o exame de imagem simples se confundem com outras patologias, por exemplo hemotórax. O objetivo do trabalho é de relatar um caso e abordar sua importância como diagnóstico diferencial no trauma torácico, assim como discutir meios diagnósticos mais precoces, evitando desfechos desfavoráveis.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 46 anos deu entrada no Hospital de Clínicas de Uberlândia com história de queda de bicicleta há 1 hora. Submetido à avaliação preconizada pelo ATLS. Saturação inicial de 84% em ar ambiente que, após iniciar oxigenioterapia, elevou-se para 90%. À percussão do hemitórax direito, maciez nos 2/3 inferiores com murmúrio abolido nesta área. Estável hemodinamicamente, confuso com sinais de etilismo. Suspeitado de hemotórax à direita porém devido a estabilidade clínica foi optado pela realização de imagem (tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome) com achado de herniação de fígado em tórax à direita, ocupando 2/3 da cavidade. Na avaliação secundária, obtido junto ao paciente história de trauma torácico importante há 26 anos, tratado de forma conservadora. Após 48 horas, com o desmame do oxigênio complementar, recebeu alta com encaminhamento ambulatorial para programação de cirurgia eletiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar dos grandes avanços nas ferramentas diagnósticas, cerca de 10-50% das hérnias diafragmáticas traumáticas são subdiagnosticadas, principalmente à direita pela presença do fígado. No caso relatado, observamos o diagnóstico tardio de uma provável hérnia crônica pela falta de suspeita clínica à época do primeiro trauma. No atendimento após um novo evento, a decisão precipitada pela drenagem torácica antes da realização dos exames de imagem poderia causar mais danos ao doente, com lesão iatrogênica do fígado herniado. Caso semelhante foi descrito por Magagi et al (2018). Um consenso encontrado na bibliografia atual é que se deparando com um trauma envolvendo transição toracoabdominal, deve-se manter alta suspeita clínica para lesão de diafragma e hérnia diafragmática traumática. Nos casos em que se indique drenagem pleural de urgência (insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica associada a alteração no exame do tórax) é fundamental a inspeção digital cuidadosa da cavidade pleural, evitando lesão de vísceras que podem ter herniado. Nos pacientes estáveis, recomenda-se a realização de exames de imagem para investigação: ultrassom (E-FAST), radiograma de tórax, tomografia e ressonância. Em relação ao tratamento, nos casos agudos a abordagem é via abdominal enquanto nos casos crônicos a abordagem mais indicada é via torácica, permitindo uma segura lise de aderências intratorácicas, podendo ser realizada via aberta ou por vídeo.</p>	<p>PO 192-1</p> <p>COLANGIOCARCINOMA</p> <p>BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, JOHNSON BARRETO FIGUEREDO JUNIOR, BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA, CAROLINA FALCAO LOPES MOURÃO, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, DIEGO CARVALHO MACIEL, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, EDUARDO CASTRO DE OLIVEIRA</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma representa um tumor raro que acomete a árvore biliar, de localização intra ou extra-hepática. Sua incidência gira em torno de 1 a 2 casos para cada 100.000 habitantes nos Estados Unidos; e aumenta com a idade, sendo o paciente típico entre 50 e 70 anos. Ainda, representa cerca de 3% de todas as doenças malignas gastrointestinais. São tumores altamente letais, visto que sua apresentação clínica se dá normalmente já em fase avançada. A principal manifestação clínica é a icterícia (mais de 90% dos casos), porém outros achados são relatados, como perda ponderal, febre, prurido, fadiga, anorexia e dor abdominal de leve intensidade.</p> <p>RELATO DE CASO: TPO, 53 anos, feminino, com história de colecistectomia em 2014, apresentou em julho de 2018 dor em hipocôndrio direito de moderada intensidade, associada a náuseas, êmese, icterícia e acolia fecal. Referiu perda ponderal de 12 kg em 5 meses. Negou febre no período. Ao exame físico, apresentava mucosas hipocrômicas ++/+4, icterícia, presença de massa palpável em região de hipocôndrio direito próximo à incisão de colecistectomia prévia, dor à palpação local. Foi submetida a exames laboratoriais, quando evidenciou-se níveis de bilirrubinas totais maiores que 19mg/dL e realizada CPRM que descreveu formação tecidual associada à acentuada estenose do ducto hepático ao nível do hilo hepático determinando moderada/ acentuada dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Diante dos achados nos exames de imagem, foi feito o diagnóstico de neoplasia maligna de vias biliares extra-hepático, provável colangiocarcinoma e optada a ressecção. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico no dia 20/12/2018 como segue: laparotomia com incisão mediana e, ao inventário da cavidade, foi visualizado massa em região de ducto colédoco em porção média até ducto hepático comum. Realizada ressecção com margem macroscópica de tumor de colédoco, acompanhada de anastomose colédoco proximal-jejunal término-lateral e jejuno-jejunal (em Y de Roux) látero-lateral para topografia de via biliar principal. Foi instalado um dreno de Blake em topografia da anastomose colédoco-jejunal. Paciente foi encaminhada à UTI, após ato cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: O objetivo é reportar um caso de uma paciente com diagnóstico de colangiocarcinoma, submetida a uma cirurgia de ressecção tumoral e anastomose colédoco proximal-jejunal término-lateral e jejuno-jejunal (em Y de Roux) látero-lateral para topografia de via biliar principal, revisando a conduta com a literatura. A ressecção cirúrgica representa uma possibilidade de cura, no entanto mostra resultados satisfatórios nos estágios iniciais e nos tumores distais. Os principais fatores prognósticos são a margem cirúrgica, o grau de invasão vascular e metástases linfonodais. Embora o paciente seja submetido à classificação de Bismuth-Corlette e estadiamento TMN (AJCC), a real ressecabilidade só pode ser determinada no momento da cirurgia.</p>

PO 192-2	PO 192-3
<p>DISSECÇÃO AORTICA E ANEURISMAS EM PORTADOR DE ARTERITE DE TAKAYASU</p> <p>MARIA FERNANDA NOGUEIRA CAMARGO, ESDRAS LIMA LINS, LARYSSA GOETTEN SOUZA, MARINA NICESIO ALVES, CAMILA SILVA SULEIMAN, BRUNA HANAEUR, Silvio Alves Da Silva</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Arterite de Takayasu é uma rara doença inflamatória que acomete os principais ramos vasculares das grandes e médias artérias, levando a oclusões arteriais, isquemia, claudicação e hipertensão. Estima-se incidência de 2/1.000.000 ao ano, que 90% dos casos são mulheres, em idade adulta. O processo fisiopatológico ainda é incerto. Sabe-se que há um envolvimento de diferentes mecanismos imunológicos, com mediação celular e humorais, culminando em inflamação e dano tecidual. Está fortemente associada ao HLA-B25. O diagnóstico é pautado em aspectos clínicos, laboratoriais e imaginológicos. Almejando controle inflamatório vascular e prevenção de lesões é necessário a instituição de agressivo tratamento para remissão da doença. Para isso, faz-se uso precoce de corticosteroides na fase ativa, por vezes associados a agentes imunossupressores adjuvantes. Assim, dentro deste contexto que se baseia a motivação para este relato.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 57 anos, masculino, relatando dor intermitente em região retrosternal, que irradiava para dorso. Ao exame físico, evidenciado, na palpação superficial do abdome uma proeminência em região paramediana esquerda e em hipogástrico, na palpação profunda. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, aneurisma de A. Aorta Abdominal e A. Iliaca Direita e Arterite de Takayasu há mais de 6 anos. Exames laboratoriais demonstravam discreta leucocitose; VHS e PCR aumentados. No ecocardiograma evidenciando disfunção diastólica discreta e exame tomográfico apresenta tortuosidade e ectasia de A. Aorta Abdominal Infrarenal, no arco ascendente da A. Aorta também apresentou ectasia além de pseudoaneurisma descendente distal e Aneurisma de A. Iliaca direita com trombo mural de revestimento e ectasia de A. Iliaca esquerda. Diante disso a equipe da Cirurgia vascular optou por tratamento conservador da dissecção da A. Aorta abdominal. Por não evolução clínica, foi realizado implante de endoprótese em A. Iliaca Direita, sendo reabordado no mesmo dia para reconstrução de ponte femoro-femoral com embolotomia, devido a oclusão de membro inferior direito.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso reportado faz referência a arterite de Takayasu e o manejo de suas complicações, uma doença rara que acomete exponencialmente o sexo feminino, visto que, o caso faz menção há um paciente do sexo masculino que evoluiu com complicações. Dentre as diversas manifestações sistêmicas que podem ocorrer, os sintomas de hipertensão e problemas cardíacos são os mais comuns, como no caso do paciente. Como esperado paciente apresentava difícil controle da doença evoluindo com maiores complicações, dados estes, coesos com outras referências. Por falta de tratamento adequado, não obstante, complicação após optado pelo tratamento endovascular necessitando de um manejo mais invasivo. Dessa forma, vê-se a importância não somente no correto diagnóstico, mas no manejo adequado para o paciente, visando evitar possíveis complicações que a doença possa trazer.</p>	<p>TUBERCULOSE PERITONEAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO</p> <p>YASMIN CARDENAS GIORDANI SOARES, GABRIELA TRAVI GARCEZ, GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO, LUIZA GUIMARÃES DE MAGDALENA, MARIANA SANDRINI TONI, MARIANA KUMAIRA FONSECA, RENATA DA SILVEIRA LIMBERGER, RICARDO BREIGEIRON</p> <p><i>HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose peritoneal é um processo inflamatório crônico pelo bacilo de Koch. O peritônio é um dos locais extrapulmonares mais afetados pelo bacilo e está relacionado à imunossupressão; desse modo, observa-se um aumento na incidência de casos, devido ao maior número de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). As manifestações dessa doença são geralmente inespecíficas e o início insidioso, sendo a ascite o sinal clínico mais comum. O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo necessário coletar culturas ou fazer o exame histopatológico para se obter diagnóstico certo. O tratamento para tuberculose peritoneal é clínico, de modo que intervenções cirúrgicas estão indicadas apenas nos casos de complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 34 anos, chega a hospital de referência dois dias após ser submetido a apendicectomia convencional por apendicite aguda, com relato de dor abdominal difusa, febre não aferida, náuseas, inapetência e constipação desde a cirurgia. Possui diagnóstico prévio de HIV, para o qual não faz tratamento, é usuário de drogas e evadiu-se da instituição no primeiro pós-operatório, tendo se negado a ingerir os medicamentos prescritos durante internação. No exame físico da admissão, apresenta sinais de sepse e abdômen distendido, difusamente doloroso à palpação, com irritação peritoneal. Foi solicitada tomografia de abdome, que acusou múltiplas coleções líquidas com impregnação periférica pelo contraste, pequena quantidade de líquido livre, distensão intestinal difusa e pneumoperitônio. Paciente encaminhado para laparotomia exploratória, onde foi identificada distensão de alças de cólon e de segmentos distais de íleo, líquido inflamatório no mesogástrico, na goteira parietocólica direita e na pelve e múltiplas aderências de epíplon na fossa ilíaca direita. Foi desfeito bloqueio local e revisada sutura do coto apendicular. Ademais, foi realizada lavagem abundante da cavidade e optado por confecção de peritoniotomia com curativo a vácuo de Barker. Foram solicitados culturais onde foi isolado bacilo de Koch, revelando o diagnóstico de tuberculose peritoneal. Paciente seguiu com distensão abdominal persistente e evoluiu com múltiplas infecções nosocomiais mesmo após instituição do tratamento com tuberculostáticos, com internação prolongada e peritoniotomia definitiva.</p> <p>DISCUSSÃO: A tuberculose peritoneal é um diagnóstico de difícil realização por ser uma doença relativamente rara e sem sintomas específicos. O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com a cirrose hepática, pois as duas doenças acometem comumente indivíduos alcoólatras. O caso aborda fatores de risco, como o uso de drogas, a não adesão ao tratamento do HIV e a negação diante da necessidade de uso de medicamentos no pós-operatório, os quais coexistiram com uma infecção peritoneal já com sintomas de choque séptico, levando à necessidade de uma intervenção cirúrgica por complicação.</p>
<p>PO 193-1</p> <p>Colecistectomia Laparoscópica em paciente com Situs Inversus Totalis – relato de caso</p> <p>Luís Felipe Salles Cavalcante, Mayara Maranhão Jorge, Carolina Martins Vissoci, Mariana Oliveira Santana, Lívia Zaiden Carvalho Martins de Sa, Victor Mateus Xavier de Santan</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O situs inversus totalis (SIT) é uma condição de natureza etiológica não conhecida, mas acredita-se estar relacionada à predisposição genética e um gene autossômico recessivo, na qual os órgãos do tórax e do abdômen estão dispostos em uma imagem em espelho do posicionamento normal, sendo-os, normalmente, transpostos pelo plano sagital. Como o sistema nervoso central, em geral, não compartilha da transposição, o exame físico pode ser enganador. Além de influenciar na topografia dos sinais e sintomas, essa inversão anatômica exige atenção especial dos cirurgiões, por influenciar o planejamento de procedimentos invasivos e demandar habilidades operatórias especiais. O objetivo deste relato é apresentar uma breve revisão de literatura sobre o assunto e retratar a experiência da técnica cirúrgica de colecistectomia laparoscópica (CL) em um paciente com SIT.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de paciente RTP, 53 anos, portador de colecistopatia crônica calculosa há 3 anos e SIT, internado no serviço de cirurgia geral do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) para realizar procedimento eletivo de colecistectomia videolaparoscópica (VLP). Como residente de cirurgia geral no final da especialização, o procedimento apresentou desafio cirúrgico, uma vez que a mão não dominante exerce papel fundamental para dissecção e apresentação das estruturas do triângulo de Calot e, frequentemente, a contra-tração, realizada com a mão dominante, era ineficaz, aumentando o tempo cirúrgico. Portanto, após essa experiência ficou notória a importância da prática e independência das mãos na cirurgia VLP.</p> <p>DISCUSSÃO: O SIT é uma rara alteração com incidência variando de 0,002% a 1%; afeta todas as principais estruturas do torso, entretanto, na maioria das vezes essa transposição não leva a problemas funcionais, sendo o risco desse paciente apresentar qualquer enfermidade similar ao de indivíduos normais. Conhecer o diagnóstico previamente desses pacientes, preferencialmente por tomografia computadorizada, influencia o planejamento e ajuda na orientação adequada das estruturas abdominais, levando a menos complicações intraoperatórias. A mudança na posição dos órgãos intra-abdominais gera mudanças também na técnica operatória, forçando o cirurgião a abandonar os padrões atualmente utilizados. No caso relatado da CL em um paciente com SIT, o cirurgião principal e o primeiro assistente são posicionados à direita enquanto o segundo assistente e o monitor estavam à esquerda, sendo os trocarteres também colocados de forma espelhada do habitual. A dissecção do triângulo de Calot, nesses casos, é um dos maiores problemas para cirurgiões destros e para superá-lo e várias modificações alternativas foram propostas, como retração da bolsa de Hartmann pelo primeiro assistente ou o posicionamento do cirurgião em pé entre os dois membros inferiores abduzidos do paciente. Assim, o cirurgião assistente com simples mudanças na técnica habitual consegue realizar o procedimento de forma mais ergonômica.</p>	<p>PO 193-3</p> <p>RELATO DE CASO: TRAUMA DE DIAFRAGMA COM EXPOSIÇÃO DE PERICARDIO</p> <p>Fernanda cravo barroso, victor ammar vidal, pedro pinheiro almeida neves, bruno vaz mello</p> <p><i>Hospital municipal lourenco jorge - rio de janeiro - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões diafragmáticas são raras, representando menos de 1% de todas as lesões traumáticas. Geralmente tratam-se de traumas de alta energia, com associação de lesões de múltiplos órgãos, frequentemente abdominais.¹ Os casos em que há exposição de pericárdio, são raros e pouco descritos na literatura.² Seu diagnóstico radiológico muitas vezes é complexo, já que exames de imagem apresentam baixa sensibilidade na identificação das lesões. Em casos de dúvida diagnóstica pode-se complementar a investigação com métodos diagnóstico-terapêuticos invasivos, como a laparoscopia, toracoscopia ou laparotomia diagnóstica.^{3,4} O reparo das lesões diafragmáticas é sempre cirúrgico, sendo a técnica e momento de abordagem, imediata ou tardia, reservados para cada caso específico.⁵</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 54 anos, morador do Rio de Janeiro – RJ, adentrou na emergência do Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), vítima de atropelamento por caminhão de carga, em baixa velocidade. Na avaliação no centro de trauma, fazia uso de colar cervical e prancha rígida. Ao exame encontrava-se lúcido e orientado em tempo e espaço, taquicárdico, eupneico em ar ambiente, Glasgow 15. Referia dor importante em transição toracoabdominal, em topografia epigástrica, onde apresentava escoriação superficial. Foi submetido ao método de FAST, sendo evidenciada moderada quantidade de líquido livre peritoneal. Foi submetido a tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, com contraste arterial e venoso, que confirmou hemoperitônio, fratura pélvica do tipo livro aberto, e moderado hematoma retroperitoneal. Assim, foi optado pela abordagem cirúrgica de emergência, sendo feita a estabilização do quadril pela equipe de ortopedia, e a abordagem abdominal pela equipe de cirurgia geral. Foi observada pequena quantidade de hemoperitônio, associado a laceração diafragmática longitudinal, em sua porção mediana, com extensão de aproximadamente 10 cm, e exposição de saco pericárdico íntegro. Foi feita a rafia da lesão com fio de polipropileno (nº: 0 ; pontos em U) e toracostomia esquerda em selo d'água. Em pós-operatório foi encaminhado à unidade de terapia intensiva, em uso de aminas vasoativas em altas doses. Após 48 horas de pós-operatório, o paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica, e permaneceu sob uso de prótese ventilatória por três semanas. Após 60 dias de internação em unidade fechada, recebeu alta hospitalar, sem sequelas. Segue até o momento em acompanhamento ambulatorial, assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso descrito inicialmente priorizou-se a correção da lesão de maior morbidade, com correção de fratura pélvica. E posteriormente, em inventário abdominal, foi evidenciada a lesão diafragmática, que foi corrigida sem que aumentasse significativamente o tempo operatório. Este trabalho teve como objetivo evidenciar a importância do diagnóstico precoce das lesões diafragmáticas, e reforçar que o tratamento é sempre cirúrgico, estabelecendo caso a caso, seu melhor momento.</p>

PO 194-3	PO 195-1
<p>TRIÁDE DE BECK NO TRAUMA TORÁCICO, UMA EXPERIÊNCIA NA EMERGÊNCIA.</p> <p>Daniel Gontijo Sousa Silva, Camila Parreira de Oliveira, Jessica Barbosa de Oliveira, Humberto Gomes Tuyama, Mateus de Oliveira Passos, Raíssa Arcoverde Borborema Mendes Dytz, Renan Shodi Kuramoto Sado, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A causa mais frequente de feridas cardíacas é o trauma penetrante. As lesões ventriculares costumam ser mais frequentes que as atriais. As feridas penetrantes cardíacas estão associadas a alta mortalidade antes da chegada ao hospital. O diagnóstico de tamponamento cardíaco pode ser difícil. A clássica tríade de Beck (hipotensão arterial, abafamento de bulhas e hipertensão venosa) está presente em cerca de 1/3 dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: L.C.B, 29 anos, negro, admitido na unidade de cirurgia geral de um hospital público de Brasília, trazido pelo SAMU, com relato de agressão por arma branca em couro cabeludo, hemitórax direito e em topografia de apendice xifóide. Admitido em grave estado geral, hipotensão (PA: 95X55 mmHg), taquicárdico (115 bpm), com hipofonese de bulhas cardíacas e rebaixamento do nível de consciência (ECG 5). O paciente foi levado a sala vermelha, submetido à IOT, ressuscitação volêmica com cristalóides e encaminhado ao centro cirúrgico. Submetido a drenagem torácica à direita com saída de 1200 mL, sanguinolento. O paciente foi encaminhado a UTI, ainda com instabilidade hemodinâmica, em uso de 0.08mcg kg/min de Nora. Permaneceu aos cuidados intensivos, evoluindo com sinais de choque hipovolêmico e tríade de Beck. Submetido a ecocardiograma, com achado de redução de volume em VD, derrame pericárdico de grau moderado, sugestivo de derrame pericárdico com tamponamento cardíaco. Reabordado após 48h, com realização de toracotomia (inicialmente realizada incisão antero-lateral direita com posterior ampliação para esquerda). Evidenciado grande quantidade de coágulos em cavidade torácica esquerda, lesão pericárdica e lesão cardíaca (atrio direito) Realizada sutura em bolsa em lesão cardíaca, com fio Prolene 0 (Sem outro fio mais adequado na unidade), com hemostasia. Fechamento parcial do pericárdio com Vicryl 3.0, mantendo boa comunicação com hemitórax direito. Realizado lavagem de cavidade torácica com solução fisiológica 0.9% aquecida e drenagem torácica à esquerda. Fechamento de arcos intercostais com fio de aço. Paciente evoluiu com melhora significativa hemodinamicamente após toracotomia. Ainda em recuperação em leito de unidade intensiva, com ventilação espontânea por traqueostomia, sem instabilidade hemodinâmica e lúcido.</p> <p>DISCUSSÃO: As lesões por arma branca em zona de Ziedler são potencialmente fatais, principalmente lesões atriais. Pacientes que apresentam lesões cardíacas por arma branca e tamponamento pericárdico tem taxa de sobrevivência mais elevada. No caso relatado, observa-se demora no diagnóstico de lesão cardíaca, que poderia ter sido rapidamente fatal caso não estivesse tamponada. Portanto, o rápido transporte, perspicácia clínica e toracotomia de emergência, são fatores que influenciam e aumentam a sobrevivência de pacientes com feridas penetrantes cardíacas.</p>	<p>TUMOR DE FRANTZ DE CABEÇA PANCREÁTICA EM JOVEM DO SEXO FEMININO</p> <p>KAREN GUERRA DE SOUZA, CLAUDIA YANINA GARCIA TORREZ, KAROLINE PASCOAL ILÍDIO PERUCHI, DANIEL GALVÃO VIDAL, CAROLINA BELON ZAGO, LIEGE MORAES, LAURA FELICIANA PAULO, MARCELLO KIM HELLIS ALVES</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor de Frantz, cujo nome homenageia seu primeiro descritor em 1959, é uma condição rara, que acomete predominantemente mulheres jovens. Pode ser assintomático ou apresentar manifestações inespecíficas como dor e/ou massa abdominal palpável. A origem epitelial não foi bem esclarecida na literatura. O tratamento cirúrgico com ressecção do tumor e/ou pancreatectomia é geralmente curativo para doença localizada. Nesse relato apresentamos um caso de Tumor sólido-cístico pseudopapilar localizado em cabeça pancreática acometendo uma paciente jovem do sexo feminino tratado cirurgicamente.</p> <p>RELATO DE CASO: No Hospital Regional de MS, uma paciente foi admitida referindo dor em hipocôndrio direito (HCD), com irradiação para dorso, de caráter progressivo com 1 dia de evolução, associado a 3 episódios de vômitos. Ao exame físico, estava anictérica e afebril, em abdome palpava-se massa em epigástrico estendendo-se ao HCD, dolorosa, fixa. Não havia sinais de peritonite. Os exames laboratoriais não traziam alterações. Realizou Tomografia de abdome e posteriormente Ressonância Magnética evidenciando massa no bordo infero-anterior da cabeça do pâncreas com cerca de 94mm de maior diâmetro, com atenuação cística, multisseptada(septos finos), além de loculações com conteúdo hemático/hiperproteico. Com a hipótese diagnóstica de Tumor de Frantz, a paciente foi submetida a uma gastroduodenopancreatocetomia cefálica + colectomia parcial de transverso + anastomose primária, pois no intraoperatório evidenciou-se tumor localizado na cabeça do pâncreas aderido firmemente aos vasos do meso cólon transverso. A paciente teve boa evolução com alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório. Após seis meses de seguimento não apresentou nenhuma complicação. No anatomo-patológico a peça cirúrgica enviada foi compatível com Tumor sólido-cístico pseudopapilar pancreático com extensa necrose central, sem invasão angiolinfática e com margens livres de comprometimento neoplásico. Realizou-se posteriormente exame de imuno-histoquímica.</p> <p>DISCUSSÃO: O Tumor de Frantz é uma neoplasia com poucos casos descritos na literatura desde sua descoberta. Apesar de se apresentar normalmente como massa tumoral de grande dimensão, raramente invade estruturas vasculares ou órgãos adjacentes. No caso relatado, entretanto, havia invasão para o transverso, sendo o mesmo retirado em monobloco com a peça cirúrgica. Neste relato, o exame de imuno-histoquímica revelou positividade para os marcadores Beta-catenina, CD 10, CD 99, receptor de progesterona e Sinaptofisina. Esses marcadores são descritos na literatura, além ainda da α-1-antitripsina, α-1-Anticlotripsina (AACT), enolase específica para neurônios, CD56 e vimentina. Ainda que seja uma condição rara, o tumor sólido-cístico pseudopapilar deve estar nas hipóteses diagnósticas de massa abdominal em mulheres jovens. A ressecção cirúrgica do tumor normalmente é eficaz, garantindo a cura, porém há necessidade de seguimento dos pacientes. Nossa paciente ainda segue em acompanhamento.</p>
<p>PO 195-2</p> <p>TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR DE ORIGEM BENIGNA: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Glória de Carvalho Palma, Victor Hugo Costa Palma, Daniel Machado Pereira, Guilherme Coelho da Silva, Matheus Jara Reis</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora das Graças - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Usualmente a síndrome da veia cava superior (SVCS) tem sido associada à etiologias malignas, todavia o aumento de procedimentos endovenosos como cateteres venosos centrais e cardio-desfibriladores tem feito crescer o percentual de casos de etiologia benigna, correspondendo a 40% do total de casos atualmente envolvendo a SVCS. Anatômica, a veia cava superior (VCS) é formada pela união das duas veias inomíadas, direita e esquerda, localizada no mediastino médio, à direita da artéria aorta e anteriormente à traqueia. Os sinais compreendem a dilatação das veias do pescoço, edema dos membros superiores ou cianose e a obstrução pode ser causada por compressão extrínseca, trombose, tumor, doenças intra-atriais ou intraluminais. Dessa maneira, os tratamentos endovasculares tem sido cada vez mais uma opção segura e eficaz de tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.L.C.S., 45 anos, sexo feminino, portadora da SVCS de origem benigna, não tabagista, hipertensa, insuficiência renal crônica, com acessos vasculares prévios. Admitida na Emergência com queixa de edema nos membros superiores, pressão na cabeça e rubor da face. Informou a piora dos sintomas quando deitava ou realizava movimentos de baixar a cabeça. Solicita-se angioressonância e o exame mostrou a extensa trombose do tronco braquiocéfálico direito assim como na veia subclávia direita, com obstrução da VCS. Realizou-se o tratamento endovascular, angioplastia venosa, para a colocação do stent. Abordagem da veia braquial direita, passagem de fio guia hidrofílico pela zona obstruída. Na flebografia do intra-operatório foi observada a re-canalização completa tanto do tronco braquiocéfálico direito quanto da VCS. Após 36 horas de pós cirúrgico a paciente recebeu alta hospitalar e já que relatava um alívio significativo dos sintomas. Manteve-se anticoagulada e encontra-se em acompanhamento há 6 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: As opções de tratamento hoje disponíveis incluem a angioplastia transluminal percutânea, a trombólise farmacológica/meccânica ou ainda os stents metálicos, sendo a angioplastia e o stent os que demonstram na literatura as melhores taxas de sucesso no pós cirúrgico. Dessa maneira, o tratamento endovascular nos casos de (SVCS) mostrou-se uma excelente alternativa, podendo ajudar na promoção da melhoria dos sintomas e no restauro do retorno venoso mais rapidamente, garantindo assim um tempo de internação menor para o paciente, bem como uma melhor recuperação.</p>	<p>PO 195-3</p> <p>PSEUDOCISTO PANCREÁTICO POS-TRAUMÁTICO COM LESÃO TOTAL DO DUCTO DE WIRSUNG: RELATO DE CASO</p> <p>RODOLFO REZENDE NEVES, CARLOS ALBERTO RODRIGUES JUNIOR, AMANDA VIEIRA RUIZ, LUIZ HENRIQUE MORAIS SAMPAIO ARAUJO, MARCELO HENRIQUE MENESES, PEDRO MANUEL GONZALES CUELLAR</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - Palmas - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões traumáticas do pâncreas são raras, mas estão associadas com alta morbidade e mortalidade, especialmente quando o diagnóstico é feito previamente. Incide em cerca de 1% a 12% dos pacientes com trauma abdominal, principalmente adultos jovens do sexo masculino. A lesão isolada do pâncreas é rara, devido à proximidade a outras estruturas vitais e à intensidade do trauma. O diagnóstico de lesão pancreática é difícil de ser feito no período pré-operatório, sendo diagnosticada incidentalmente durante laparotomia exploradora (LE) por trauma abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 13 anos, vítima de trauma abdominal fechado em epigástrico por queda de cavalo há vinte dias foi admitido no serviço de cirurgia com queixa de dor abdominal. Em exame de imagem inicial (FAST) apresentou resultado negativo. Em exame de tomografia computadorizada (TC), foram evidenciadas três lesões hepáticas grau III e pequena quantidade de líquido livre na cavidade. Optou-se por tratamento cirúrgico devido à piora da dor abdominal. Foi submetido a LE com rafia hepática e drenagem da cavidade. Após, o paciente recebeu alta hospitalar assintomático. Com cerca de 20 dias de pós-operatório, o paciente retornou com quadro de dor abdominal e distensão, associados a vômitos incoercíveis e desidratação. Em nova TC foi evidenciada lesão pancreática grau III, com avulsão cabeça-corpo e ruptura total do ducto de Wirsung. Além disso, presença de volumoso pseudocisto pancreático e cápsula organizada. Optou-se por tratamento cirúrgico, sendo realizada derivação pseudocisto-jejunal em Y de Roux. Após, recebeu suporte clínico em unidade de tratamento intensivo, com dieta parenteral precoce e acetato de octreotida endovenoso, evoluindo com melhora progressiva e alta hospitalar, assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: Em avaliação retrospectiva verificou-se que na primeira TC realizada já se podia evidenciar um trauma pancreático grau III. Alguns achados podem sugerir o trauma pancreático: dor abdominal, contusão ou abrasão em andar superior do abdome e fratura de vértebra torácica. Durante a exploração cirúrgica, alguns sinais são mandatórios de inspeção pancreática: hematoma retroperitoneal central, edema peripancreático e vazamento de bile no espaço retroperitoneal. Apesar de mais sensível que a ultrassonografia, lesões pancreáticas significantes podem passar despercebidas à TC, e as lesões associadas mais frequentes são as do fígado, como ocorreu neste caso.</p>

PO 196-2	PO 196-3
<p>MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PLANTAR COM ULCERA CRONICA NAO CICATRIZANTE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Frank Luiz Pereira Carnesi, LUCAS HENRIQUE SOUZA AZEVÉDO, Paulo Vítor Miranda Macedo de Brito, Marcus Vinicius Meneses da Silva, Itallo de Almeida Pinheiro, Jonatan Eduardo Silva, Kalley Santos Cavalcante, Ly de Freitas Fernandes</p> <p><i>Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A classificação das anomalias vasculares pela literatura médica mostrou-se como um desafio ao longo do tempo, sendo que avanços mais significativos vieram sobretudo com estudos de Glowacki e Mulliken e sua categorização das anomalias em hemangiomas e malformações vasculares. Essas, por sua vez, dividem-se em 2 tipos: as de alto e baixo fluxo, estando as Malformações Arteriovenosas (MAVs) incluídas nas de alto fluxo. Nesse contexto, insere-se a MAV plantar, anomalia rara com escassos estudos recentes publicados no Brasil. Com a intenção de discutir melhor o tema, segue-se a realização deste estudo.</p> <p>RELATO DE CASO: M.D.A, 56 anos, sexo feminino, iniciou quadro sintomático há 38 anos com o surgimento de lesão no dorso e face lateral do pé esquerdo, do tipo úlcera, avermelhada com tecido de granulação e sem secreção. Há 9 anos é encaminhada ao HC-UFG, recebendo diagnóstico de MAV plantar após arteriografia de MIE, evidenciando também massa pulsátil em região de punção da A. Femoral. Posteriormente faz-se o uso da técnica de embolização como medida Terapêutica. Paciente retorna anualmente para acompanhamento ambulatorial e continuação do tratamento Endovascular pela mesma técnica. Há um ano, no entanto, paciente queixa de dor em MIE concomitante ao aumento do diâmetro da úlcera. Exame de Doppler Venoso realizado em 2017 evidencia V. Safena Magna com refluxo segmentar em MIE.</p> <p>DISCUSSÃO: As malformações vasculares são comunicações anormais entre artérias e veias, podendo ter apresentação clínica e evolução imprevisíveis. Apesar de a embolização ser o procedimento mais utilizado antes da ressecção cirúrgica, em alguns casos raros usa-se esse procedimento endovascular como a única ferramenta curativa, principalmente em locais inacessíveis cirurgicamente, a fim de eliminar o desvio vascular anormal ou nidus. Tanto no método endovascular como no cirúrgico é necessária a oclusão completa da lesão, devendo ser evitadas oclusões isoladas dos vasos nutridores, posto que isto pode acarretar no reaparecimento da MAV pelo retorno da circulação colateral não ocluída previamente. A MAV plantar portanto, é uma anomalia rara, destacando-se entre as patologias vasculares pela sua complexidade terapêutica, tanto mais quando é associada à manifestações clínicas como úlceras crônicas não cicatrizantes. O caso em questão ilustra uma paciente com essa anomalia, servindo para chamar a atenção da dificuldade da efetividade do tratamento endovascular em casos avançados.</p>	<p>PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR CORPO ESTRANHO COM POSTERIOR FORMAÇÃO DE ABSCESSO PERI-HEPÁTICO</p> <p>ARTHUR CONTE KASPER, ANA CAROLINA GATTO BORDIGNON, THAMY SANTOS, RAYSSA PRA BUSS, LUIZ HENRIQUE LOCKS CORREA, CASSIANO CORAL ACCORDI, NATÁLIA POLETTI, MICHELLE ALVES SCARDUELLI</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - TUBARAO - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perfuração do trato gastrointestinal pela ingestão de corpos estranhos é extremamente rara em pacientes saudáveis, com uma taxa de ocorrência menor do que 1% dos casos necessitando intervenção cirúrgica. Dessa forma, a apresentação clínica é variada e implica em desafios para o diagnóstico, uma vez que os pacientes não relatam a ingestão de corpos estranhos e a clínica é inespecífica, o que acarreta no atraso diagnóstico. Logo, a maioria dos corpos estranhos que chegam ao estômago passam ao intestino sem complicações. Entretanto, objetos duros, alongados e com ponta como palitos de dente podem causar sangramento gastrointestinal, perfuração do intestino, obstrução ou sepse. O presente relato irá descrever um caso de perfuração gástrica pela ingestão de corpo estranho acarretando em abscesso peri-hepático, a associação dos exames de imagem para diagnóstico e posterior tratamento cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.S.V, feminina, 54 anos, deu entrada no serviço de emergência com queixa de dor abdominal intensa, febre de 39°C e vômitos líquidos. Paciente diabética insulino-dependente e portadora de transtorno depressivo maior. Ao exame físico encontrava-se taquicárdica, referia dor abdominal a palpação difusa e importante dor em hipocôndrio direito. Contudo, não apresentou sinal de irritação peritônea. Realizada Tomografia de Abdome Total, evidenciou-se o espessamento parietal concêntrico e simétrico do antrogástrico com borramento da gordura na região anterior com pequena estrutura linear hiperdensa, medindo 2,4cm, que se estende até a coleção subfrenica que mede 4,1x2,7x2,6cm (18ml) compatível com corpo estranho em coleção subhepática organizada e pequena quantidade de líquido livre peri-hepático. Em seguida, a paciente foi submetida a laparotomia mediana supra umbilical onde encontrou-se moderada quantidade de secreção purulenta, a qual foi enviada para cultura. O omento bloqueava a microperfuração gástrica, motivo pelo qual impediu a proliferação da inflamação ao peritôneo. Realizou-se lavagem exaustiva da cavidade, gastroplastia na região microperfurada, colocação de dreno de penrose e fechamento dos planos. No pós-operatório a paciente apresentou poucas queixas algicas e após 5 dias recebeu alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Relatou-se um caso raro de perfuração gástrica por ingestão de um palito de dente com posterior formação de abscesso peri-hepático, cujo diagnóstico pré-operatório foi por meio de TC de abdome, uma vez que exames laboratoriais, USG abdominal e Raio X de abdome agudo não corroboraram para o diagnóstico. Além disso, é comum aos pacientes não referirem a ingestão de corpos estranhos e estes serem assintomáticos até causarem complicações em órgãos adjacentes. A ocorrência de perfuração gástrica com posterior formação de abscesso hepático é rara. Em casos como esse, é necessária a investigação cavitária para remoção do corpo estranho, drenagem do abscesso e reparo da perfuração do trato gastrointestinal.</p>
<p>PO 197-1</p> <p>TUMOR DE GRUBER-FRANTZ DE CORPO E CAUDA DE PANCREAS</p> <p>Márcio Alexandre Terra Passos, André Nicolas Bianchim, Aline Queiroz Trovão, Nilson Chaves Júnior, Lucineide Martins de Oliveira Maia, Fernanda Figueira Feijó, Thales Macedo Vieira, Wanessa Moreira de Barros</p> <p><i>Universidade de Vassouras - vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Gruber-Frantz é considerado raro, predizendo mulheres jovens, muito confundido com pseudocisto pancreático. São benignos, de baixo potencial de malignidade, sendo necessária a ressecção cirúrgica total do mesmo com bom prognóstico. O presente relato de caso objetiva demonstrar suas características, evolução, bem como dificuldades diagnósticas e grau de sucesso da terapêutica aplicada</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo feminino, 40 anos, dor em hipocôndrio esquerdo e fossa ilíaca esquerda há 5 anos, desde sua submissão de cirurgia de colecistectomia. A paciente relatou que sua dor era progressiva em forma de cólicas, as quais se agravavam após alimentação gordurosa. Exame físico sem alterações, porém devido aos sintomas descritos foi solicitada a realização de tomografia computadorizada de abdome. A tomografia indicou lesão levemente hipodensa e hipocaptante de contraste, parcialmente exofítica, localizando-se no terço médio da cauda do pâncreas em borda anterior, levemente lobulada, e com áreas marcadamente hipodensas de perimeio, sugerindo lesão neoplásica. Para melhor elucidação foi pedido RNM que assinalou formação nodular cística no corpo e cauda pancreática, com componentes sólidos captantes de contraste, indicando acometimento neoplásico primário do pâncreas, com possíveis implantes secundários em fígado em segmento IV e a segunda no segmento V/VIII, sem linfonodomegalias. A paciente passou por parapneumotomia corpo-caudal, esplenectomia e metastasectomia hepática, sem qualquer intercorrência. O anátomo-patológico revelou neoplasia pancreática constituída por células poligonais, com núcleos arredondados e ovoides com aspecto pseudo papilar, e células arredondadas, as quais formavam estruturas tuberculares com núcleos arredondados. Deste modo, a análise imunohistoquímica determinou o diagnóstico definitivo, confirmando o diagnóstico de tumor de Gruber-Frantz.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato é relevante pela dificuldade do diagnóstico da neoplasia pancreática, pois houve dúvida entre o tumor em questão e tumores endócrinos pancreáticos, necessitando de imunohistoquímica para o descarte do último. Tal tumor ocorre frequentemente em mulheres de 22 a 24 anos, correspondendo a 90% dos casos. Assim, como a paciente possuía 40 anos de idade, reforça-se a necessidade de expansão epidemiológica para esse diagnóstico. A terapêutica adotada para o presente relato é a mais adequada para casos equivalentes ao relatado, assim como para pessoas com doença difundida, sendo utilizada a pancreatectomia corpo-caudal, a esplenectomia, e a metastasectomia hepática. Assinala-se, também, a necessidade de acompanhamento clínico a fim de melhoria das respostas obtidas, bem como observação de recidiva. Por fim, como decorrência da baixa malignidade e recorrência, bem como da ressecção total da lesão, na maioria dos casos o prognóstico é favorável, alcançando uma taxa de sobrevivência de 97% num período de 2 anos, e de 95% num período de 5 anos.</p>	<p>PO 198-2</p> <p>SINDROME DE NUTCRACKER: UM RELATO DE CASO</p> <p>Andressa Mariane Borba Lima, Marcus Vinicius Meneses da Silva, Beatriz Bandeira Cavalcante, Frank Luiz Pereira Carnesi, Lucas Henrique Souza de Azevedo, Paulo Vítor Miranda Macedo de Brito, Kalley Santos Cavalcante, Jonatan Eduardo Silva</p> <p><i>UFG - Goiânia - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Nutcracker (SN) ou síndrome de quebra-nozes, é uma condição primariamente vascular que surge através de uma compressão da veia renal esquerda pelas artérias aorta abdominal e mesentérica superior. Decorre de uma diminuição do ângulo entre estes dois vasos, levando à obstrução do fluxo da veia renal esquerda e, com isso, à hipertensão venosa. É mais prevalente em mulheres, sendo uma importante causa de dor pélvica crônica subdiagnosticada no meio médico.</p> <p>RELATO DE CASO: M.V.L., 17 anos, sexo feminino, iniciou há cerca de 8 anos hematuria associada à disúria, polaciúria, nictúria, palidez e dores lombares difusas, sendo internada para investigação do caso, porém sem diagnóstico definido. Desde então, referia hematurias macroscópicas recorrentes em conjunto com astenia, prostração e hiporexia. Realizou ureteroscopia a fim de investigar a origem da hematuria, não sendo identificada. Foi encaminhada ao Hospital das Clínicas (HC-UFG) em 2013, e feito uma Tomografia Computadorizada (TC) abdominal pélvica que revelou compressão e afilamento da veia renal esquerda pela artéria aorta e artéria mesentérica superior associado à ectasia de vasos pélvicos. Com base na apresentação clínica da paciente e nos exames de imagem, a SN foi diagnosticada. Desde então, faz acompanhamento ambulatorial para tratamento clínico no Serviço de Cirurgia Vascular. Em uso atual de diosmin e em tratamento para anemia.</p> <p>DISCUSSÃO: A SN pode representar uma variante do normal, assintomática, ou pode desencadear manifestações clínicas significativas, como hematuria, proteinúria, dor lombar ou em flanco esquerdo, fadiga crônica e congestão pélvica. O diagnóstico é de exclusão, sendo necessário a investigação prévia de outras causas mais frequentes. Exames de imagem são essenciais, como a angiressonância, angiotomografia, ultrassonografia por Doppler ou mesmo a flebografia, sendo o diagnóstico da síndrome realizado pela associação dos sintomas com a alteração radiológica. O tratamento é clínico ou cirúrgico, dependendo da gravidade dos sintomas. O clínico é sugerido aos pacientes que apresentam sintomas toleráveis, como leve hematuria. Já o cirúrgico é indicado nos casos de hematuria severa associada a anemia, insuficiência renal funcional, severa dor pélvica ou ineficácia de tratamento conservador após 24 meses de acompanhamento clínico. Contudo, a abordagem terapêutica em idade pediátrica deve ser conservadora pois pode haver remissão espontânea dos sintomas em até 75% casos durante o processo de crescimento, por alterações da anatomia vascular, sendo assim necessário a vigilância clínica. A SN é uma condição rara, que apresenta dificuldades para sua avaliação e que necessita de um alto índice de suspeita clínica para se obter um diagnóstico precoce e evitar procedimentos investigativos desnecessários e complicações como a trombose da veia renal.</p>

PO 198-3	PO 199-2
<p>FISTULA CAROTÍDEO CAVERNOSA TRAUMÁTICA</p> <p>DANIEL OLIVEIRA COELHO, MÔNICA CRISTINA NASCIMENTO SILVA, LIANA PAULA GUTERRES CORRÊA, LUMA SOLIDADE BARRETO, MICAELA HENRIETTE GASPAR SOUZA, PAULA BACELAR DE CARVALHO, LIVIA SOLIDADE BARRETO, GABRIEL DE SOUSA MACEDO</p> <p><i>UNICEUMA - SÃO LUIS - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A FÍSTULA CAROTÍDEO CAVERNOSA(FCC) É UMA COMUNICAÇÃO PATOLÓGICA ENTRE A ARTERIA CARÓTIDA INTERNA E O SEIO CAVERNOSO. CARACTERIZA-SE POR CONEXÕES ESPONTÂNEAS OU ADQUIRIDAS, QUE PODEM SER CLASSIFICADAS COMO DIRETA OU INDIRETA, E DE ALTO FLUXO OU DE BAIXO FLUXO, SEGUINDO A HEMODINÂMICA RESULTAM DE TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO(TCE), DISPLASIA FIBROMUSCULAR, DISSECÇÃO ARTERIAL, SÍNDROMES DE DEFICIÊNCIA DE COLÁGENO E RUPTURA DE ANEURISMA CAVERNOSO DA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SE BASEIAM NA TRIÁDE CLÁSSICA: SOPRO PULSÁTIL (85%), PROPTOSE (79%) E HIPEREMIA CONJUNTIVAL (70%). ENTRETANTO, CEFALÉIA, DOR RETRO ORBITÁRIA, OFTALMOPLÉGIA, DIPLOPIA E ZUMBIDO DE CARÁTER PULSÁTIL PODEM ESTAR PRESENTES.</p> <p>RELATO DE CASO: S.P.N. MASCULINO, 23 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA POR ALGUNS MINUTOS, EVOLUIU COM CEFALÉIA INTENSA. ENCAMINHADO PARA O PRONTO SOCORRO, REALIZOU TOMOGRAFIA DE CRÂNIO(TC) QUE NÃO EVIDENCIOU ALTERAÇÕES, TRATADO COM ANALGÉSICOS, OPIOIDES E ANTI INFLAMATÓRIOS ATÉ ALTA HOSPITALAR. APROXIMADAMENTE 45 DIAS APÓS O TRAUMA APRESENTOU EDEMA PERIORBITÁRIO À ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL E SENSÇÃO DE "AREIA NOS OLHOS". EVOLUIU COM A MESMA SINTOMATOLOGIA NO OLHO DIREITO, ASSOCIADO A PROPTOSE OCULAR E EDEMA (4+/4+) DE GLOBO OCULAR. AO EXAME OFTALMOLÓGICO: PROPTOSE DO GLOBO OCULAR BILATERAL, MAIS ACENTUADO À DIREITA, INJEÇÃO CILIAR E QUEMOSE BILATERAL. SOPRO À AUSCULTA E EXOFTALMIA PULSÁTIL. REDUÇÃO IMPORTANTE DO CAMPO VISUAL, COM DIMINUIÇÃO GLOBAL DA SENSIBILIDADE. MOTILIDADE OCULAR REVELOU PARALISIA DO II, IV E VI PARES CRANIANOS. FOI SOLICITADO ANGIOGRAFIA QUE DEMONSTROU FCC DIRETA ESQUERDA, COM REFLUXO VENOSO AO SEIO CONTRALATERAL E VEIA OFTÁLMICA ESQUERDA. CONDUZA REALIZADA PELO SERVIÇO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA COM TRATAMENTO ENDOVASCULAR ATRAVÉS DE PUNÇÃO EM ARTERIA FEMORAL ESQUERDA, MEDIANTE EMBOLIZAÇÃO COM 14 MOLAS DE PLATINA COM LARGAGEM CONTROLADA, OBTENDO-SE OCLUSÃO DO SEIO CAVERNOSO E DA CARÓTIDA INTERNA, AMBOS DO LADO ESQUERDO. APÓS PROCEDIMENTO, PACIENTE EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO PROGRESSIVA E TOTAL DA QUEMOSE BILATERAL, REDUÇÃO DA DOR RETRO ORBITÁRIA, PORÉM TEVE PERDA TOTAL DA VISÃO E DA SENSIBILIDADE DO OLHO DIREITO POR ISQUEMIA DO NERVO ÓPTICO E PERDA PARCIAL DA ACUIDADE VISUAL ESQUERDA.</p> <p>DISCUSSÃO: AS FCCs PÓS-TRAUMÁTICAS OCORREM EM CERCA DE 0,2% DOS TCEs. NA LITERATURA AINDA HÁ MUITA DISCORDÂNCIA SOBRE A FISIOPATOLOGIA DAS FISTULAS PÓS TRAUMA. DESSA FORMA, É IMPORTANTE REGISTRAR CASOS COMO ESTE DEVIDO POUCOS RELATOS DE TCEs COMPLICANDO COM A FORMAÇÃO DE FCC. INCOMUMENTE, A FORMAÇÃO DA FCC NO CASO DESCRITO FORMOU-SE TARDIAMENTE CONFORME TC SEM ALTERAÇÕES VASCULARES E ANATÔMICAS NO PRIMEIRO ATENDIMENTO. A SINTOMATOLOGIA OCULAR SURTIU MAIS DE 1 MÊS APÓS O TRAUMA. O MANEJO ENDOVASCULAR DEVE SER O MÉTODO DE ESCOLHA EM CASO DE TRAUMOSE ESTENDENDO-SE ALÉM DA FISTULA, PROPTOSE, DIMINUIÇÃO OU PERDA DA ACUIDADE VISUAL ENTRE OUTRAS ALTERAÇÕES QUE POSSAM TER COMPLICAÇÕES DE CARÁTER IRREVERSÍVEL.</p>	<p>TRAUMA VASCULAR EM REGIÃO INGUINAL</p> <p>Luiza Zaziki Millani, Francis Vogel, Alessandro Marques Santos, Rafael Pelissaro</p> <p><i>Universidade Católica de Pelotas - PELOTAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os traumas de membros têm grande impacto nos centros de saúde de todo o mundo. Somente no ano de 2012, foram relatados 501.750 casos nos EUA. Cerca de um terço destes pacientes são hospitalizados com ferimentos graves ou tem risco amputação. Em uma análise de 3187 traumas de membros inferiores que exigiram reparos vasculares, obteve-se uma taxa amputação de 10%. Esse valor representa a gravidade que os traumas vasculares vêm assumindo nas emergências. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de traumatismo vascular complexo em membro inferior.</p> <p>RELATO DE CASO: E.M.D, 17 anos. Paciente, vítima de acidente motociclistico no interior do RS, sofreu trauma corto-contuso em região inguinal E. Foi atendido por equipe cirúrgica geral local, onde foi realizado hemostasia com ligadura dos vasos sangrantes e encaminhado paciente para o serviço de referência vascular da região. Ao ser atendido por tal serviço, com 24 horas de evolução do quadro, o exame físico era MIE frio, sem pulso, com fluxo monofásico de doppler, laboratoriais HB 8,4, plaquetas 89000. Paciente apresentava importante hematoma em região inguinal, assim foi indicado exploração cirúrgica de imediato, onde foi evidenciado lesão parcial da veia femoral, lesão total da artéria femoral superficial e lesão parcial do nervo. Foi realizado reparo da veia, ponte safena com veia autóloga invertida contralateral na artéria e fasciotomia em MIE em mesmo tempo cirúrgico. Paciente foi encaminhado para recuperação, onde foi feito controle de diurese, hidratação, e a solicitação de exames. A antibioticoterapia foi feita com cefazolina sódica e anticoagulação com enoxaparina. Na evolução, em 48 horas, foi realizado desbridamento devido a necrose parcial de compartimento anterior da perna. Após, paciente evoluiu bem, com diminuição do edema e granulação da ferida. Manteve pulsos distais preservados pós cirurgia. Com melhora clínica, recebeu alta hospitalar após 55 dias da internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Em todo mundo as lesões causadas pelo trânsito são a principal causa de morte entre 18 e 29 anos. O alto índice de mortalidade é relacionado a diversos fatores, que vão desde falhas emergenciais até causas clínicas. O volume de sangue perdido, associa-se diretamente ao risco de vida, principalmente quando a lesão se dá em artérias tronculares (artéria axilar e artéria femoral comum), reforçando a ideia de que a hemorragia deve ser manejada de forma ágil. Somado a isto, mais de 45 milhões de pessoas sofrem de incapacidade moderada a cada ano devido ao trauma. Estes pacientes apresentam comorbidades, que podem ser relacionados a ferida (infecção, necrose, osteomielite), tromboembolismo venoso, rhabdomiólise, e complicações tardias como amputação e ossificação heterotópica nos membros residuais. Nesse contexto, faz-se necessário que o atendimento se realize em curto prazo, com corpo profissional apto a receber esses pacientes, bem como a estrutura para hospitalizações prolongadas e reavaliações recorrentes com adicionais operatórios.</p>
<p>PO 199-3</p> <p>TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO RETROPERITONEAL EM ZONA II: UM RELATO DE CASO</p> <p>José Guilherme Belchior Costa, Carlos Brandão Feitosa Nina, Suzane Katy Rocha Oliveira, João Marcelo Garcez Alves, Manoel Lages Castello Branco Neto, Lorayne Lino Sousa, Hiago Sousa Bastos, Blenda Michelle Eloi Bezerra Lima Sousa Barros</p> <p><i>UniCEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O traumatismo em região abdominal é caracterizado de duas formas, fechado e aberto. Na primeira forma, é determinado por forças de desaceleração ou transmissão de choque pela parede abdominal, enquanto o trauma aberto é geralmente causado por lesões de projéteis de arma de fogo ou arma branca. É importante frisar que estes tipos de incidentes nas estruturas abdominais podem vir a ser acompanhados por grandes sangramentos, seja por lesões de vísceras sólidas, ou por lesão de grandes vasos, assim como também pela possibilidade de gerar irritação peritoneal devido ao trauma e a exposição de conteúdos das alças intestinais ou do próprio sangramento dentro da cavidade abdominal. Ressalta-se, ainda, que 40% das feridas em flanco podem determinar lesões intraperitoneais graves. Este relato tem a intenção de mostrar um trauma abdominal e seu consequente manejo para a comunidade científica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero masculino, 26 anos, deu entrada no hospital Clementino Moura (São Luís-MA) procedente do interior de Olinda Nova-MA com história de acidente com queda e impacto no abdome por artefato de construção (ferro 3/8), sofrendo durante o trauma ferimento penetrante em região do flanco esquerdo. Paciente referiu esquema vacinal para o tétano atualizado. Ao exame físico, paciente eupneico, acianótico, com saturação em ar ambiente de 98%, sem sinais de obstrução, tempo de preenchimento capilar maior que 2,0 segundos. Sinais Vitais: PA= 127x74 mmHg; Tax= 38 ° C, R= 20 i.r.p.m.; FC= 91 batimentos/min. Escala de coma de Glasgow = 15. Após anestesia local da lesão confirmou-se o diagnóstico de ferimento penetrante abdominal. Os exames complementares não constatarem fraturas associadas ou lesões em outras regiões. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para Laparotomia exploradora de emergência sob anestesia geral, com realização de incisão do tipo mediana xifo-púbica. Achado cirúrgico: grande hematoma em região retroperitoneal na zona II, ausência de secreção líquida na cavidade intraperitoneal. Foi realizada manobra de Mattox, sendo constatada lesão de colón descendente, reconstituída por rafia primária. Realizada lavagem e revisão de cavidade abdominal com síntese da parede abdominal por planos. O paciente fez uso de Gentamicina, com introdução progressiva de dieta a partir do segundo dia de pós operatório. Paciente apresentou evolução satisfatória, sem complicações recebendo alta hospitalar no 7º dia de internação hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso mostra que o atendimento inicial ao paciente com trauma abdominal, a sua primeira avaliação não visa determinar precisamente o órgão acometido, e sim se requer a análise correta por uma indicação cirúrgica de emergência. Os exames de imagem como TC de abdome em pacientes sem sinais de peritonite é um grande aliado, já que o trauma nessas regiões pode acometer órgãos intra e retroperitoneais. A cirurgia realizada de forma precoce em pacientes com lesão de colón tem a chances de infecção pós-trauma sensivelmente reduzidas.</p>	<p>PO 200-1</p> <p>ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA COMO TRATAMENTO PALIATIVO EM TUMOR DE PÂNCREAS AVANÇADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, FLORA DE SOUZA BRANDÃO REIS, JOÃO PEREIRA DE ASSIS NETO, MARCELA ROLIM DA CRUZ, MARIA RAFAELA FECHINE GARCIA, RINALDO MOREIRA PINTO FILHO</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A icterícia obstrutiva ocorre quando existe impedimento do fluxo da bile do hepatócito ao duodeno, ocorrendo aumento da pressão ductal e, portanto, contaminação da bile para o todo o organismo. Como opção ao fluxo da bile, existem medidas como a amplificação do canal que liga a via biliar ao cóleoco através de stents plásticos/metálicos que criem nova rota à bile. Dentre as opções, a anastomose biliodigestiva consiste na união entre um segmento da via extra-hepática com uma porção do tubo digestivo, no intuito de restaurar o fluxo da bile e reconstruir a via, impedindo que o corrimento fique preso e manifeste-se obstrutivamente com quadro icterício.</p> <p>RELATO DE CASO: F.E.S, 80 anos, deu entrada no hospital Santa Isabel – JP/PB com histórico de dor abdominal em alto ventre associado a icterícia progressiva e prurido há 3 meses com episódios de vômitos em borra de café, havendo perda ponderal (10kg em 1 ano). À investigação, exames constatarem bilirrubina direta 15,05; indireta 5,22; AST 213; ALT 165; fosfatase alcalina 1860; gama-GT 2113; e colangiressonância evidenciou dilatação de vias biliares com em terço médio do cóleoco caracterizando material de baixo sinal em T2, suspeita de processo neoplásico nas vias biliares, cujo diagnóstico de coleococlitase e tumor de cabeça de pâncreas. Durante a internação, tentou-se drenagem endoscópica sem sucesso, devido redução luminal importante na curvatura superior do duodeno; optando-se, então, pela drenagem percutânea guiada por USG abdominal para alívio de sintomas e drenagem externa do conteúdo, atenuando quadro obstrutivo da paciente. 20 dias seguintes, já havendo retorno do quadro foi realizada colangiografia com papilotomia e citologia cf tentativa de endoprótese metálica no orifício por onde a secreção biliopancreática é eliminada; no entanto, por causa do intenso estreitamento não foi possível posicionar a prótese biliar. Paciente permaneceu internada com flutuação do quadro de vômitos, icterícia (3+/4+), sendo adotada a hemoderivação biliodigestiva cirúrgica entre uma alça jejunal e a vesícula como alternativa paliativa ao tumor de cabeça de pâncreas.</p> <p>DISCUSSÃO: Sendo a icterícia obstrutiva a principal forma de apresentação da neoplasia pancreática, a descompressão biliar paliativa pode trazer conforto ao paciente aliviando o quadro icterício e de prurido. Esta, pode ocorrer por via endoscópica, radiológica ou cirúrgica; sendo a última abordagem mais eficiente em combater a recidiva do quadro biliar, enquanto a endoscópica mais vantajosa em quadros delicados com condições clínicas desfavoráveis. Com relação ao stent, o metálico tem reconhecida maior taxa de sucesso no alívio icterício. Dentre as anastomoses biliodigestivas mais frequentes, a colecistojunal primeiramente e a coleocoduodenostomia constituem boas opções de alívio do quadro de câncer de pâncreas avançado, desde que com morbimortalidade aceitável, garantindo um menor comprometimento na sobrevida do paciente.</p>

PO 201-1	PO 202-3
<p>EVOLUÇÃO DE HERNIA INGUINAL EM UM PACIENTE CIRURGIAO</p> <p>Valdinaldo Aragão de Melo, Paulo Vicente Santos Filho, Gustavo Torres Xavier, Rafael Coutinho Santana, Mariana Santos, Rafael Silva Santos, Israel Azevedo Siqueira de Carvalho, Durval José de Santana Neto</p> <p><i>Universidade Tiradentes - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Informar a evolução de uma hérnia inguinal dos primeiros sintomas ao risco de complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Em 1998 fui submetido a hernioplastia inguinal esquerda pela Técnica de Lichtenstein com anestesia local sem intercorrências. Um ano após comecei a sentir dor de pequena intensidade na região inguinal direita. Após alguns meses apareceu pequeno abaulamento local. Não limitava atividades físicas e nem profissionais. o tempo foi passando e o abaulamento foi aumentando de tamanho até atingir 2 cm aproximadamente. Como não incomodava, reduzia prontamente, fiquei por anos sem necessidade de operar. Continuu crescendo até atingir em torno de 4 cm aos 15 anos de evolução. Sem sintomas importantes. Já sabia que era uma hérnia direta ao exame físico. Aos 20 anos de evolução veio uma ameaça de complicação. Após andar em viagem internacional por mais de 200 quilômetros de extensão em 21 dias de subidas e descidas de castelos medievais na Espanha, finalmente ela encarcerou e após 30 a 60 minutos de tentativa de redução, ela reduziu e permitiu que não fizesse cirurgia de urgência. Passado o susto me preparei para cirurgia eletiva com anestesia local. Fim da história bem sucedida. Conclusão- a indicação de cirurgia para hérnia inguinal deverá ser de acordo com a evolução de cada paciente</p> <p>DISCUSSÃO: A indicação de Cirurgia da Hérnia inguinal na literatura internacional é absoluta, respeitando as comorbidades e contra-indicações.</p>	<p>TRAUMA TORACICO FECHADO COM HERNIA DIAFRAGMATICA DIREITA</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, CAMILA MIE KAWATA YOSHIDA, GABRIEL CADIDÉ MELO, GUSTAVO LIMA NEVES, CAMILA COSTA SILVA, BEATRIZ TEBALDI CARVALHO, MATHEUS ESTIDES RODRIGUES FARIA SOUZA</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relato de caso de hérnia diafragmática traumática direita pós trauma fechado de alta energia com descolamento de todo diafragma desenvolvendo tardiamente atelectasia pulmonar total e insuficiência respiratória com evisceração do fígado ocupando todo espaço do hemitórax direito. Acontecem em 19% das rupturas do lado direito sendo explicada pela contenção e proteção do fígado ao hemidiafragma.</p> <p>RELATO DE CASO: PMS, 13 anos, masculino, motociclista, trazido pelo resgate pós colisão lateral, moto x automóvel, em alta velocidade, durante perseguição policial. Na admissão murmúrio vesicular diminuído a direita, saturando 98% em ar ambiente, FC 102 bpm, PA 130x80 mmHg, Glasgow 14, abdome indolor, bacia instável, escoriações e hematomas em tórax até coxa esquerda, rotação lateral do MIE. Realizado tomografia computadorizada de corpo inteiro, sendo achados: laceração hepática grau IV, laceração renal grau III bilateral, disjunção da sínfise púbica e sacroilíaca esquerda. Indicado via aérea definitiva sendo entubado e mantido em respiração mecânica. Optado por tratamento conservador abdominal e fixação externa da bacia pela ortopedia. Manteve-se entubado na Unidade de Terapia Intensiva por 23 dias apresentando insuficiência respiratória com atelectasia de todo pulmão a direita após sua extubação. Submetido a tomografia computadorizada de tórax visualizando-se herniação do fígado para o hemitórax direito, atelectasia do pulmão direito e com desvio do mediastino para esquerda. Indicado tratamento cirúrgico sendo submetido a laparotomia exploradora com ampliação para toracotomia direita sendo evidenciado diafragma totalmente desinserido e dobrado sobre si mesmo a 3 cm da linha média direita. Fixado em toda sua extensão com pontos em "X" de nylon 2.0 transpassando anteriormente pela costela e fixada na borda desinserida do diafragma. Mantido em respiração mecânica por mais 21 dias com boa expansão pulmonar e contenção do fígado infra diafragmático. Alta hospitalar no 60 pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Ocorre devido gradiente de pressão entre as cavidades torácica e abdominal no instante do trauma, dotada de altas taxas de morbi-mortalidade. Incidência global de 0,8 a 5,8% ++++estando em mais de 94% associada a múltiplas lesões (torácica, hepáticas, esplênicas, pelve e craniana). São mais comuns a esquerda. Apesar da melhora da acurácia dos métodos de imagem, 10% a 30% das lesões diafragmáticas não são diagnosticadas. Ainda que o diagnóstico possa ser difícil na fase aguda do trauma, lesões diafragmáticas devem ser sempre investigadas, uma vez que a evolução para a fase crônica está associada à presença de complicações e aumento da mortalidade.</p>
<p style="text-align: center;">PO 203-1</p> <p>LESAO DE URETRA E A SINDROME E FOURNIER</p> <p>Camila Temporim de Alencar, Mariana Magalhães Rodrigues Santos, Derval Pereira Pinto Junior, Jae de Oliveira Silva, Paula de Souza Pereira, Micael Cruz Santana, Marine Gontijo Freitas, Bárbara Stephane de Medeiros Jerônimo</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal. Caracterizada por endarterite obliterante, seguida de isquemia e trombose dos vasos subcutâneos, resultando em necrose da pele e do tecido celular subcutâneo e adjacente. À medida que ocorre disseminação de bactérias, a concentração de oxigênio nos tecidos é reduzida; com a hipóxia e a isquemia tecidual, o metabolismo fica prejudicado, provocando maior disseminação de microrganismos facultativos, que se beneficiam das fontes energéticas das células, formando gases, responsáveis pela crepitação, demonstrada nas primeiras 48 a 72 horas de infecção. Essa síndrome tende a se manifestar entre a 2ª e 6ª décadas de vida, associada com comorbidades predisponentes: estados debilitantes, imunossupressão, doenças colorretais e urogenitais, pós-operatório e trauma. Em nosso serviço observamos uma maior prevalência dessa patologia em pacientes imunodeprimidos, acamados e com baixa condição social, que muitas vezes por vergonha ou desconhecimento, são vítimas de abscesso não tratados precocemente e que evoluem com Fournier.</p> <p>RELATO DE CASO: A.G.A, masculino, 67 anos, comparece ao PS/Cirurgia Geral do HRT com queixa de hematúria macroscópica intermitente há 10 dias com piora progressiva, associada a dificuldade de iniciar micção há 3 dias. Tabagista de longa data, etilista, portador de Carcinoma papilífero vesical, em acompanhamento, e passado de diversas internações devido a quadros semelhantes. Durante essa internação foi submetido à Cistoscopia, que demonstrou presença de coágulos em uretra bulbar e prostática, bexiga com paredes irregulares - presença de trabeculações, divertículos e grande quantidade de coágulos. Evoluiu com hematúria persistente, edema em escroto e presença de vazamento peri sonda vesical de demora. Abrindo, então, quadro de gangrena de Fournier em região de períneo/bolsa testicular - necrose dessa região após 24h do início de edema. Submetido a desbridamento em centro cirúrgico, durante procedimento, foi observada a saída de urina pelo tecido necrótico e exposição da sonda vesical de Foley por meio de uma lesão na uretra. Logo, é provável que a fasciite necrosante tenha resultado do extravasamento de urina pela lesão uretral, que proporcionou meio de cultura. Após o desbridamento e junto com a antibioticoterapia, realizou 8 sessões de câmara hiperbárica, porém o processo infeccioso o debilitou, impossibilitando-o de ser submetido à cistectomia radical - neoplasia maligna de bexiga. Paciente evoluiu com óbito após 01 mês do início da fasciite necrosante.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de ter sido utilizado todo o arsenal disponível para o tratamento da gangrena, A.G.A apresentava um quadro clínico de imunossupressão exacerbada, comum à fasciite. Exames de imagem demonstraram, também, metástase à distância em pulmão e acometimento de linfonodos regionais. Corroborou com a literatura, alta mortalidade (20%), evidenciando a importância de prevenção de infecção e abordagem precoce cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 203-3</p> <p>ABSCESSO PRÉ-SACRAL SECUNDARIO A FERIMENTO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Leonardo Augusto Lima Farias, Fernando Fontes Souza, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Adriano Pamplona Torres, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Bruno Luis de Oliveira Correa</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ocorrência de abscesso nos diversos compartimentos e espaços virtuais da pelve é uma das complicações conhecidas dos ferimentos traumáticos da pelve. O tratamento destes abscessos irá variar conforme a sua localização, volume e relação com as vísceras adjacentes. Relatamos o caso de um paciente de 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo (FAF), evoluindo com abscesso pré-sacral de difícil tratamento cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo com orifício de entrada em região glútea direita e saída em períneo. Foi inicialmente avaliado em outro serviço, sendo constatada por meio de tomografia computadorizada (TC) a ausência de fraturas ósseas, líquido livre em cavidade peritoneal, pneumoperitônio ou lesões urológicas, sendo então optado por tratamento não-cirúrgico. O paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral, porém retornou após 14 dias com quadro de febre, dor pélvica, tenesmo e piora de estado geral. Foi realizada nova TC que constatou a presença de coleção líquida com cerca de 200ml adjacente à face anterior do sacro, sem aparente comunicação com vísceras ocas, estendendo-se sobre o músculo posas maior direito e em contato com a face posterior do ceco, sem outras alterações dignas de nota no exame. Inicialmente o paciente foi manejado com antibioticoterapia venosa no serviço de origem, porém ao persistir com febre, dor e leucocitose, foi optado por realizar a sua transferência para hospital terciário. O paciente foi então submetido a laparotomia exploradora para drenagem do abscesso, sem achados à inspeção inicial da cavidade peritoneal, sendo realizada manobra de Cattell-Braasch estendida até a linha média, com exposição de aorta abdominal e veia cava inferior. Em região pélvica foram encontradas aderências firmes no retroperitônio, após ligadura da artéria sacral mediana e disseção na linha mediana abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns, ocorreu drenagem de secreção purulenta em grande quantidade. A avaliação intra-operatória do reto e do sacro demonstrou que ambos se encontravam íntegros. Foi então realizada lavagem exaustiva da cavidade e deixado dreno tubular no espaço pré-sacral, o qual foi retirado no 7 dia pós-operatório. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: Os abscessos de região pélvica ocorridos após lesão traumática desta região, tal como o ferimento por arma de fogo descrito no caso relatado, podem constituir um desafio cirúrgico devido à via de acesso e às estruturas nobres adjacentes. Particularmente em região pré-sacral, existe o risco de lesão de veias tributárias das ilíacas internas e do plexo sacral. Em abscessos menores, o tratamento conservador com antibioticoterapia é uma opção. No caso de abscessos pré-sacrais com necessidade de drenagem cirúrgica pelo seu volume, uma opção é o acesso por meio de manobra de Cattell-Braasch estendida e disseção na linha média, com menor risco de lesões de vasos pélvicos.</p>

PO 204-1	PO 204-3
<p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO</p> <p>Fernando Baratella de Assis, Paola Romani Nardi Ferreira, Marília Funck de Lima</p> <p><i>Complexo Hospitalar Santa Casa Bragança Paulista - Bragança Paulista - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand foi descrita por Claudius Amyand em 1735. Consiste na protusão do apêndice cecal dentro do saco herniário de uma hérnia inguinal. Tem baixa prevalência na população, em torno de 1% das hérnias inguinais, portanto, é uma condição extremamente rara no meio médico e seu diagnóstico, majoritariamente, é realizado no intra-operatório. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, que realizou cirurgia eletiva de hérnia inguinal direita no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Bragança Paulista, sendo diagnosticado hérnia de Amyand à direita com apêndice cecal saudável, durante o ato cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 71 anos, em acompanhamento ambulatorial no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Bragança Paulista por uma hérnia inguinal direita, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento, diagnóstico firmado pela anamnese e exame físico, com presença de abaulamento em região inguinal direita à manobra de Valsalva, sem necessidade de exames complementares. Agendado cirurgia eletiva. Durante ato operatório, foi identificado hérnia inguinal indireta. Ao explorar o saco herniário, notou-se a presença do apêndice cecal saudável, sem sinais inflamatórios. Optou-se pela realização da apendicectomia profilática seguida da correção da hérnia com técnica sem tensão com uso de tela protética de polipropileno (Lichtenstein). Paciente apresentou boa evolução do pós-operatório, recebendo alta hospitalar no dia seguinte. Sete dias após a cirurgia, retornou ao ambulatorio, assintomático, com boa cicatrização de ferida operatória, sem sinais de infecção, recebendo, portanto, alta ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Hérnia de Amyand é uma condição nosológica rara, com prevalência em torno de 1% de todas as hérnias inguinais. Foi primeiramente diagnosticada e tratada pelo cirurgião inglês Claudius Amyand em 1735. Diagnóstico pré-operatório é praticamente impossível de ser firmado, sendo majoritariamente diagnosticada de forma incidental durante o ato cirúrgico. Incidência maior em homens, independente da idade. Não há consenso na melhor conduta cirúrgica. Há autores que optam pela realização de apendicectomia profilática, em casos de apêndice saudável, seguido de correção da hérnia com uso de tela protética. Porém, há autores que sugerem reduzir o apêndice cecal saudável e não realizar apendicectomia, devido ao risco de contaminação da tela de polipropileno. Em casos em que há apendicite associada, a discussão gira em torno da técnica de correção da hérnia, com uso de tela protética (porém aumentando o risco de infecção da mesma) ou com outra técnica sem uso de prótese. No caso apresentando, foi optado pela realização de apendicectomia profilática e correção da hérnia com técnica de Lichtenstein. Não há ainda consenso na literatura médica de qual a melhor conduta a ser seguida, havendo necessidade de mais estudos e mais relatos para que haja um consenso terapêutico cirúrgico.</p>	<p>Hérnia Ventral Lateral Traumática: Um Relato de Caso</p> <p>Izabella Rezende Oliveira, Ronan Wilk Guimarães, Huri Brito Pogue, Arnaldo Nacarato, Davi Farias Pereira, Marjory Bezerra Porciuncula, Tristão Maurício Aquino Filho, Eduardo Lenza Silva</p> <p><i>Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia ventral da parede abdominal é uma entidade clínica rara a despeito do aumento na incidência de trauma abdominal fechado. Sua gênese é complexa devido à natureza elástica da parede abdominal e à necessidade de combinação de mecanismo específico como o trauma contuso com resultante deslocamento do complexo oblíquo musculofascial da crista ilíaca e margem costal. Devido à sua raridade, muitas vezes o diagnóstico não é apontado, protelando a conduta cirúrgica precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: JPMO, masculino, 29 anos, levado ao IHBDF pelo SAMU por acidente de bicicleta com trauma em região abdominal. No exame físico, paciente apresentou dor à palpação superficial e profunda do abdome acompanhada de sinais flogísticos em QID. Tomografia computadorizada de abdome total com contraste evidenciou hérnia ventral lateral direita com insinuação de tecido adiposo e alças de intestino delgado. Durante a correção cirúrgica efetuou-se incisão oblíqua direita em topografia do defeito herniário e dissecação por planos até aponeurose. No inventário da cavidade foi visualizada ausência de lesão em alças intestinais e de líquido livre. A correção do defeito em parede abdominal foi realizada com pontos em x separados e colocação/fixação da tela de polipropileno sobre a aponeurose já fechada. Paciente evoluiu bem no pós operatório, sem nenhuma intercorrência.</p> <p>DISCUSSÃO: A causa mais comum das hérnias ventrais laterais traumáticas (HVL) é o acidente de automóvel quando se usa o cinto de segurança, seguida pelos objetos pequenos rombos (tipicamente o guidão de bicicleta). Na fase aguda o exame físico exibirá empastamento doloroso na parede abdominal com acentuação à manobra de Valsalva, a pele estará edemaciada e equimótica, podendo apresentar também com abdome agudo em virtude da lesão visceral. O tratamento das HVL figuram um desafio para o cirurgião, devido a proximidade com estruturas ósseas e ausência de fásia saudável para ancorar a tela levando, muitas vezes a reparo laparoscópico. O prognóstico é bom e está na dependência da presença de lesões associadas.</p>
<p style="text-align: center;">PO 205-1</p> <p>RELATO DE CASO: TRATAMENTO CLÍNICO PARA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO DE HERNIOPLASTIAS COM COLOCAÇÃO DE TELA</p> <p>Marina Mendes Fick, Mário Gomes de Campos Neto, Rone Antônio Alves de Abreu</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nos dias atuais, a hernioplastia consiste no tratamento definitivo para as hérnias de parede abdominal. Habitualmente, utiliza-se prótese sintética (dentre elas a tela de polipropileno) com o objetivo de reduzir a tensão e reforçar o fechamento da falha da parede abdominal. Contudo, a utilização de tais materiais é passível de complicações, dentre elas a infecção. Estas, têm como tratamento estabelecido por grandes literaturas de base a abordagem cirúrgica com excisão completa ou parcial desta prótese, além da antibioticoterapia. Entretanto, este trabalho relata três casos clínicos nos quais apenas o tratamento com antibióticos intravenosos (IV) foi o suficiente para tratar a infecção.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: E.A.O. masculino, 49 anos, em 31º dia pós operatório (DPO) de Hernioplastia Umbilical com colocação de tela, é admitido no Hospital Regional de Araguaína (HRA), apresentando infecção da ferida operatória (FO). Ao exame do abdome, sinais flogísticos e massa palpável infraumbilical de aproximadamente 5 cm. Ao USG de parede Abdominal, foi vista uma coleção de 51,0cm³ em parede periumbilical esquerda. Como tratamento, além de suporte clínico, foram administrados Cefotaxima e Clindamicina IV por 10 dias. Seguiu com boa evolução e recebendo alta hospitalar. Caso 2: T.J.S. feminina, 71 anos, apresentava hérnia incisional em cicatriz mediana infraumbilical, foi submetida à hernioplastia com instalação de tela. Evoluiu ao 6º DPO com infecção de FO, apresentando deiscência de FO com saída de secreção esverdeada de odor fétido. Foi instituída antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol IV por 12 dias, porém sem evidência de sucesso. O esquema foi alterado para Cefazidima IV 6g/dia por 8 dias, onde obteve-se melhora clínica do quadro infeccioso. Além dos antibióticos, foi necessário apenas nova sutura da FO e colocação de dreno. Paciente seguiu com boa evolução e recebeu alta hospitalar. Caso 3: E.S.S. sexo feminino, 63 anos, 15º DPO de hernioplastia incisional com colocação de tela, retorna ao HRA apresentando infecção da FO. Encontrava-se em regular estado geral, o exame físico do abdome mostrava sinais flogísticos e saída de secreção piosanguinolenta pela FO. Recebeu tratamento clínico com Ceftriaxona e Metronidazol, ambas IV 2g/dia, por 14 dias. No 8º DIH houve deiscência da FO, onde foi necessária uma reabordagem cirúrgica apenas para lavagem da FO e resutura da pele. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após 14 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de já ser uma conduta consolidada pela maioria das literaturas de base cirúrgica (NARKHEDE et al, 2015; MALANGONI; ROSEN, 2015; ROXO, 2012; MINOSSI et al, 2008), a remoção da prótese utilizada na correção herniária pode ser evitada, visto que nos casos relatados, apenas o uso de antibióticos com espectro pertinente foi o suficiente para solucionar a infecção. Assim, maiores riscos inerentes a nova cirurgia, maior tempo de hospitalização e maiores gastos com o tratamento poderão ser evitados.</p>	<p style="text-align: center;">PO 205-3</p> <p>CONDUTA CIRÚRGICA NA ABORDAGEM DE BEZOAR METÁLICO: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Lucas Jezuiu Carvalho, Fernanda Caroline Moura Garcêz, Roby Alexandre Vaz, Paulo Henrique Souza Santos Cardoso</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoars são formações sólidas de corpos estranhos com composições diversas, que podem impactar no trato gastrointestinal. São classificados de acordo com a sua origem, como por exemplo fitobezoars (vegetal), tricobezoars (cabelos), farmacobezoars (comprimidos ou cápsulas), alimentares e ocupacionais (metais, plásticos ou madeira). A ingestão de corpos estranhos é mais frequente em crianças, idosos e pacientes com distúrbios psiquiátricos. A morbimortalidade é baixa e não há consenso sobre a melhor abordagem terapêutica. Para a decisão da conduta terapêutica, é válida avaliação de fatores como idade do paciente, comorbidades, volume e composição do bezoar e risco de complicações. Bezoars de grande volume e compostos por material pérfurocortante podem ter indicação cirúrgica. O objetivo deste relato é descrever um caso de bezoar metálico composto exclusivamente por cento e quinze pregos no trato gastrointestinal, conduzido cirurgicamente por laparotomia com gastrostomia, em paciente jovem atendido no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), região administrativa do Distrito Federal (DF).</p> <p>RELATO DE CASO: P. M. C., masculino, dezoito anos, procedente de Ceilândia/DF, com diagnóstico de esquizofrenia há três meses, em uso irregular de medicamentos. Deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Regional da Ceilândia (DF), relatando uso prévio de maconha e ingestão de pregos metálicos com auxílio de água, sem se recordar da quantidade ingerida. À admissão, encontrava-se agitado, queixando-se de náusea, sem queixas álgicas. A radiografia de abdome evidenciou imagem compatível com bezoar metálico em topografia gástrica e presença de pregos metálicos esparsos em topografia de sigmoide e ceco. A conduta terapêutica consistiu em encaminhamento de urgência ao centro cirúrgico e realização de laparotomia exploradora com retirada de cento e quinze pregos distribuídos em estômago, sigmoide e ceco, sem evidências de perfuração visceral. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências, realizada alta hospitalar dez dias após o procedimento cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente psiquiátricos constituem um grupo de risco para a ingestão de corpos estranhos devido crises psicóticas ou tentativas de autoextermínio. São escassos na literatura atual relatos de bezoars compostos exclusivamente por conteúdo metálico. De maneira geral, as terapêuticas iniciais em situações de urgência e emergência pela formação de bezoars consistem em medidas conservadoras, já que a maioria destes compostos atravessam o trato gastrointestinal entre quatro a seis dias após a ingestão sem complicações associadas. O presente caso torna-se extraordinário devido a conduta cirúrgica de urgência, justificada pela alta possibilidade de perfuração visceral. O elevado risco constituiu-se pela característica pérfurocortante de pregos e o volume ingerido, bem como a passagem de fragmentos do bezoar do estômago para o intestino, já que a passagem deles por áreas anguladas como curva duodeno e válvula ileocecal facilitam a perfuração.</p>

PO 206-1	PO 206-3
<p>HERNIA DE GRYNFELT: UM RELATO DE CASO</p> <p>FERNANDA RIBEIRO E FONSECA, CAMILA MAGALHÃES COELHO, LUÍSA DAMIÃO ANJOS, FERNANDA ALVES CORREIA, RAFAELA FERNANDES PALHARES, LARISSA DA FONSECA TAVARES, EDSON ANTONACCI JR, JESSICA DE SOUZA MAGALHÃES</p> <p><i>UNIPAM - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - PATOS DE MINAS - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias lombares são entidades raras, com incidência de 1,5%, e podem ser definidas como a saída de conteúdo abdominal através de uma área de fragilidade da parede abdominal posterior. Elas podem ser superiores, no triângulo de Grynfelt, ou inferiores, no triângulo de Petit. As hérnias de Grynfelt são mais comuns no sexo masculino, entre a quinta e a sétima décadas de vida e é mais frequente do lado esquerdo. A dor lombar e massa palpável são os sintomas mais comuns, o diagnóstico é feito pela Tomografia Computadorizada e o tratamento é cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 64 anos, masculino, natural de Patos de Minas – MG, aposentado, admitido no Hospital Regional Antônio Dias – HRAD com queixa de uma massa lombar de aparecimento há 6 anos e crescimento paulatino. Paciente com histórico de diverticulite, em uso de Metributina. Ao exame físico foi evidenciado nódulo lombar à direita, bem delimitado, móvel e indolor, sugerindo neoplasia benigna de partes moles (lipoma). Ao se posicionar em decúbito ventral, a massa apresentou redução espontânea, fazendo-se necessária a realização de Tomografia Computadorizada (TC) para melhor elucidar o diagnóstico. O exame de imagem evidenciou saída de alça intestinal através de área de fragilidade. Paciente foi reencaminhado ao ambulatório de cirurgia geral para planejamento do procedimento cirúrgico. Para a abordagem cirúrgica, o paciente foi colocado em decúbito lateral esquerdo, realizou-se incisão transversa sobre a hérnia, diérese por planos, identificação e isolamento do saco herniário, redução do conteúdo herniário e fechamento do saco (Figura 1), colocação da tela de polipropileno sublay e síntese por planos. O paciente evoluiu sem intercorrências, obtendo alta do serviço de cirurgia do HRAD no segundo dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação típica das hérnias lombares consiste em massa na região lombar, acompanhada ou não de dor, que aumenta quando há elevação da pressão intra-abdominal e reduz quando o paciente assume posição de decúbito ventral. O diagnóstico é simples, geralmente através de história clínica e exame físico. Quando houver dúvida diagnóstica, os exames de imagem podem auxiliar, sendo a TC o padrão ouro pois, além de analisar a anatomia da parede abdominal, permite a caracterização do seu conteúdo. Habitualmente, quando há presença de um saco herniário bem definido, encontra-se cólon no interior; porém, outros órgãos podem ser encontrados. O tratamento é exclusivamente cirúrgico, devendo ser realizado o mais precoce possível, já que essas hérnias podem evoluir com complicações como obstrução intestinal, estrangulamento e encarceramento. Para o reparo da Hérnia de Grynfelt, pode ser utilizada operação convencional ou laparoscópica. Na abordagem convencional, aconselha-se que seja feita uma sutura em dupla camada da fascia transversalis e do músculo oblíquo interno à fascia do músculo serrátil posterior. Atualmente, a colocação de telas de polipropileno é universalmente aceita.</p>	<p>TRAUMA PANCREATICO CONTUSO: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Costa De Lima, Ingrid Albuquerque Egito, Leonardo Rodovalho, Amanda Xavier Barroso</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma abdominal contuso responde por 80% das lesões abdominais atendidas nos serviços de emergência. A maioria dos casos envolve acidentes automobilísticos, sendo o baço e o fígado os órgãos sólidos mais comumente lesados. A lesão pancreática é pouco frequente e tem incidência de apenas 0,2% a 12% nas vítimas de trauma abdominal fechado. Seu diagnóstico costuma ser tardio pela inespecificidade dos achados clínicos e laboratoriais bem como sua desproporção com a gravidade da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 25 anos, sexo masculino, vítima de colisão de baixo impacto entre moto X anteparo fixo, foi atendido em Hospital Público do Distrito Federal com queixa de dor em andar superior de abdome e três episódios de vômitos. Recebeu alta, com orientações. Retornou no dia seguinte em choque hipovolêmico. Foi submetido a FAST que mostrou discreto hematoma perirrenal à esquerda com pequena quantidade de líquido livre, sendo optado por realizar tomografia devido estabilidade hemodinâmica. A TC revelou cabeça e colo do pâncreas hipodensos e mal definidos, associado a líquido adjacente. Optou-se por Laparotomia Exploradora na qual se observou grande quantidade de necrose gordurosa em omento, mesentério, parte do transverso, parede anterior do estômago e cabeça do pâncreas. Foi ressecado o transverso e confeccionado colostomia. No pós-operatório imediato, apresentou choque distributivo, sendo encaminhado à UTI onde permaneceu por três meses. Evoluiu com múltiplas abordagens cirúrgicas, com formação de fístula entérica de alto débito em baixo ventre, abdômen congelado e várias coleções assépticas em regiões abdominal e pelve. No momento, encontra-se internado, aguardando drenagem percutânea guiada das coleções.</p> <p>DISCUSSÃO: O pâncreas raramente é acometido no trauma abdominal contuso devido sua localização retroperitoneal. O diagnóstico clínico é desafio e frequentemente tardio, pois o exame físico não é confiável e os sintomas (dor, rigidez abdominal e defesa), apesar de alta sensibilidade (82%), têm baixa especificidade (45%). Assim, a TC abdominal contrastada é fundamental, sendo método de escolha na avaliação das lesões em pacientes estáveis. As lesões pancreáticas têm taxa de mortalidade superior a 50% decorrente de lesão complexa do órgão, em que se observa hemorragia, infecção e disfunção múltipla de órgãos os quais se manifestam 48 horas após o trauma. O tratamento varia de acordo com o estado hemodinâmico do paciente, a extensão de acometimento da lesão e o acometimento ou não do ducto pancreático. Uma das complicações mais graves após o trauma pancreático é a pancreatite aguda, que pode complicar, em fases tardias, com coleções e fístulas, conforme descrito nesse caso.</p>
<p>PO 207-1</p> <p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO E REVISAO BIBLIOGRAFICA</p> <p>PAULO ROBERTO FONTES MEGA, TOMÁS PATRICIO SMITH-HOWARD JR, WEBER RIBOLLI MORAGAS, VITOR BORGES GUIMARÃES, PAULO FERREIRA MEGA</p> <p><i>SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand é uma doença rara com incidência clássica estimada em 1% de todas as hérnias. Essa entidade clínica se caracteriza pela presença do apêndice vermiforme dentro do saco herniário em uma hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada. Esse trabalho se dedica a revisão bibliográfica sobre as condutas no intra-operatório quanto ao uso de tela, realização de apendicectomia e outros desfechos correlacionados.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 42 anos de idade, previamente hígido, apresentou-se em maio de 2018 no ambulatório da Santa Casa de Ribeirão Preto com queixa de abaulamento em região inguinal direita há seis meses associado a episódios esporádicos de dor limitante e pouca redutibilidade. Referia que a dor intensificou há 30 dias, porém com trânsito intestinal preservado e negava febre ou outros sinais de alarme. Ao exame: hérnia inguinal direita parcialmente irreduzível. Realizado exames laboratoriais sem alterações. O paciente foi prontamente aceito em internação hospitalar para hernioplastia inguinal a direita (técnica de Lichtenstein). No intra-operatório, ao expor o saco herniário havia apêndice normal sem qualquer perfuração ou inflamação. Não realizada apendicectomia e simplesmente a redução do conteúdo para a cavidade peritoneal seguida do fechamento do saco e colocação da tela de polipropileno. O paciente estava assintomático no seguimento de seis meses.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento clássico da hérnia de Amyand inclui apendicectomia e hernioplastia através da mesma incisão. Entretanto, há dois grandes debates: a realização de apendicectomia sem sinais de apendicite aguda e o uso de tela para reparo da hérnia em situações em que se realize a apendicectomia. No presente caso foi optado pelo uso de tela e não foi realizado apendicectomia. Segundo Losanoff e Basson, na hérnia de Amyand do tipo 1 descrita neste relato, é aconselhado reduzir o apêndice ou considerar apendicectomia preventiva em pacientes jovens devido terem mais chance de desenvolver apendicite ao longo da vida. PSARRAS et al, em relação ao procedimento preventivo, independentemente da idade do paciente, discorda da realização da apendicectomia, já que aumenta o risco intra-operatório e pode transformar uma cirurgia limpa em uma cirurgia contaminada. Losanoff e Basson, sugerem na vigência de apendicectomia não utilizar tela para reparar a hérnia por aumentar a chance de infecção de ferida operatória, sepsis, formação de fístula e recidiva da hérnia. PARK et al, afirmam que o uso de tela é contraindicado mesmo na realização de apendicectomia sem sinais inflamatórios, porém indica o uso da tela em hérnias maiores pois apresentam maiores chances de recidiva em correções feitas sem prótese. Fica evidente que há claras controvérsias na literatura sobre tratamento da hérnia de Amyand e se faz necessário estudo multicêntrico com uma série de casos para padronizar conduta no intra-operatório e correto seguimento ambulatorial.</p>	<p>PO 207-3</p> <p>DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO: RELATO DE CASO</p> <p>Emanuella Roberta Ina Cirino, PAULA DE OLIVEIRA TRINTINALHA, CASSIO LAMBLET KATZER, CARLA MARTINEZ MENINI STALHSCHMIDT, PATRICIA LONGHI BUSO, GABRIEL RAMOS JABUR</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - Curitiba - Paraná - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Na altura da quinta vértebra lombar, as veias ilíacas formam a veia cava inferior (VCI) que ascende a direita da artéria aorta até a união com a veia cava superior. A formação embriológica da VCI envolve regressões e anastomoses vasculares. Falhas nesses processos resultam em agenesia desse vaso, assim o sangue das partes inferiores do corpo é drenado para o coração através do sistema venoso ázigos. O presente relato descreve um caso raro de agenesia da veia cava inferior intra-hepática diagnosticado incidentalmente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, sem comorbidades, duas cesarianas prévias e tabagista. Foi atendida no serviço de urgência e emergência do Hospital Universitário Cajuru, Curitiba – Paraná, devido colisão moto-auto. Na admissão encontrava-se consciente e estável hemodinamicamente, as únicas alterações no exame físico foram dor à palpação de esterno e hemitórax direito, ausculta cardíaca com terceira bulha audível e edema de membros inferiores. A tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste evidenciou fratura esternal, opacificação pulmonar em hemitórax direito, contusão pulmonar, agenesia de veia cava intra-hepática, aumento da veia ázigo, aumento da artéria pulmonar, baços acessórios, hepatomegalia. Na unidade de terapia intensiva, evoluiu para sepsis de foco pulmonar com necessidade de ventilação mecânica. Devido a intubação orotraqueal prolongada, a paciente foi submetida a traqueostomia. Após estabilização do quadro clínico pulmonar, recebeu alta hospitalar no vigésimo oitavo dia de internamento. No seguimento foi solicitado traqueoscopia que evidenciou ausência do brônquio do lobo superior direito revelando agenesia do lobo pulmonar direito superior.</p> <p>DISCUSSÃO: Entre a sexta e oitava semana gestacional ocorrem modificações na anastomose subcardinal e em três pares de veias: as cardinais posteriores, subcardinais e supracardinais de modo a formar a VCI em 4 segmentos (hepático, suprarenal, renal e infrarenal). Como é um período intenso da organogênese é comum que a agenesia da VCI intra-hepática esteja associada a poliesplenia, disgenesia pulmonar, má rotação intestinal, agenesia renal, dextrocardia ou outras cardiopatias congênitas. Em alguns pacientes o retorno venoso é muito prejudicado pela malformação, aumentando o risco de tromboembolismo venoso, sendo indicada terapia anticoagulante. O caso relatado, apesar de incomum na população, tem características compatíveis com as descritas na literatura, como malformações associadas, ausência de sintomas prévios e o diagnóstico incidental.</p>

PO 208-1	PO 209-1
<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA EVOLUINDO COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO.</p> <p>Joao Victor Pereira Gomes, Patrick Nunes Brito, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Débora Coelho Duarte, Natalia Ludmila Canedo Lopes, Eduardo Magalhães Mesquita, Paulo Henrique Dias Moraes, Eldan Junior Araújo Silva</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática é caracterizada pela passagem de conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de lesão diafragmática prévia. Durante o trauma torácico e/ou abdominal, ocorre uma lesão diafragmática, cursando com comunicação entre as duas cavidades. Posteriormente, em virtude da diferença de pressões entre as cavidades, o conteúdo abdominal pode se pronunciar em sentido à cavidade torácica, configurando a patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 29 anos, negro, garçom, admitido com dor abdominal em cólica, mais intensa em hipogástrio, início há 03 dias, insidiosa, progressiva, referida em tórax e clavícula esquerda, associado à parada de eliminação de flatos e fezes, náuseas e vômitos alimentares. Nega febre. História prévia de perfuração por arma branca em hemitórax esquerdo há 02 anos, sem exploração ou tratamento cirúrgico. Nega diabetes mellitus, hipertensão, alergias, internações passadas, uso de drogas. Paciente em regular estado geral, nível de consciência preservado, afebril, acianótico, fácies álgica, hidratado. FC: 110 bpm, PA: 130 x 80 mmHg. Exame do tórax, murmúrio vesicular reduzido em base esquerda, sem ruído adventício. Abdomen distendido, doloroso à palpação superficial difusamente, dor a descompressão brusca, ruído hidroaéreo ausente. Realizado sondagem nasogástrica, analgesia, hidratação, laboratoriais. Hb: 16,2 g/dL; Ht: 48,2%; leucócitos: 6310/mm³; Plaquetas: 254.000/mm³; Radiografia de tórax imagem sugestiva de alças intestinais em hemitórax esquerdo. Radiografia de abdome: ausência de gás no reto, coleção líquida em ângulo esplênico, distensão de alças com níveis hidroaéreos. Submetido à laparotomia exploradora, incisão xifopúbica. À exploração da cavidade foi identificado conteúdo herniário no tórax de grande volume, envolvendo epíplon e cólon transversos, sem sinais de isquemia. Realizado ampliação do anel herniário e redução das vísceras à cavidade abdominal. O anel herniário foi suturado com fio Prolene 1, pontos em "X", realizado toracostomia em topografia de 7^o espaço intercostal esquerdo e acoplado dreno N^o 36, sob selo d' água. Paciente evoluiu no pós-operatório com drenagem torácica de pequena quantidade de líquido sero-hemático, distensão abdominal, taquicardia e febre. Iniciado antibioticoterapia com metronidazol e ceftriaxona. Reintroduziu dieta com boa aceitação no 3^o dia pós operatório (DPO), retirado dreno de tórax no 10^o DPO. Alta médica no 11^o DPO. Seguimento ambulatorial por 4 semanas. Alta ambulatorial após radiografia de tórax de controle e paciente assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia diafragmática traumática é mais frequente em lesões penetrantes da região toracoabdominal esquerda, tendo em vista a presença do fígado ao se comportar como barreira mecânica sob a cúpula diafragmática direita, apresenta um potencial de evoluir com complicações tardias, como obstruções e estrangulamento de vísceras. É importante ter essa entidade como hipótese diagnóstica na prática médica para efetiva prevenção secundária.</p>	<p>HERNIA INCISIONAL COMPLEXA: CORREÇÃO CIRÚRGICA PELA TÉCNICA DE SEPARAÇÃO ANTERIOR DE COMPONENTES</p> <p>Bruno Amantini Messias, Fabio Orsi Ceribelli, Breno Falco, Renata Salvino Zanon, Beatriz Lin Carbone, Idalecio Fonseca Souto, Beatriz Queiroz Cruz, Jaques Waisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias incisionais são definidas como protrusões de conteúdo cavitário através de incisões cirúrgicas preexistentes, devido a tensão excessiva e cicatrização inadequada. Representam uma das complicações mais comuns após cirurgia abdominal, com incidência que varia de 10 a 50% em pós operatório de laparotomia mediana. Essas hérnias podem provocar o aparecimento de sintomas como dor, obstrução intestinal e encarceramento. O crescimento progressivo do saco herniário pode levar a deformidades esteticamente desfavoráveis e, em alguns casos, comprometimento de atividades diárias.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 65 anos, relata que há 2 anos notou aumento do volume abdominal após cirurgia para reconstrução de transito intestinal. Ao exame físico notou-se abaullamento redutível em topografia de cicatriz mediana, sugestivo de hérnia incisional. Ultrassonografia de parede abdominal revelava diastese do músculo reto abdominal medindo 7,4 cm associada a grande hérnia incisional epigástrica. Nota-se ainda hérnia incisional paramediana a esquerda localizada entre o músculo reto abdominal e o músculo oblíquo externo com conteúdo intestinal e gordura mesentérica, medindo 4,9 cm. Com base nos achados do exame clínico e de imagem foi optado pela indicação cirúrgica. Realizado incisão em topografia de cicatriz mediana prévia, identificado orifícios herniários, realizado adesiólise e posterior separação do componente anterior. O fechamento da parede abdominal foi realizado com fio de vicryl 2.0, locado tela de polipropileno em toda a extensão da dissecação e fixação da tela com fio absorvível. Optado por drenagem a vácuo do subcutâneo e fechamento por planos da parede abdominal. Paciente evoluiu no pós-operatório de forma satisfatória, com ferida operatória de bom aspecto e dreno com secreção sero-hemática. Recebeu alta no 3^o pós-operatório e atualmente está em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: A técnica de separação de componentes anterior envolve a separação de camadas musculares laterais da parede abdominal para avanço e fechamento sem tensão. É uma técnica de reconstrução da parede abdominal muito utilizada na prática cirúrgica. Essa técnica possui índice de morbidade que varia de 26 a 63%, relacionada principalmente a criação e desvascularização de grandes porções de pele durante a dissecação. Refinamentos na técnica operatória proporcionaram redução de complicações de ferida operatória para índices mais aceitáveis. O método de separação de componentes foi criado por Albanese e Ramirez para reconstrução de parede abdominal em hérnias extensas e complexas. A técnica foi descrita como uma forma de reestabelecer a funcionalidade da parede abdominal por reparo com tecido autólogo, através de divisão da aponeurose e músculo oblíquo externo, elevando o músculo reto-abdominal de sua bainha posterior e mobilizando os músculos reto, oblíquo interno e transversos abdominal medialmente. A técnica se mostra efetiva no tratamento de grandes defeitos da parede abdominal.</p>
<p>PO 209-3</p> <p>FRATURA DE CORPO CAVERNOSO</p> <p>Levindo Alves de Oliveira, Kyldery Wendel Moura Cavalcante, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcelo Santos da Silva, Hikaro Vinícius Galvão Dantas, Pedro Gomes Lins de Carvalho, Rafaela Xaud Rodrigues, Danilo Jonas Silva friçaça</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As fraturas de pênis são consideradas emergências urológicas pouco comuns e normalmente requerem intervenção cirúrgica. A frequência de fratura peniana é provavelmente subnotificada na literatura publicada. Trauma durante relações sexuais é responsável por aproximadamente um terço de todos os casos. Outras causas potenciais incluem acidentes industriais, masturbação, ferimentos de bala, ou qualquer outro trauma mecânico que provoca quebra violenta de um pênis ereto: A posição dominante feminina é mais comumente relatada. A partir de 2001, 1331 casos foram relatados na literatura até o final de 2015 e estudos indicam que um entre cada 100 mil homens sofre esse tipo de traumatismo. Atualmente o tratamento através de cirurgia nas primeiras 24 horas é o mais aceito, a cirurgia precoce além do alívio ao paciente diminui bastante o risco de infecções</p> <p>RELATO DE CASO: R. N. C. F., 34 anos, masculino, hipertenso, deu entrada no Hospital Geral de Roraima com queixa de "inchaço no pênis há 6 horas". Relata que durante relação sexual vigorosa percebeu um estalo no pênis como uma torção(SIC) e iniciou no local quadro de intenso edema e cianose. Imediatamente realizou compressa de gelo. No hospital, realizou ultrassonografia que evidenciou prepúcio com espessamento aumentado e difuso com áreas de edema e hematoma, presença de área hipocóicas e heterogêneas na base do pênis pendente (livre) em corpo cavernoso esquerdo medindo 2,7 cm x 1,1 cm (hematoma e hemorragia). O corpo cavernoso direito, pênis livre, é aumentado de volume, hipocóico e heterogêneo. (hematoma e hemorragia). Corpo esponjoso sem alterações visualizáveis. Realizou procedimento cirúrgico de correção de fratura de corpo cavernoso. A cirurgia de correção da fratura de corpo cavernoso ocorreu duas horas após a admissão hospitalar sendo realizada sem intercorrências. Após a cirurgia o paciente teve alta e não tiveram sequelas.</p> <p>DISCUSSÃO: A fratura de pênis é um evento raro, mas que é subnotificado pela literatura, poucos casos são descritos. Os objetivos do tratamento para o trauma do pênis são universais: preservação do comprimento do pênis e função erétil. O paciente do relato, diferente da maioria, teve um trauma durante a relação sexual na posição dominante. A cirurgia ocorreu com poucas horas de evolução, demonstrando que quanto mais rápido o paciente for operado menor a probabilidade de surgirem sequelas.</p>	<p>PO 210-1</p> <p>HERNIA TRAUMÁTICA DE PAREDE ABDOMINAL</p> <p>RAPHAEL VERSIANI BRUGNARA D' OLIVEIRA, LEONARDO BRANDÃO REIS, TIAGO DE OLIVEIRA CUNHA, LUCAS COSTA SILVEIRA, JULIANO CANDIDO OLIVEIRA</p> <p><i>SANTA CASA MISERICORDIA DE PASSOS - PASSOS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia pós-traumática é evento raro em vista da grande quantidade de acidentes vivenciados em nosso país. A primeira descrição de hérnia abdominal traumática vem de 1906, sendo evento principalmente associado a trauma abdominal fechado com mecanismos de desaceleração brusca. O diagnóstico muitas vezes é menosprezado devido sua raridade, porém é confirmado com exame clínico associado a exame radiológico. É controverso o momento ideal a ser abordada tal entidade, precocemente versus tardiamente. Apresentamos caso de Hérnia traumática de parede abdominal, onde optado por abordagem tardia, com evolução satisfatória.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino 32 anos, sofreu acidente automobilístico de grande impacto. Sendo evidenciado em tomografia de admissão lesão esplênica grau 2 e espessamento da pele com densificação do tecido celular subcutâneo na parede lateral inferior esquerda, se estendendo para a região glútea e adjacente a crista ilíaca de provável natureza pós -traumática. Optado por tratamento conservador de lesões, manteve-se internada por 06 dias, e programada futura abordagem de hérnia abdominal lateral. Após 05 meses de evento traumático, paciente retorno com ressonância magnética de abdome superior, confirmando a presença de hérnia pós-traumática sem sinais inflamatórios agudos sendo indicada hernioplastia. Durante o intra-operatório, realizado incisão em região supra-iliaca à esquerda, evidenciado presença de saco herniário e ruptura de inserção da musculatura do flanco do osso ilíaco. Feito ressecção de saco herniário, herniorrafia com fixação de tela de polipropileno abaixo da musculatura oblíqua interna, realizado dissecação e sutura de musculatura transversa, oblíqua externa e oblíqua interna ao osso ilíaco, posicionado dreno portovack em subcutâneo. Evolução satisfatória no pós operatório, alta em 02 dias com retirada de dreno em 07 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A Hérnia traumática de parede abdominal é entidade rara, que muita das vezes passa despercebida em primeira avaliação, onde na grande maioria o diagnóstico e tratamento são tardios. O acidente automobilístico é a principal etiologia associada aos casos de hérnias traumáticas de parede abdominal, visto o trauma fechado e em associação ao uso de cinto de segurança. O acidente cursa com aumento da pressão intra-abdominal e ação direta do cinto na crista ilíaca, que causaria avulsão da musculatura de sua inserção natural. Deparamos com caso de hérnia pós-trauma automobilístico de grande cinética em nosso serviço, identificada durante atendimento inicial e optado por abordagem tardia. Realizado técnica cirúrgica adequada, durante intra operatório foi confirmada hérnia traumática. Foi observado que após 05 meses de evolução já havia presença de saco herniário, o mesmo não interferiu no ato operatório. A opção por abordagem tardia levou em consideração aspectos físicos e psicológicos da paciente. Observado divergência na literatura, quanto ao momento ideal do tratamento e uso de tela de polipropileno.</p>

PO 211-1	PO 212-1
<p>SUBOCCLUSÃO INTESTINAL POR HERNIA DE SPIEGEL: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO</p> <p>Antoninho José Tonatto Filho, Enilde Guerra, Juliana Lohmann Machado, Karina Meneguzzi, Thiago Filomena Lombard, Matias Schneider</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias de Spiegel (HS) são defeitos incomuns da parede abdominal representando de 0,1% a 2,4% de todas as hérnias. Mais frequente no sexo feminino, é geralmente caracterizada pela protrusão de gordura pré-peritoneal, saco pré-peritoneal ou órgãos através da linha semilunar de Spiegel. Seu diagnóstico é muitas vezes retardado pela não suspeição do quadro devido a sua raridade, podendo agravar casos de encarceramento e estrangulamento. O defeito pode levar a complicações como encarceramento em até 25% dos casos ou estrangulamento em até 10%, sendo os órgãos mais comumente envolvidos intestino delgado, cólon e omento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 91 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial crônica, doença cerebrovascular, tabagismo e etilismo em abstinência há 20 anos, procurou a emergência por quadro de dor, distensão abdominal e diarreia paradoxal com três dias de evolução. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com abdome globoso, hipertimpânico, com protuberância na parede lateral na transição do flanco com a fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonismo ou hérnia inguinal. Complementou-se a investigação com tomografia de abdome com contraste, a qual evidenciou pequena hérnia de Spiegel (HS) na parede lateral esquerda ao nível da transição abdominopélvica, contendo segmento de delgado e pequena porção do cólon descendente, observando-se pequena distensão de alças de delgado e importante distensão colônica à montante. Devido à suspeita de sofrimento de alças intestinais, foi procedida laparotomia exploradora de urgência. O desfile de alças confirmou a grande distensão colônica, porém excluiu sofrimento, necrose ou perfuração. A manipulação das alças prontamente reduziu o conteúdo herniário, confirmando os achados tomográficos. O exame minucioso da parede abdominal revelou defeito na topografia da linha semilunar, sendo evertido o saco herniário e posteriormente ressecado e encerrado. O defeito na parede abdominal foi corrigido com a colocação de tela de polipropileno entre os músculos reto abdominal, transverso e o peritônio, e realizado posterior fechamento de peritônio e aponeurose anterior.</p> <p>DISCUSSÃO: Anatomicamente, a maioria das HS encontram-se em um triângulo delimitado medialmente pelo bordo lateral do músculo reto abdominal, superiormente pela linha arqueada e inferiormente pelos vasos epigástricos inferiores, na região conhecida como "Cinto de Spiegel", onde a aponeurose é mais ampla e delgada. Epidemiologicamente, as HS apresentam-se geralmente em mulheres com média de idade variando entre 63 e 67 anos. O diagnóstico em vigência de quadro obstrutivo é feito em 29% dos casos de HS, sendo o encarceramento de segmento de delgado a causa da obstrução na maioria dos relatos. Com isso, pode-se dizer que o caso apresentado trata-se de uma apresentação incomum dessa patologia pouco prevalente no contexto das hérnias da parede abdominal anterior.</p>	<p>NODULO DA IRMÃ MARIA JOSE ASSOCIADO A NEOPLASIA GÁSTRICA AVANÇADA TIPO IV DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE BORMANN: RELATO DE CASO</p> <p>Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza, Gustavo Rivelli Lamboglia, Amanda Oliva Spaziani, Leonardo Faidiga, Talita Costa Barbosa, Ana Carolina Pereira Sabino, Dimoriani Cristina Pereira, Andre Fraga Rueda</p> <p><i>UNIVERSIDADE BRASIL - FERNANDÓPOLIS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nódulo da "Irmã Maria José" sugere a existência de alguma neoplasia intra-abdominal disseminada, é um achado raro ao exame físico e pode ser o primeiro sinal de neoplasia intra-abdominal avançada e não ressecável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 47 anos, recebida em unidade de emergência apresentando diarreia aquosa há 2 semanas, diminuindo há 3 dias, associada a vômitos, sem febre, sangramento ou dor abdominal. Em resposta ao exame físico geral, observou-se corada, desidratada, acianótica, anictérica, nutrida, eupneica e em sobrepeso. Procedeu-se ao exame abdominal que apresentou um nódulo palpável em região umbilical, típico nódulo de "Irmã Maria José", ruídos hidroaéreos presentes, ausência de dor à palpação abdominal, descompressão brusca e sinal de Murphy negativos. A tomografia de abdômen superior apresentou nódulos hepáticos compatíveis com hemangiomas e espessamento mucoso do antro gástrico e de a de abdômen inferior um nódulo uterino sugestivo de leiomioma. A endoscopia digestiva alta evidenciou neoplasia gástrica avançada. Foi diagnosticada com tumor infiltrativo de estômago, tratada com medicamentos sintomáticos, e realizada uma cirurgia exploratória com confecção de jejunostomia devido a neoplasia infiltrativa de estômago. Para tal, foi feita uma incisão supraumbilical mediana, abertura de tecido subcutâneo e peritônio, ressecção de linfonodo umbilical - nódulo de irmã Maria José -, identificação da 4ª porção do duodeno, corrido 20 cm de alça jejunal. Feita incisão em flanco esquerdo, inserida sonda foley. Realizada de sutura em bolsa de tabaco, introduzida sonda foley de 3 vias em jejuno. Feito túnel de 8 cm de extensão mediante sutura seromuscular com pontos separados recobrimo a sonda. Fixação da alça jejunal em peritônio parietal nos quatro pontos cardinais. Revisão de homeostasia, inventário de cavidade, sutura do peritônio e aponeurose com pontos contínuos e sutura de pele com pontos separados. A incisões permaneceram sem sinais flogísticos, porém a paciente evoluiu com edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória e óbito. O anatomopatológico do material retirado de região umbilical apresentou-se como adenocarcinoma e da biópsia gástrica como adenocarcinoma pouco diferenciado e ulcerado.</p> <p>DISCUSSÃO: A origem do nódulo de irmã Maria José costuma ser o trato gastrointestinal, geniturinário ou ginecológico, mas raramente é encontrado metástase umbilical decorrente de linfoma, câncer de mama ou tumor carcinóide. A via de disseminação pode ser hematogênica, linfática ou por contiguidade. Em 40% dos casos significa recidiva de neoplasias previamente ressecadas. Os tumores que mais comumente cursam com este tipo de metástase cutânea são: ovário na mulher e estômago e cólon no homem. Enfatiza-se a necessidade da avaliação criteriosa de qualquer lesão umbilical e a sua correlação com o diagnóstico histopatológico.</p>
<p>PO 212-3</p> <p>NECROSE APOS CHOQUE ELÉTRICO COM PERDA DE MÃO</p> <p>José Vitor Cambuí Cordeiro, Laís Carvalho Nascimento, Victória Mutti Maia, Carlos Roberto Lima Filho, Moana Bastos Cavalcanti, Nayra Castro Ledo, Tauã Lima Pereira, Thiago Melo Espírito Santo</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões elétricas são caracterizadas por abalos musculares causados pela passagem de corrente elétrica pelo corpo humano. Elas representam uma pequena parcela das admissões nos serviços de urgência e emergência no Brasil. Entretanto, houve um aumento de 33,6% nos acidentes de origem elétrica entre 2013 e 2017, com número considerável de mortes e lesões permanentes. Esse fato representa a subestimação para com esse tipo de injúria, uma vez que a extensão do aparente dano tecidual não reflete precisamente a magnitude da lesão. Suas manifestações clínicas perpassam os diferentes graus de queimadura e geralmente tem necessidade de intervenção imediata. O tratamento cirúrgico depende da apresentação sistêmica e local, indo de desbridamento à amputação do membro afetado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.V.S, 21 anos, admitido no dia 27 de maio de 2014, após choque elétrico de alta tensão com saída em membro superior esquerdo. Realizada fasciotomia por síndrome compartimental no membro. Evoluiu após 2 dias com necrose de mão e terço distal de antebraço, sendo submetido a amputação em terço medial de antebraço esquerdo, recebendo analgesia e alta após 1 semana e encaminhado para protetização.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão térmica à pele é intensa e profunda, porque o arco elétrico tem uma temperatura de cerca de 2.500°C (alta suficiente para derreter ossos). Uma vez no interior do corpo a corrente passa através dos músculos, causando uma lesão mais semelhante a um esmagamento que a queimadura térmica. A queimadura cutânea nos locais de entrada e saída é geralmente uma área deprimida cinzenta, ou amarelada, circundada por área de hiperemia, podendo estar presente também a carbonização. A lesão deve ser debridada até o tecido sadio subjacente. Na área acometida pela corrente elétrica, ocorre uma rápida perda de líquido intravascular e proteínas pelos capilares lesados pelo calor, que é maior nas primeiras 6-8 horas. Além disso, há um aumento na pressão osmótica intersticial, que accentua o edema, caracterizando, dessa forma, a síndrome compartimental. O quadro clínico clássico da síndrome é representado por dor desproporcional à lesão, parestesia, palidez e ausência de pulso. A conduta realizada é a fasciotomia para descompressão dos tecidos ocasionada pelo edema e perda de líquido. O paciente em questão, apresentou um quadro de trombose que ocorre frequentemente em vasos profundos de uma extremidade, como a mão, causando uma necrose tecidual mais profunda. Com isso, a decisão técnica pela amputação levou em consideração a adequação do fluxo sanguíneo e na extensão da necrose tissular. O fluxo de sangue extremamente baixo, ou ausente, prediz a ausência de cicatrização e com isso faz-se necessário a amputação do segmento em questão. No entanto, cabe ressaltar que, a determinação da necessidade da amputação, bem como o nível da mesma, necessita-se de uma avaliação feita pelo cirurgião com exame clínico, medição da pressão arterial, determinação da pressão de oxigênio e outras medidas de perfusão cutânea.</p>	<p>PO 214-1</p> <p>ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR HERNIA DE SPIEGEL ESTRANGULADA: RELATO DE CASO</p> <p>Henri Luiz Morgan, Bruno Bisognin Garlet, Lucas Bertolini, Kevin Francisco Durigon Meneghini, Luciano Zogbi Dias</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - RIO GRANDE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal anterior, definida como protrusão de gordura pré-peritoneal ou órgãos através de um defeito congênito ou adquirido na aponeurose de Spiegel - área da aponeurose do músculo transversos abdominal limitada pela linha semilunar, lateralmente, e borda lateral do músculo retoabdominal, medialmente. Representa de 0,1% a 2,4% das hérnias abdominais, e complicações, como obstrução intestinal, são extremamente raras.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 71 anos, ex-tabagista, hipertenso, hipotireoide, cardiopata isquêmico, procurou atendimento por dor em flanco direito há 20 dias, mais intensa há 3 dias, associada a parada na eliminação de fezes e de gases, vômitos escurecidos, distensão abdominal, anorexia e febre. Ao exame físico: regular estado geral, taquicárdico, afébril; abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes, dor e massa irreduzível em fossa ilíaca direita (FID), além de hérnia umbilical redutível. Laboratoriais evidenciaram leucocitose, sem desvio à esquerda, e PCR: 45,14. À tomografia de abdome (TC): distensão de intestino delgado e estômago, com níveis hidroaéreos; hérnia abdominal em linha semilunar na FID com colo de 1,1 cm, contendo alça de delgado em seu interior, sugestivo de Hérnia de Spiegel estrangulada; pequena hérnia umbilical e hérnia inguinal indireta à esquerda, acompanhada de hidrocele à esquerda. Paciente foi submetido à cirurgia, com incisão oblíqua em FID, abertura por planos, visualização de anel herniário, com dissecação do saco herniário e identificação de alça intestinal com sofrimento isquêmico. Realizou-se ressecção de segmento isquêmico, com anastomose entérica laterolateral com grampo linear, seguida de herniorrafia, com aproximação das camadas musculoponeuróticas abdominais, sem colocação de tela de polipropileno, e drenagem da cavidade com Penrose. No segundo dia pós-operatório, apresentou edema agudo de pulmão cardiogênico, necessitando de cuidado intensivo e traqueostomia por ventilação mecânica prolongada, complicada por quadro de sepse pulmonar. Recebeu alta no 59º dia pós-operatório, após estabilização clínica, com ferida operatória com boa evolução. O exame histopatológico evidenciou segmento de intestino delgado com infarto transmural.</p> <p>DISCUSSÃO: Obstrução intestinal por Hérnia de Spiegel é evento raro, com taxa de encarceramento de 20%. Tem relação, assim como outras hérnias, com tabagismo, hiperplasia próstática e idade avançada. A ecografia é o exame inicial; em caso de estrangulamento e encarceramento, a TC tem maior acurácia. O padrão-ouro para diagnóstico é a visualização anatômica intra-operatória da hérnia. Cirurgia é sempre indicada pelo risco de encarceramento, sendo de urgência em casos de estrangulamento. Hernioplastia com tela de polipropileno é a técnica mais indicada, embora a literatura também sugira a realização de herniorrafia simples, devido ao alto risco cirúrgico e de complicações de alguns pacientes, como no presente estudo.</p>

PO 214-3	PO 215-1
<p>PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO EM TÓRAX CABE CONDUTA EXPECTANTE? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>José Donato de Sousa Netto, Daniel Gontijo Sousa Silva, Renata Pereira Fontoura, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira, Gustavo Alves Araujo Ferreira, Yasmin Abreu Soares de Souza Pimentel, Jéssica Barbosa de Oliveira, Janduí Gomes Abreu Filho</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões torácicas são responsáveis por 20% das mortes oriundas de trauma, dentre as quais as lesões mediastinais são associadas a alta mortalidade. Há quadros que determinam intervenção cirúrgica imediata, como: alargamento do mediastino e hipotensão acentuada, além da hemorragia mediastinal, que sugere lesão vascular. Diagnosticar e tratar precocemente algumas destas lesões pode ser primordial para a sobrevida do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: F.M.O, masculino, 37 anos, admitido no pronto socorro de um serviço público no Distrito Federal, com perfurações por arma de fogo (PAF), sendo duas em região posterior do tórax em nível supra escapular e uma em região sacral, ambas sem orifício de saída. À admissão, não foi recebido em protocolo de trauma, apresentava-se torporoso, confuso, hipocorado, extremidades frias e com os seguintes parâmetros: saturação em ar ambiente de 96%, frequência cardíaca de 105 bpm, pressão arterial 53/32 mmHg. Realizado infusão de 2l de ringler lactato, sem alteração hemodinâmica. Imagens de radiografia e tomografia de tórax e abdome evidenciaram alargamento discreto do mediastino em altura dos vasos da base. Um dos projéteis de parede posterior estava alojado em tecido subcutâneo (trajeto paralelo a escápula) e outro adentrou cavidade torácica e estava localizado em topografia de grandes vasos. O projétil de região dorsal se alojou próximo a asa de íliaco, sem adentrar pelve. A toracotomia via esternal foi evidenciado hematoma moderado em mediastino anterior e lesão proximal da parede anterior da veia braquiocéfálica esquerda de aproximadamente 4 centímetros, com projétil tamponando fluxo sanguíneo. Ao longo do ato cirúrgico o paciente manteve quadro hipotensivo (PA 70X40 mmHg), revertido após correção de lesão vascular, recebendo três concentrados de hemácias e um de plasma fresco, sem necessidade de drogas vasoativas. Permaneceu em unidade de cuidados intensivos, estável hemodinamicamente, sendo extubado em menos de 24 horas, com baixo débito de secreção serossanguinolenta em dreno torácico.</p> <p>DISCUSSÃO: A literatura atual preconiza que pacientes com trauma penetrante por arma de fogo, mesmo que clinicamente estáveis, devem ser encaminhados a tratamento cirúrgico imediatamente. O uso da tomografia, apesar de contribuir para um diagnóstico e intervenção mais precisos, permanece controverso como exame de rotina em trauma torácico, tendo em vista o risco de evolução súbita para choque desses pacientes. No caso relatado, a escolha da equipe por conduta expectante foi feita pela logística do hospital, já que o setor de radiologia se encontrava no caminho para o centro cirúrgico. Nesse caso, a tomografia facilitou a escolha pela melhor abordagem cirúrgica. O relato apresentado demonstra a importância da atuação conjunta da equipe de profissionais dos serviços em trauma e da necessidade da abordagem cirúrgica de urgência, evidenciando que um exame complementar de imagem pode indicar o plano de ação do ato cirúrgico.</p>	<p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, João Vilarinho Cavalcante Filho, Carlo Victor Sousa Rodrigues, Caio Victor Almeida Sampaio, Alexandre Gabriel Silva Rego, Arthur Caminha de Araújo Costa, Bruna Benigna Sales Armstrong</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand (HA) é um epônimo, referente ao cirurgião Claudius Amyand, para qualquer hérnia inguinal cujo saco contenha apêndice ileocecal, com ou sem inflamação. É um evento considerado raro, correspondendo a 1% de todas as hérnias da parede abdominal. A incidência de apendicite aguda em saco herniário é ainda menor, entre 0,7 e 0,13%, tendo por muitas vezes a clínica diferenciada. O seu diagnóstico pré-operatório é raro, ressaltando-se a importância da exploração cirúrgica no diagnóstico intraoperatório, como descrito nesse caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Indivíduo de 62 anos, do sexo masculino, queixava-se de dor abdominal inferior há vários meses sem alteração do hábito intestinal. Ao exame físico foi evidenciado abaulamento em região inguinal direita sugestivo de herniação. A confirmação diagnóstica ocorreu através de ultrassonografia a qual evidenciava imagem de pertuito em canal inguinal direito, com diâmetro médio de 0,8cm e passagem de alças e epíplon para o seu interior durante manobra de Valsalva. No transoperatório de hernioplastia durante a exploração do saco herniário foi identificada a presença de apêndice cecal associado a aderências sugestivas de processo inflamatório crônico, caracterizando a HA. Assim, realizou-se uma apendicectomia em bloco com reparo do orifício herniário, utilizando-se tela de polipropileno. A conclusão do histopatológico evidenciou apêndice cecal medindo 4,0cm de comprimento por 0,6cm de diâmetro exibindo superfície externa congesta e sinais de apendicite aguda inicial. O indivíduo evoluiu em bom estado geral no pós-operatório imediato, com alta hospitalar no dia seguinte, sem complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos casos de HA ocorre do lado direito, não só pela posição anatômica comum do apêndice, como também pela maior frequência de hérnias inguinais nessa região em comparação ao lado esquerdo do abdome. A HA pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo descrita em pacientes desde 6 semanas de vida até 88 anos de idade, com maior incidência em pacientes do sexo masculino. No sexo feminino a ocorrência é maior após a menopausa. Uma vez que a quase totalidade dos casos de HA é identificada no intraoperatório faz diagnóstico diferencial com escroto agudo, hérnia estrangulada ou hérnia encarcerada. A literatura recomenda considerar individualmente a escolha da técnica de correção a depender das condições locais existentes, visto que pode haver contaminação local por peritonite nos casos de apendicite aguda. Na inexistência de contaminação associada, o melhor método é a redução do saco herniário para a cavidade peritoneal.</p>

PO 215-3	PO 216-1
<p>FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM TOPOGRAFIA CERVICAL SUPERIOR COM DESFECHO POSITIVO</p> <p>Layane Balbino, Ana Clara Soares, Feliph Souza, Talita Trancoso, Henry Jesus Alex Lauate, Marco Antônio Guedes, Hércules Carmo, Danilo Souza</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma cervical acomete de forma significativa três grandes sistemas: aerodigestivo, neurovascular e músculo-esquelético. 1-3 Em virtude do elevado número de estruturas acomodadas neste pequeno espaço, a alta probabilidade de lesão pré-traumática e complicações pós-cirúrgicas evidencia-se a relevância do caso relatado, no qual houve a necessidade de remoção de projétil alojado em região cervical.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero masculino, 21 anos, admitido no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB/Acre com três ferimentos por arma de fogo (FAF): ombro direito, membro superior esquerdo e região cervical. Na admissão, mostrou-se alerta e consciente; sem dificuldade de fala; eupneico; hemodinamicamente estável; com ausência de alterações neurológicas. O exame físico revelou ferimento penetrante sem orifício de saída em região cervical (zona II) e superficiais nas demais áreas. Exame do pescoço: ausência de lesões vasculares, traqueia e esôfago; pulsos carotídeos presentes, cheios e rítmicos. O paciente queixava-se de dor cervical e intensa disfagia. A tomografia computadorizada (TC) de região cervical evidenciou projétil alojado entre orofaringe e corpos vertebrais de C1 e C2, sem fratura ou acometimento do canal medular. Após a cervicotomia exploradora, ocorreu evolução favorável no pós-operatório (PO), com dieta oral no 2º dia PO e alta hospitalar no 5º dia PO, aceitando bem a dieta e sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Ao considerar a situação clínica do paciente (hemodinamicamente estável e sintomático) optou-se por fazer TC de região cervical. Este exame evidenciou a localização do projétil, ausência de fraturas ou acometimento do canal medular. Também confirmou a ausência de lesões aerodigestivas, porém o paciente apresentava desconforto cervical e possibilidade de formação de fistula. Segundo o algoritmo para manejo de pacientes por FAF, a presença de fistula é considerada um sinal grave e o paciente deve ser referenciado o quando antes para abordagem cirúrgica. 4 O exame também evidenciou projétil alojado em zona II. Incidências nesta zona cursam com exploração cirúrgica obrigatória em pacientes estáveis e sintomáticos. 5 Embora, as abordagens nessa zona apresentem altas taxas de sucesso (19%). 6 Além desses parâmetros, levou-se em consideração os sintomas relatados pelo paciente, como disfagia e dor em região cervical, e sua qualidade de vida. Sendo assim, diante da área de acomodação do projétil, possibilidade de fistular e pelo quadro clínico do paciente optou-se cervicotomia exploratória. O manejo do trauma cervical é desafiador pela intensa vascularização da área, podendo haver complicações pelo trauma direto ou durante o procedimento de retirada do projétil. 7 A importância do relato se deve ao fato da ausência de lesões pré-traumáticas devido penetração do projétil em zona II e o sucesso pós-cirúrgico sem sequelas para o paciente, diante do elevado grau de insucesso e da impossibilidade da realização de exames mais específicos.</p>	<p>HERNIA DE LITRE ESTRANGULADA: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Felipe José Mendes Raulino Neto, Carlo Victor Sousa Rodrigues, Elson Gomes Castro, Paula Eduarda Reis Lourenço, João Victor de Oliveira Raulino, Brenda Irla Soares Santos</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Littré (HL), em alusão ao cirurgião Alex Littré, caracteriza-se pela presença de hérnia contendo divertículo de Meckel (DM) - persistência de parte do ducto onfalomesentérico, onde 30% possui mucosa ectópica, sendo a gástrica a mais comum - no seu interior. O diagnóstico da HL é intraoperatório, uma vez que sua clínica é indistinguível das demais hérnias e 90% dos DM são assintomáticos. Relata-se um caso de HL encarcerada.</p> <p>RELATO DE CASO: L.B.C., sexo masculino, 53 anos, referia vômitos associados a dor abdominal e abaulamento progressivo em região inguinal direita. Ao exame físico apresentava abdome doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com abaulamento volumoso e não redutível em região inguinal direita. A tomografia computadorizada (TC) abdominal evidenciou defeito herniário inguinal à direita, contendo alças de intestino delgado com sinais de sofrimento isquêmico. Procedeu-se inguinitomia com incisão transversa à direita, identificando-se as alças descritas à TC, porém sem sinais de sofrimento, além da presença de DM. Optou-se por correção do defeito herniário com reforço a Bassini e por conduta conservadora em relação ao DM. Evoluiu sem anormalidades com alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do DM ser a anomalia congênita mais comum do intestino delgado (1-4%), a HL é um diagnóstico extremamente raro, com apenas 50 casos descritos na literatura. No DM, o risco de complicações é de 4,2% e a mais frequente é o sangramento (30%), enquanto as HL correspondem a menos de 1%. A HL é mais predominante no sexo masculino e 50% ocorre na região inguinal, geralmente à direita. Sua complicação mais frequente é o estrangulamento, onde o intestino delgado pode ficar obstruído devido a torção mecânica ou secundária a uma inflamação. O tratamento mais comum da HL é a ressecção em cunha da base do divertículo através do saco herniário, todavia se discutem na literatura os riscos e os benefícios da retirada de um DM em achados ocasionais durante laparotomias. Essa conduta poderia levar a um aumento das chances de complicações pós-operatórias, aumentando assim a morbimortalidade. Outro dado relevante é que as chances de complicações diminuem conforme o avançar da idade, fator favorável ao tratamento conservador em DM assintomáticos, conduta adotada no caso reportado.</p>

PO 216-3	PO 217-1
<p>DIVERTICULITE COMPLICADA COM ABSCESSO E PNEUMORETROPÉRITONIO</p> <p>Layane Balbino, Talita Trancoso, Natália Selvatici, Roxane Alexandre, Samara Oliveira, Aloysio Ikarô Costa</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença diverticular é um comum problema que afeta o cólon. O quadro clínico se apresenta com hérnias saculares de quantidades variáveis, geralmente assintomáticas.¹ Com o aparecimento dos sintomas ganha a denominação de doença diverticular.² Esta quando complicada, passa a se chamar de diverticulite. As suas complicações geralmente cursam com intercorrências em região intraperitoneal, mas em casos raros pode afetar a porção extraperitoneal.³</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 69 anos, admitida no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB/Acre com histórico de dor tóraco-abdominal associada à distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes (intermitente há um mês), dispnéia, febre e disúria. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral; lúcida e orientada em tempo e espaço; eupneica; abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, com defesa abdominal em fossa ilíaca esquerda e hipogástrio. Na tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou pneumoretropéritoônio, antes com suspeita de abdome agudo perfurativo. Após 6 horas de internação, foi submetida à laparotomia exploratória, retossigmoidectomia (aproximadamente 15 cm) e colostomia terminal. No intra-operatório foi identificado divertículos colônicos, área espessada e hiperemiada em transição retossigmoide, abscesso bloqueado; presença de enfisema em retroperitônio, estendendo-se até a proximidade do pâncreas; sendo diagnosticada com um quadro de diverticulite. Paciente teve evolução favorável, sem intercorrências no peri e pós-operatório (PO). No 9º dia do PO, recebeu alta hospitalar apresentando bom estado geral, com funções fisiológicas presentes e demais sistemas em pleno funcionamento, sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Abscessos perforados localizados em região retroperitoneais são descritos na literatura como sendo raros e com alta taxa de mortalidade devido à dificuldade diagnóstica.⁴ O método diagnóstico padrão-ouro para identificar essa condição é a TC, sendo este o exame realizado pela paciente do caso. Este exame tem como vantagem ser pouco invasivo, permitir imagens transversais, apresentar rapidez e ser de fácil disponibilidade.^{5,6} O extravasamento de ar intraluminal pode ocorrer por gradiente de ar entre o órgão perfurado com o peristaltismo persistente e os tecidos subcutâneos ou por infecção bacteriana formadora de gás (Proteus, Escherichia coli, Enterobacter aerogenes, Esporogênes de Clostridium e Klebsiella).⁷⁻⁹ A drenagem desse ar segue para regiões como quadris, nádegas, coxas, extremidades inferiores ou para o espaço retroperitoneal do abdome, dissecando-se ao longo dos planos anatómicos.¹⁰ A importância do relato se deve ao fato de descrever uma rara complicação de diverticulite e do sucesso pós-cirúrgico sem sequelas para a paciente, diante do elevado grau de mortalidade da doença em virtude da dificuldade diagnóstica.</p>	<p>HERNIA INCISIONAL TIPO RICHTER APOS PROSTATECTOMIA EM PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE CASO</p> <p>MÁBIA DE JESUS LIMA, SAMARA DUARTE OLIVEIRA, VANESSA DE FRANÇA DOMINGOS, DANILO LIMA SOUZA, MARCOS DANIEL DE SOUZA XAVIER, EVERSON DE FREITAS DA SILVA, HENRY JESUS ALEX RAMIREZ LAULATE, NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA</p> <p><i>UFAC - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Richter se caracteriza pelo encarceramento da parede anti-mesentérica do intestino, sendo responsável por menos de 1% das hérnias de parede abdominal e podendo aparecer de diversas formas, como inguinal, femoral, umbilical, entre outras.¹ Apesar de pouco incidentes, são responsáveis por aproximadamente 10% de todas as hérnias estranguladas, associado a uma alta morbimortalidade.²</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ♂, 87 anos, solteiro, procedente de Rio Branco – Acre, referia tumeação em andar inferior do abdome com evolução de uma semana. Há aproximadamente 10h referia dor local. Trânsito intestinal normal. Procurou auxílio médico sendo realizado CT de abdome porque em sua HPP apresentava episódio de diverticulite. A CT demonstrou presença de hérnia em QIE do abdome, sem sinais de diverticulite. Foi encaminhado para avaliação da cirurgia geral. Ao exame físico apresentava tumeação dolorosa em RIE e foi indicado cirurgia. Na inguinitomia foi evidenciado saco herniário na altura da EIAS, com estrangulamento de bordo anti-mesentérico de alça de delgado, provavelmente incisional devido à prostatectomia aberta prévia. Na abertura do saco herniário para liberação da alça e revisão, prolongou-se a abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo em direção ao púbis, havia flacidez acentuada da parede posterior e após fechamento do saco herniário, foi optado por reforço da parede posterior com tela de Marlex pré-peritoneal, fixada ao ligamento de Cooper e aponeurose do músculo oblíquo interno ultrapassando o defeito.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente apresentava vários fatores de risco importantes para o surgimento de hérnias, como a idade avançada, ser do sexo masculino e ter se submetido a cirurgia prévia. A prostatectomia retropúbica aumenta consideravelmente o risco para o desenvolvimento de hérnia inguinal.³ Além disso, com o avanço da idade há progressiva diminuição na concentração de colágeno nas aponeuroses levando a perda da resistência das paredes musculoponeuróticas os quais passam ocasionalmente a não resistir a pressão exercida pelas vísceras. A escolha da técnica cirúrgica a ser usada depende de uma análise multifatorial, relacionados ao paciente, sua sintomatologia, idade e tipo de hérnia, além de fatores relacionados à disponibilidade de materiais pela instituição ou a expertise do cirurgião.⁴ A decisão de realizar ou não uma cirurgia deve ser muito bem ponderada, visto os riscos cirúrgicos, principalmente em idosos e os benefícios pela prevenção de um procedimento cirúrgico.⁴ Contudo, a indicação de cirurgia de urgência em hérnias estranguladas é indiscutível e o prognóstico do paciente está diretamente relacionado com o tempo até a intervenção, pois o retardo pode ser catastrófico com isquemia intestinal irreversível e até perfuração intestinal e sepsis.⁴ Dessa forma, este relato de caso, contribui para alertar sobre a necessidade de procedimentos cirúrgicos que visem a prevenção desses incidentes.³</p>
<p style="text-align: center;">PO 218-1</p> <p>HERNIA OBTURATORIA ENCARCERADA: RELATO DE CASO</p> <p>Aloisio Cardoso Junior, Natália Regina Misson, Leonardo Lucas Oliveira, Igor Saint Clair de Castro Docco, Alisson Rodrigues Pinto, Cristina Oliveira Ribeiro, Mário Inácio Carneiro Neto, Jéssica Mourão Melo</p> <p><i>Hospital Regional Professor Osvaldo Franco - Betim - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias obturatórias são protusões do conteúdo abdominal pelo forame obturatório. A fraqueza da membrana que reveste o forame permite o alargamento do canal obturatório, por onde passam o nervo, a artéria e a veia obturatória. O conteúdo herniado normalmente é formado pelo intestino delgado, principalmente, pelo íleo. Na maioria dos casos, as hérnias obturatórias estão relacionadas a quadros de obstrução intestinal sem causa definida. Tomografia computadorizada (TC) abdominal é padrão ouro para diagnóstico. O tratamento cirúrgico é a opção terapêutica mais indicada.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de paciente M.G.C.A, sexo feminino, 55 anos, em acompanhamento ambulatorial para quadro de dor crônica em região de quadril à esquerda com irradiação para região proximal da coxa e lombar, tratada por analgésicos há vários anos. Em 2007, apresentou quadro de obstrução intestinal sendo abordada cirurgicamente. Em dezembro de 2018, foi admitida no Hospital Público Regional de Betim para a extensão de propedêutica de dor crônica, que apresentava piora nos últimos 20 dias, em região da virilha esquerda com irradiação para região lombar, quadril e periumbilical. À TC abdominal, identificado saco herniário contendo alça de intestino delgado herniada pelo forame obturatório esquerdo. Logo, a paciente M.G.C.A foi submetida a cirurgia de redução e correção da hérnia obturatória pela via convencional, com posicionamento de um plug de tela de polipropileno no canal obturatório esquerdo, recoberto pelo peritônio parietal. Durante a celiotomia evidenciou-se alargamento do forame obturatório contralateral. Neste, optou-se pela colocação de tela de polipropileno, extraperitoneal, posicionada e fixada sobre a região obturatória, ocluindo o forame direito. Paciente recebeu alta após 5 dias de internação, sem intercorrências. Encontra-se assintomática no acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias obturatórias, apesar de sua baixa incidência e sintomatologia inespecífica, devem ser incluídas nos diagnósticos diferenciais de quadros de abdome agudo obstrutivo. Os quadros clínicos podem incluir sintomas obstrutivos, como vômitos e distensão, quadro de dor abdominal sem localização específica. Alterações laboratoriais como leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios podem estar presentes quando ocorre estrangulamento do conteúdo herniado. Um achado típico da patologia é a dor na região do quadril, irradiando para o membro inferior, devido à compressão do nervo obturatório (sinal de Howship-Romberg). No exame físico, eventualmente, é possível palpar uma nodulação entre o músculo pequíneo e os músculos adutores longos, sendo confundida com hérnia femoral, que é de maior prevalência. O reparo cirúrgico pode ser feito tanto pela via aberta como por videolaparoscopia. A raridade das hérnias obturatórias restringem estudos que orientariam melhor as técnicas utilizadas no reparo cirúrgico e na padronização do tratamento, o que ajudaria a reduzir o índice de até 10% de recidiva, após o reparo primário.</p>	<p style="text-align: center;">PO 218-3</p> <p>LESÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO</p> <p>George Lucas Vieira Florêncio, Barbara de Oliveira Brito Siebra, Samuelson Hugo Félix Maia, Ramiro Rolim Neto, Ivens Filizola Soares Machado, Luciano Rocha da Silva Ferraz</p> <p><i>Instituto Doutor José Frota - FORTALEZA - Ceara – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões esofágicas são lesões de baixa ocorrência, no entanto possuem grande potencial de mortalidade, sobretudo quando há o diagnóstico tardio. Tais lesões apresentam mortalidade que variam de 10-25% quando diagnosticadas nas primeiras 24 horas e de cerca de 40-60% quando ocorrem após esse período. Normalmente, as lesões esofágicas ocorrem após procedimentos endoscópicos (sejam eles diagnósticos ou terapêuticos). Outras causas descritas são: ruptura espontânea, trauma, ingestão de corpo estranho, tumores, ingestão de substâncias cáusticas, esofagite severa, lesão por medicamento retido e intubação endotraqueal difícil.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, J.V.R., 74 anos, HAS, engoliu osso de galinha dia 10 de fevereiro de 2018. Procurou atendimento médico no dia seguinte devido dor torácica e dispnéia em hospital de referência em trauma de Fortaleza-CE. Neste mesmo dia, foi submetido à Tomografia de tórax que evidenciou corpo estranho com densidade óssea. Tal objeto foi retirado por endoscopia digestiva alta, dia 12, na qual foi visto perfuração em terço distal esofágico. Em nova tomografia de tórax foi observado extenso derrame pleural e pneumotórax, sendo realizada drenagem torácica à direita. Paciente evoluiu com piora dos parâmetros clínicos devido empiema pleura. Com isso, foi submetido à decorticação pulmonar por pleuroscopia dia 15 de fevereiro mantendo-se drenagem torácica. Paciente evoluiu com quadro de mediastinite tendo sido necessária transferência para UTI, onde foi submetido à intubação orotraqueal e uso de antibióticos (meropenem e linezolida). Permaneceu na UTI durante oito dias. Retornando à enfermaria dia 24 de fevereiro. Na volta à enfermaria, paciente permaneceu alimentando-se por meio de SNE e em uso de antibióticos. Paciente permanecia com drenagem de secreção purulenta pelo dreno torácico mesmo que pequeno volume que impossibilitava a retirada do mesmo. Diversas vezes foi tentado realimentar o paciente via oral, porém sem sucesso. Sempre ao tentar, havia exposição da mesma pelo dreno torácico. Em meados de março, foi discutido caso com o cirurgião torácico e endoscopista a possibilidade da passagem de prótese esofágica. Dia 21 de março foi realizada passagem da prótese. Após passagem da mesma. Após boa aceitação da dieta via oral e recuperação de seu status clínico, paciente recebeu alta hospitalar. Retornou no dia 30 de abril para retirada da prótese endoscópica. Dia 02 de maio, foi realizado esofagograma que não apresentou extravasamento do contraste. Mostrando a resolução do quadro da fístula esôfago-pleural.</p> <p>DISCUSSÃO: As particularidades das lesões esofágicas não permitem uma padronização de tratamento. Casos assim podem ser conduzidos cirurgicamente ou conservadoramente. Pacientes tratados conservadoramente devem ser tratados com restrição alimentar via oral, nutrição parenteral ou enteral, antibioticoterapia de amplo espectro associado à monitorização intensiva. Quanto ao tratamento cirúrgico, vai depender da localização, tempo e extensão da lesão.</p>

PO 219-1	PO 219-3
<p>HERNIA DE PETIT: UM RARO DEFEITO DA PAREDE ABDOMINAL</p> <p>Gabriel Rodriguero, Vanessa Pelicoli, Aleister Crowley de Aquino, Robson Luiz de Souza Alhadas, Jorge Pedro Mentz, Mauricio Mentz</p> <p><i>Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias lombares são protrusões do conteúdo intra ou extraperitoneal através de defeitos fasciais na parede abdominal pótero-lateral. Constituem um defeito de veras incomum, correspondendo entre 1,5% a 2% de todas as hérnias da parede abdominal. Anatomicamente, as hérnias lombares são divididas em dois grupos: Hérnia de Grynfelt – de acometimento superior -, e Hérnia de Petit – de manifestação inferior e menos frequente -. Seu diagnóstico baseia-se em alterações no exame físico, confirmados com métodos de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética de abdome. Apesar da topografia incomum, apresentam as mesmas possibilidades de complicações das hérnias abdominais mais prevalentes, assim como a necessidade de correção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 53 anos, encaminhado para avaliação cirúrgica queixando-se de dor em queimação na região pótero-lateral do flanco esquerdo, contínua, com três meses de evolução. Clinicamente estável. Relata acidente automobilístico há dez anos, tendo sido submetido à laparotomia de emergência. Ao exame físico, observou-se abaulamento na região referida, sobre a crista ilíaca esquerda, com cerca de 15cm de comprimento por 5cm de largura. À palpação, a tumoração era flácida, como o restante do abdome, não aderida à parede, sem nodulações e parcialmente redutível, com desconforto do paciente. Foi perceptível descontinuidade na parede abdominal, possivelmente no triângulo de Petit, sugerindo hérniação. Em TC, confirmou-se o diagnóstico, com a presença de protrusão do conteúdo abdominal. A correção cirúrgica foi feita por hernioplastia lombar convencional, sob anestesia geral, a partir de uma incisão transversa em flanco esquerdo, com dissecação e redução da lesão, refixação da parede muscular, seguida de fixação de tela de marlex. O procedimento foi satisfatório e sem complicações. O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial para cuidados com a ferida operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: A primeira publicação sobre hérnia lombar foi feita por Garangeot em 1731, enquanto Ravaton realizou a primeira correção cirúrgica em 1750, tratando-se de uma hérnia lombar estrangulada. Até 1995 haviam sido relatados apenas 300 casos desse defeito e, após quase quatro séculos, seu diagnóstico ainda é um desafio, principalmente devido à baixa prevalência de casos e à sintomatologia pouco específica, podendo ser confundidas com tumores ou abscessos. O triângulo lombar inferior (Petit) está localizado entre a borda posterior do músculo oblíquo externo lateralmente, a borda lateral do músculo latíssimo do dorso medialmente e a crista ilíaca inferiormente. Por se tratar de uma região de fronteira entre lojas musculares, é um ponto passível de herniação, primária ou secundária (como o caso referido). Por fim, a hernioplastia convencional ou videolaparoscópica é sempre a conduta indicada, por reduzir morbidade da afecção. Por conseguinte, o conhecimento desta afecção é essencial para seu diagnóstico e tratamento adequados.</p>	<p>AVULSAO DE ARTERIA RENAL EM PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA: UM RELATO DE CASO</p> <p>ALENCAR JUNIOR LOPES PROENÇA, Daniela Beienke Hass, Alana Raquel Owergeor Dürks, Marina da Costa Magalhães, LEONARDO BANDEIRA, JEAN DOS SANTOS MESADRI, FERNANDO WEISS GUERRA, BRUNA SCHNEIDER DOS SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI - IJUI - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pacientes envolvidos em acidentes de trânsito podem apresentar múltiplas lesões de diversas naturezas, podendo comprometer diversos órgãos e sistemas. A injúria de artéria renal é uma complicação rara e grave do politrauma, menos de mil casos são encontrados na literatura desde a primeira descrição por Von Recklinghausen em 1861. O objetivo deste relato de caso é reforçar a importância de realizar exames de imagem contrastados em serviços de emergência, pelo fato de que lesões do gênero são identificáveis apenas após o período de injeção de contraste.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 32 anos, sem comorbidades prévias, vítima de politrauma em acidente automobilístico, admitido na unidade de emergência do Hospital de Caridade de Ijuí. Apresentava queimaduras de 3º grau em região de fossa ilíaca direita, perineo, órgãos genitais e coxa esquerda, somado a dor abdominal difusa, sem trauma abdominal penetrante. Após exame físico inicial, foi submetido à tomografia computadorizada (TC) contrastada de crânio, tórax e abdome. Foram evidenciadas as seguintes alterações: edema cerebral difuso e fratura no osso zigomático, fratura no 7º, 8º e 9º arcos costais à esquerda, moderada quantidade de hemoperitônio, hematoma subcapsular hepático, provável laceração/hematoma esplênico e lesão isquêmica renal direita. Encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora, que resultou em esplenectomia, apendicectomia incidental e nefrectomia à esquerda por avulsão completa da artéria renal esquerda no dia 01/08/18. Após o procedimento paciente foi mantido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) até 03/08/18. Durante período de internação desenvolveu parafimose em prepúcio sendo realizada escarotomia. Realizou, também, desbridamento de queimaduras com posterior enxertia nas áreas afetadas. Recebeu alta hospitalar em 30/08/18, foi acompanhado em ambulatório de cirurgia geral e cirurgia plástica durante 2 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: O acometimento de estruturas vasculares em vítimas de politrauma é incomum, porém confere uma alta morbi-mortalidade para estes pacientes. É essencial que no primeiro atendimento sejam realizados exames de imagem contrastadas, tendo por objetivo identificar lesões abdominais e, por conseguinte, injúrias vasculares. Cerca de 85% dos pacientes politraumatizados vão necessitar de laparotomia exploradora para abordar lesões intra-abdominais¹, portanto o procedimento também deverá intervir no trauma vascular, como foi o caso do paciente deste relato. A não revascularização é geralmente o procedimento de escolha em pacientes com lesão de artéria renal unilateral, uma vez que revascularizar o vaso lesado apresenta alto índice de complicações, tendo sido realizada apenas em pacientes com lesão bilateral ou presença de rim único¹. Desta forma, este relato tem como objetivo reforçar a importância do exame de imagem contrastado no ambiente de emergência para diagnóstico precoce de injúrias vasculares.</p>
<p>PO 220-1</p> <p>SEPARAÇÃO DE COMPONENTES NA HERNIA INCISIONAL GIGANTE: RELATO DE CASO</p> <p>MARIA KAROLINE SOUZA CHAGAS, ANA CAROLINE MENDONÇA CARDOSO, MARIANA FREITAS DE OLIVEIRA, NATHÁLIA RODRIGUES DE FREITAS, EDSON ANTONACCI JR</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais ocorrem em cerca de 10-11% das laparotomias. São vários os fatores de risco envolvidos: obesidade, idade avançada, desnutrição, laparotomias repetidas, tipos de incisão, cuidados técnicos no fechamento da parede abdominal (qualidade, espessura e resistência dos fios cirúrgicos), infecção pós-operatória da ferida cirúrgica, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica. A técnica de separação de componentes anterior de Ramirez, publicada em 1990 é um método de reconstrução da parede abdominal sem o uso de tela, baseada no aumento da parede abdominal pelo movimento das camadas musculares provocado pela incisão na aponeurose do músculo oblíquo externo. O objetivo do estudo consiste em discutir o caso de uma paciente com hérnia incisional gigante que foi corrigida com a técnica de separação de componentes anterior.</p> <p>RELATO DE CASO: A.A.S, 58 anos, sexo feminino, admitida com hérnia incisional recidivada gigante há aproximadamente cinco anos. Paciente referia que há 16 anos havia sido submetida a colecistectomia que evoluiu com hérnia incisional. Há cinco anos realizou hernioplastia com tela de Marlex para correção de hérnia incisional, porém evoluiu com uma volumosa hérnia incisional recidivante. A paciente apresentava como comorbidades diabetes mellitus insulino dependente, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tabagismo. Foi realizada a técnica de pneumoperitônio progressivo, sendo insuflado entre 500 a 1000 ml/dia de ar em cavidade peritoneal através do cateter percutâneo previamente instalado. Foi realizada hernioplastia sob a técnica de separação de componentes anterior, com posicionamento de tela de Marlex "on lay" e fixação de drenos Portovac no subcutâneo. A paciente foi encaminhada ao Centro de Tratamento Intensivo, onde permaneceu sob cuidados por 04 dias e recebeu alta no sétimo dia pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A correção das hernioplastias incisionais gigantes constitui grande desafio da prática cirúrgica, em virtude das dificuldades técnicas e do alto índice de complicações. A redução forçada destas hérnias pode levar à insuficiência respiratória, síndrome compartimental abdominal ou mesmo, a impossibilidade de se concluir a hernioplastia. A paciente por possuir uma hérnia incisional gigante, foi submetida a hernioplastia utilizando a técnica de separação de componentes anterior utilizando também tela de Marlex para reforçar a parede abdominal anterior. É imprescindível o conhecimento e domínio da técnica de hernioplastia através de separação de componentes entre os médicos cirurgiões, visto que quando bem indicada e adequadamente realizada, a cirurgia traz benefícios inquestionáveis ao paciente e evita reabordagens que poderiam se tornar desnecessárias.</p>	<p>PO 220-3</p> <p>A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO SURGERY CONTROL EM FERIMENTOS DE ARMA DE FOGO COM PERFURAÇÃO HEPÁTICA.</p> <p>Helder Teixeira grossi, Ana Paula Magalhães Souza, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcelo Santos da Silva, Hikaro Vinicius Galvão Dantas, Pedro Gomes Lins de Carvalho, Igor Moura Soares, Hyury César Barros de Oliveira</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - BOA VISTA - Roraima – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A violência vem crescendo de forma exponencial em nosso país, representada por crianças e adolescentes, principalmente do sexo masculino, que entram para o mundo do crime cada vez mais jovens. O Brasil é um dos países da América latina que se destaca por apresentar altos índices de acidentes por arma de fogo, sejam eles intencionais ou não.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 18 anos, natural de Boa Vista-RR deu entrada no PSFE no dia 18/12/18, vítima de ferimento por arma de fogo com orifícios em dorso próximo a linha axilar posterior a direita e a esquerda (sem saída), coluna lombar na altura de L4/L5, topografia da crista ilíaca direita, glúteo direito e face posterior do braço esquerdo. O mesmo evoluiu em MEG, apresentando, choque hipovolêmico, desorientado e agitado. Apresentava ainda edema com equimose em zona 2 do pescoço à direita. A ausculta respiratória encontrava-se abolida à esquerda e macieza à percussão. Normal à direita. Abdome flácido e depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Solicitado avaliação da cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia vascular, mesmo sem imagem, devido a instabilidade hemodinâmica, foi decidido pela toracostomia e selo d'água do paciente, o e-fast realizado na sala de trauma evidenciou hemotórax a esquerda e líquido livre no abdome e no espaço de morrissom e subfrênico no domus hepático. Na cervicotomia exploradora, identificado hematoma no nível V (não expansível e sem sangramento ativo) e abertura do espaço vascular, mas não se identificou lesão. A laparotomia exploradora lesão diafragmática próximo da transição do segmento VII para o VIII + lesão hepática transfixante. Hematoma de zona II, não expansivo e não pulsátil. Não foi identificado sangramento ativo. Foi deixado Gelfoan nas lesões hepáticas</p> <p>DISCUSSÃO: Existe dois métodos de abordagens diferentes nas lesões hepáticas, o conservador e o cirúrgico; que serão utilizados a depender do tipo de trauma, que pode ser fechado ou aberto. Os fechados, são cada vez mais abordados conservadoramente com técnicas menos invasivas, sejam elas por CPRE ou angiografia com embolização arterial. Nos traumas abertos/penetrantes com pacientes hemodinamicamente instáveis como o caso em questão, ainda emprega-se a laparotomia como método de escolha. Atualmente existe um termo em ascensão relacionado ao tratamento das lesões hepáticas abertas, a chamada cirurgia faseada, que se baseia no controle da tríade letal (coagulopatia, hipotermia e acidemia) o chamado "damage control surgery", que é direcionado a limitação do dano, prevenção da hemorragia e da infecção. A cirurgia "damage control" se inicia com o rápido parking dos quatro quadrantes abdominais, este momento torna-se mais favorável para contenção da hemorragia facilitando a ressuscitação e melhorando a sobrevida.</p>

PO 221-1	PO 221-3
<p>HÉRNIA VENTRAL GIGANTE ENCARCERADA: RELATO DE CASO</p> <p>Charles Alberto da Cunha Melo Júnior, Fernanda Nunes Garcia, Igor Natan Serafim de Sousa, Igor Rañanele da Silva Cavalcanti, Paulo Eduardo Silva Sousa, Raissa Silva Frota, Sarah Chaves Barbosa, Mozart Pereira de Almeida Júnior</p> <p><i>Universidade de Rio Verde campus Goianésia - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia ventral é uma protusão do conteúdo intra-abdominal por rompimento da parede abdominal fragilizada. Na hérnia ventral gigante encarcerada, o conteúdo abdominal é fixo e acomodado no saco herniário. Por ser volumoso pode diminuir a pressão intra-abdominal com chance de comprometimento cardiopulmonar. Os principais sintomas são dor e desconforto. O tratamento padrão é cirúrgico e o diagnóstico é feito pela visualização e toque da tumefação ao exame físico e exames complementares de imagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.C.S.C. de 63 anos, sexo feminino, obesa, dislipidêmica, hipertensa em uso de losartana, anlodipino e espirolactona, diabética e portadora de hérnia umbilical há 37 anos. Deu entrada no Hospital Municipal Irmã Fanny Duran, de Goianésia (GO) com epigastralgia, náuseas, vômitos incoercíveis fétidos de cor amarela e cólicas há 3 dias. Ao exame físico: abdome doloroso à palpação de região mesogástrica e hérnia em região periumbilical e epigástrica sem sinais de encarceramento a princípio, associada à celulite local. À endoscopia digestiva alta obteve-se pangastrite enantematosa intensa; à USG de abdome total evidenciou-se alças intestinais do delgado com nível hidroaéreo associado a abdome agudo obstrutivo; e à TC de abdome inferior obteve-se volumosa hérnia na região infra umbilical com alças contendo nível hidroaéreo insinuando-se por óstio de 6,0cm X 5,0cm. Foi realizada laparotomia exploratória, pois a hérnia ventral encarcerada apresentava em seu conteúdo: omento maior, intestino delgado e cólon, com perfuração do intestino delgado a 190 cm do ângulo de Treitz e necrose de omento maior. Realizou-se omentectomia e enterectomia para retirar das necroses e reconstrução da alça intestinal e parede abdominal (enteroanastomose, ileostomia terminal e hernioplastia ventral). A paciente evoluiu estável hemodinamicamente, sem complicações, com suporte de O2 via cateter nasal, dieta líquida por sonda nasogástrica, diurese por sonda vesical de demora, reposição hidroeletrólítica, cinta abdominal e antibióticoterapia oral. Até o momento encontra-se sem cicatrizações total da incisão realizada devido ao processo infeccioso instalado pelo rompimento intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias umbilicais ocupam a terceira posição na faixa de incidência. Geralmente, desenvolvem-se na 4ª ou 5ª década de vida e mais de 90% ocorrem em mulheres, obesas e multiparas. A paciente apresentava vômitos fétidos e uma pangastrite enantematosa intensa, causada pela inflamação estomacal gerada por obstrução gastrointestinal. A hérnia encarcerada é de difícil redução, pois há a exteriorização e preservação das alças intestinais no saco herniário, porém, frequentemente, não existe parada do trânsito intestinal nem distúrbios circulatórios nas alças, diferentemente do caso, que houve necrose. Por permitir a exploração da cavidade abdominal, a laparotomia é apropriada em casos emergenciais, permitindo o diagnóstico e redução, além de ser possível ressecar segmentos caso haja isquemia.</p>	<p>FISTULA ABDOMINO-PLEURAL APOS FERIMENTO DE ARMA DE FOGO</p> <p>George Lucas Vieira Florêncio, Bárbara de Oliveira Brito Siebra, Samuelson Hugo Félix Maia, Ramiro Rolim Neto, Ivens Filizola Soares Machado, Lucvano Rocha da Silva Ferraz</p> <p><i>Instituto Doutor José Frota - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Podemos notar, em nosso cotidiano, o aumento expressivo dos ferimentos por arma de fogo e arma branca devido ao aumento da violência urbana, endêmica em nosso país, sobretudo nos grandes centros urbanos. Sendo assim, observamos que os ferimentos predominam em região torácica, abdominal e tóraco-abdominal. Ferimentos que ocorrem em transição tóraco-abdominal são bastante associados à alta morbidade e mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, A.R.R.J., 23 anos, vítima de perfuração por arma de fogo em região dorsal à esquerda, paravertebral, em transição tóraco-abdominal dia 21 fevereiro 2019. Na admissão, em hospital de referência de trauma de Fortaleza, foi realizado radiografia de tórax que evidenciou hemopneumotórax à esquerda, realizada a drenagem torácica. O exame físico abdominal não apresentava peritonite e o FAST não apresentava líquido livre em abdome. No dia 22 foi admitido na enfermaria, onde foi iniciada dieta líquida restrita. No dia seguinte, foi observado aumento considerável no dreno torácico. Foi realizado teste de azul de metileno via oral corando quase que de imediato no dreno torácico. Durante esse período, paciente apresentava-se sem queixas abdominais e torácicas e com parâmetros clínicos estáveis. Foram solicitados Tomografias de abdome e tórax, broncoscopia e endoscopia digestiva alta. No entanto dia 23, paciente veio apresentar taquicardia, taquidispnéia e confusão mental. Neste mesmo dia, foram realizados tais exames mencionados acima. Na TC de tórax, mostrava pneumotórax moderado à esquerda, atelectasia subtotal à esquerda com fina lâmina de derrame pleural e fraturas cominutivas em processos transversos de T12 a L2 e PAF alojada em hemitórax esquerdo. TC de abdome mostrava laceração em pólo superior do baço (grau II), estilhaços de PAF em pólo superior do rim esquerdo (grau III) e ausência do rim direito (necrectomia prévia em laparotomia também por PAF). Endoscopia mostrava áreas de coágulos em estômago e duodeno (2 porções). Broncoscopia normal. Na noite do dia 23, foi discutido caso onde foi decidido por realizar laparotomia exploratória, na qual tiveram como achados: hematoma periesplênico, hematoma zona II, lesão em fundo gástrico (em grande curvatura) e lesão em pilar diafragmático à esquerda. Foi realizado gastrografia, lavagem de hemitórax esquerdo por meio de sonda nasogástrica e frenorrafia. Paciente segue em recuperação satisfatória em UTI já com dieta por SNE.</p> <p>DISCUSSÃO: Ferimentos tóraco-abdominais são desafiantes para os cirurgiões desde seu diagnóstico ao seu tratamento. Muitos dos pacientes são submetidos à apenas drenagem torácica e/ou laparotomia. Algumas outras lesões também necessitam de toracotomia. Alguns autores associam à mortalidade e morbidade associado ao mecanismo do trauma, sobretudo quando de arma de fogo que normalmente causa uma maior multiplicidade de lesões.</p>

PO 222-1	PO 222-3
<p>CORREÇÃO ROBOTICA DE HERNIA INCISIONAL EM IDOSO: RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Vanessa Mahamed Rassi, Eduardo Augusto Borges Primo, Hortência Freire Barcelos, Mariana Thees Perillo Rodrigues, Adilon Cardoso Filho</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias abdominais podem ser congênitas ou adquiridas. As adquiridas representam uma das complicações mais comuns de procedimentos abdominais. Estas indicam uma protusão visceral da cavidade abdominal após um trauma cirúrgico e ocorrem após 3-20% das laparotomias medianas. Tais defeitos podem estar associados a diástases dos músculos retos abdominais predominantes em pessoas idosas e obesas. O presente trabalho tem por finalidade apresentar um caso de hérnia incisional abdominal em um paciente idoso e com comorbidades associadas e discutir o seu manejo cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, noventa anos, hipertenso em controle, portador de adenocarcinoma gástrico com acometimento linfonodal, em tratamento com imunoterapia. Relata histórico de gastrectomia parcial há 2 anos e surgimento de abaulamento no epigástrico 1 mês após a cirurgia. Realizou uma tomografia computadorizada de abdome total que indicou: diástese da musculatura do retoabdominal associado à descontinuidade parietal ao longo da linha mediana da região epigástrica, com herniação de gordura e alças no seu interior, sem sinais de sofrimento vascular. O diagnóstico clínico foi de hérnia abdominal incisional. Negava alterações psicomotoras e cognitivas e encontrava em um bom estado geral. O tratamento indicado foi de herniorrafia abdominal e o manejo cirúrgico escolhido foi o de laparoscopia robótica. Há 8 meses realizou o procedimento cirúrgico, sem intercorrências no intra e pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: As evoluções na tecnologia médica conduzem a um número crescente de idosos que realizam cirurgias abdominais. Entretanto, os procedimentos convencionais para correção deste defeito da linha média são invasivos e traumáticos, pois envolvem grandes incisões e descolamentos de pele e tecido subcutâneo. A mudança mais significativa nestes procedimentos foi a introdução da cirurgia robótica. O procedimento robótico permite aplicar os conceitos atuais de reconstrução da linha média de forma minimamente invasiva, eficaz e com menores taxas de complicações pós-operatórias. Há uma dissecação das referências anatômicas sem exposição ampla de pele e subcutâneo e posicionamento das telas nos compartimentos intermusculares, evitando contato delas com conteúdo intra-abdominal. Em pacientes idosos sintomáticos ou oligossintomáticos, a indicação para o tratamento cirúrgico de hérnias abdominais deve ser sempre realizada de forma crítica e individual. A não realização de um tratamento adequado pode levar a complicações emergenciais como: hérnia encarcerada, com ou não sofrimento vascular. Por outro lado, a realização de procedimentos cirúrgicos em pacientes com comorbidades associadas é sempre um desafio. Diante do quadro geral do paciente e do seu favorável histórico em pós-operatórios, o procedimento cirúrgico robótico foi indicado.</p>	<p>LESÃO CERVICAL DE JUGULAR INTERNA COM CONTROLE HEMORRAGICO COM AUXILIO DE SONDA FOLEY</p> <p>João Marcos Ramos Ramos, José Miguel Pinto Neto, Amanda Teixeira de Melo, Isabela Vieira Bastos, Gabriel Alves Siqueira, Phylippe Augusto Oliveira, Daniel Gontijo Sousa Silva, Yasmin Abreu Soares de Souza</p> <p><i>HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma cervical penetrante está presente em cerca de 5-10% dos traumas em geral, com uma mortalidade estimada entre 3-6%, conferindo grande relevância nos atendimentos de emergência. No Brasil, é similar a incidência de ferimentos provocados por arma de fogo (FAF) e ferimentos provocados por arma branca (FAB). O predomínio das lesões ocorre em homens (88-92%), muito pela sua maior exposição a eventos de risco. Anatomicamente, o pescoço contém grande quantidade de estruturas vitais, como via aérea, artérias e veias, tornando-se uma área importante para vários sistemas. Nas lesões vasculares, a base do tratamento consiste na realização da hemostasia, podendo ser feita por ligadura ou rafia a depender do vaso lesado e da experiência do cirurgião.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.A.F.C., sexo masculino, 40 anos, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Ceilândia, vítima de FAB em região cervical lateral direita (transição da Zona I e II), cerca de 3 cm de extensão. Ao chegar ao serviço, apresentava sangramento local ativo, apesar da presença de curativo compressivo no ferimento. Ao exame inicial, encontrava-se instável, obnubilado, taquicárdico e taquipneico. Durante avaliação da lesão constatou-se presença de sangramento ativo de grande monta e de difíceis controle e visualização da origem. Foi submetido à compressão manual externa do ferimento, a qual não obteve resposta adequada, além de prejudicar a ventilação do paciente. Optou-se pela introdução de sonda de Foley, número 10 Fr/ch, no trajeto do ferimento, às cegas, alcançando-se assim total controle da perda sanguínea ao inflar o balonete. Em seguida, o paciente foi submetido a cervicotomia, na qual foi evidenciada transecção parcial de jugular interna de aproximadamente 3 cm, em sentido longitudinal. Durante o procedimento, foi realizada rafia da lesão, com posterior colocação de dreno de penrose, além de antibióticoterapia e anticoagulação, ambas durante o período de internação. O paciente evoluiu sem complicações, sendo concedida alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento das lesões vasculares cervicais deve ser instituído de imediato, por se tratar de uma região nobre que abriga grandes vasos e estruturas vitais de vários sistemas, além de possibilitar sangramento maciço. No caso apresentado, destaca-se o intuito de optar pela utilização da sonda de Foley para a realização de um controle hemostático que garantisse a preservação da via aérea, tal método que se provou eficaz no controle temporário do sangramento refletindo no aumento da taxa de sucesso no caso. Com a estabilidade hemodinâmica conquistada pela colocação da sonda, possibilitou-se encaminhar o paciente para o centro cirúrgico para cervicotomia exploradora e o tratamento definitivo da lesão.</p>

PO 223-3	PO 224-1
<p>HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA – RELATO DE CASO</p> <p>Ana Carolina Fernandes Torres, Hélio Vitor Paim Junior, Larissa Radd Magalhães de Almeida, Ana Clara Guerreiro Araujo de Gouvêa, Maria Clara Rocha Zica, Talita Trindade França, Thiago Henrique Queiroz de Oliveira, Andressa Freitas Gomide de Araújo</p> <p><i>Hospital Regional de Sobradinho - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i> HERNIA DIAFRAGMATICA TRAUMATICA – RELATO DE CASO</p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia diafragmática traumática (HDT) é caracterizada pela passagem de estruturas abdominais para a cavidade torácica por uma lesão diafragmática previamente causado por um trauma na região toracoabdominal. As principais causas de HDT são respectivamente: trauma contuso, penetrante e iatrogênicos, sendo que os acidentes automobilísticos são as principais causas, devido ao aumento súbito da pressão abdominal que é transmitido à cúpula diafragmática. Já o acidente penetrante é causado principalmente por arma branca ou projéteis de arma de fogo. Mesmo sendo uma patologia relativamente incomum, com incidência global de 0,8% a 5,8% é um grande desafio para o diagnóstico e tratamento, não somente pelo retardo e dificuldade diagnóstica, mas devido a associação com múltiplas lesões, o que culmina em alta morbimortalidade</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.M.S.D., masculino, 33 anos, moreno, vítima de espancamento, deu entrada no HRS com queixa de dor torácica e abdominal à esquerda há 48 horas associado a hematêmese de grande monta. Foi realizada radiografia de tórax que evidenciou elevação do diafragma, atelectasias basais e opacificação da cúpula diafragmática. Após tal achado, foi optado por realização de endoscopia de emergência que demonstrou grande quantidade de secreção enegrecida desde esôfago médio até estômago com aspiração total de 1500 ml, esôfago com calibre dilatado e grande pressão luminal, estômago com câmara gástrica alterada anatomicamente e repleta de secreção enegrecida e resíduos. Mucosa de fundo exibindo muitas erosões e ulcerações. Impossibilidade de visualização de antro gástrico. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, sendo realizado laparotomia exploradora que evidenciou herniação total de estômago e omento através de hérnia diafragmática à esquerda e ausência de líquido livre ou lesão de outros órgãos. Foi estao realizada redução de conteúdo herniário (estômago e omento), sem sinais de sofrimento, lise de aderências do omento ao diafragma, rafia de hérnia diafragmática utilizando Vicryl, pontos contínuos, cerca de 7 cm, luxação do baço, ligadura de vasos do ligamento esplenocólico, gastroesplênico e artéria esplênica após visualização de sangramento contínuo de hilo esplênico, sem melhora a cauterização (peça enviada ao AP), posicionado dreno de hemovac em loja esplênica e exteriorização em flanco esquerdo.</p> <p>DISCUSSÃO: Qualquer porção do diafragma pode ser lesada, dependendo do local da agressão. No entanto, o local mais comum de HDT é a região póstero-lateral esquerda, devido à um dos fatores de proteção da cúpula diafragmática direita como o posicionamento do fígado. O tratamento é essencialmente cirúrgico, tanto a via torácica quanto a abdominal podem ser empregadas na correção cirúrgica, na dependência do cirurgião e das condições clínicas do paciente, sempre lembrando a menor mortalidade da laparotomia.</p>	<p>HERNIA DE SPIEGEL</p> <p>ANGELO LUÍS TONON SANTANA, CAIO FELIPE THOMAZIN PANICIO, DIEGO GARCIA MUCHON</p> <p><i>Unoeste - Presidente Prudente - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Spiegel, ocorre através da fásia de spigel, é defeito raro 1 a 2% cm, é caracterizada por saco peritoneal ou gordura pré-peritoneal através da fásia de Spiegel, que é composto por folheto da aponeurose do músculo transverso limitada medialmente pelo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar. É de difícil diagnóstico, por ser clinicamente incomum e por seu alto índice de estrangulamento, devido ao seu colo estreito. O local da hérnia deve sempre ser marcado antes da operação. O tratamento cirúrgico é mandatório, seja por técnica convencional ou por vídeo-laparoscopia. Apresentamos o caso incomum de um paciente feminina 64 anos com hérnia de Spiegel a esquerda, cujo diagnóstico foi realizado com tomografia computadorizada. O paciente foi submetido à cirurgia de urgência convencional devido quadro de dor, sendo correção primária do defeito e utilização de tela de polipropileno em posicionamento pré-peritoneal</p> <p>RELATO DE CASO: M.B.A. de 64 anos, do sexo feminino, de Presidente Prudente-SP, foi admitido no serviço em 15/07/2018, relatando uma história de dor em fossa ilíaca esquerda com irradiação para região lombar esquerda, com piora da dor aos esforços físicos. Não se observando protuberância durante o exame físico.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de spiegel é caracterizada mais frequentemente pela sintomatologia, dor no local e não a tumefação como ocorrer nas outras hérnias da parede abdominal. Devido não ter a protuberância no local pois o saco herniário fica contido pela aponeurose do m. oblíquo externo, o que dificulta seu diagnóstico. Portanto torna-se um diagnóstico difícil e necessário a recorrer a exames de imagem para confirmar o diagnóstico. Por localizar-se em torno e 0 a 6 cm cranialmente e transversa no plano anterosuperior das cristas ilíacas, onde fica localizado a aponeurose spiegel. A fraqueza desta área pode ocorrer devido uma fragilidade por ser o cruzamento da fibras aponeuróticas do musculo transverso e oblíquo interno. Outro fato que pode ser sugestivo e a fraqueza específica da junção da linha de douglas com a linha semilunar. Este caso é reitera fundamentalmente a importância do exame clínico e suspeita sobre a clinica de dor ao longo da aponeurose de spiegel, principalmente quando inferior ao umbigo. A correção cirúrgica por ser via laparoscópica ou vídeo-laparoscópica, não há diferença estatística no índice de recorrência. A cirurgia aberta geralmente está reservada para os casos de necessidade de cirurgia de urgência devido conseguir ter a possibilidade de dissecação do saco herniário até o colo e identificar a vitalidade das vísceras contida. Após redução do conteúdo pode ressecar o saco herniário e reparar o defeito primariamente (tension free) e após colocação de tela de polipropileno é suturada no espaço pré-peritoneal (underlay), ou no espaço intra-aponeurótico. Também pode ser colocada no espaço supra aponeurótico (onlay). No qual observa-se os mesmos resultados.</p>
<p>PO 225-3</p> <p>RELATO DE CASO: HERNIA TRAUMATICA DA PAREDE ABDOMINAL.</p> <p>HEITOR SOARES MORAIS, FELIPE DE SOUZA VIAL, PAMERSON POUBEL FARIA, WESLEY KUSTER TONOLI, LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES - VITORIA - Espirito Santo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia traumática da parede abdominal (HTPA) é uma entidade clínica rara, provocada por rompimento traumático contuso da musculatura e fásia da parede abdominal, não é um diagnóstico simples e requer um alto índice de suspeição durante o atendimento inicial. Apresentamos um caso clínico com este tipo de patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 55 anos, sexo masculino, pedreiro, sem comorbidades prévias, vítima de queda de andaime em construção civil com cerca de 5 metros de altura, com traumatismo abdominal fechado em região de flanco a esquerda provocado pela queda em cima de barra de ferro. Foi admitido no serviço de Urgência estável hemodinamicamente, Glasgow 15, apresentava queixas álgicas em região de flanco a esquerda, local da contusão, dificuldade de deambular devido a quadro álgico, sem outras sintomatologias. Ao exame físico, identificou presença de equimose de parede e edema em região de flanco a esquerda, com dor a palpação. Foi realizado exame de tomografia computadorizada para melhor estudo de abaullamento, com laudo evidenciando, presença de aumento e densificação do subcutâneo no flanco esquerdo, com afilamento da musculatura e presença de descontinuidade parcial do oblíquo interno esquerdo, com presença de herniação da gordura retroperitoneal nesta topografia. Decidido por tratamento cirúrgico da hérnia traumática, realizado incisão de flanco esquerdo, sendo evidenciado lesão do músculo oblíquo externo, transverso e interno, acometendo retroperitoneo sem atingir cavidade abdominal, sendo realizado reforço com tela de marlex sublay, paciente em acompanhamento ambulatorial, com exame tomográfico de controle sem recidiva da hérnia.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia traumática da parede abdominal (HTPA) é um tipo raro que ocorre após impacto contuso, sem lesão penetrante da pele e sem evidências de hérnia anterior no local, embora tenha sido descrita há mais de 100 anos, ainda apresentam critérios diagnóstico e de tratamento controversos na literatura. O tempo de tratamento cirúrgico na HTPA é muito dependente da presença de lesões associadas. A estabilização clínica do paciente no cenário do trauma e a prioridade, e é uma indicação no atraso do reparo da HTPA, caso o paciente apresenta-se estável, o tratamento com reparo da HTPA deve ser feito o mais precoce possível para evitar qualquer complicações, como encarceramento.</p>	<p>PO 226-3</p> <p>Esplenose intratorácica e abdominal, um relato de caso</p> <p>Lara Brandão Pereira, Natália Sobrinho Vaz, Laís Mendonça Xavier Andrade, Lázaro Antonio Francisco Féres, Eduardo Luiz Primo Siqueira, Laís Joyce Senger Luy</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Petropolis - Petrópolis - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A esplenose é uma doença benigna de raro diagnóstico, causada geralmente por ruptura esplênica pós traumática ou manipulação cirúrgica do órgão.</p> <p>RELATO DE CASO: E.S.A. 48 anos, masculino, Magé-Rj. Paciente previamente hígido com história de esplenectomia há 15 anos apresentou quadro de dor, de início súbito, em região lombar, de forte intensidade, que irradiava para fossa ilíaca esquerda e região testicular bilateral, associado a náuseas e vômitos após alimentação, sem fator de piora, teve melhora parcial da dor com uso de buscopan. Nega febre, calafrios, disúria, polaciúria, hematúria e outros sintomas. Evoluiu com piora do quadro álgico e procurou assistência médica, onde foi internado para investigação diagnóstica e realizou Tomografia Computadorizada de Tórax, Abdome e Pelve, que evidenciou diversos processos expansivos no hemitorax esquerdo e mediastino, além de processos expansivos em hipocôndrio esquerdo e grande hematoma no espaço compreendido entre pâncreas e rim esquerdo. Realizou exame de cintilografia com hemácias após 20 dias compatível com fragmento esplênico em abdome, pleura e mediastino, confirmando o diagnóstico de esplenose.</p> <p>DISCUSSÃO: Como já citado acima, este diagnóstico é raro, ainda mais quando extra abdominal, devendo sempre entrar como diagnóstico diferencial em pacientes com história de manipulação cirúrgica esplênica ou trauma abdominal que evoluem com dor ou achados de massas radiográficas.</p>

PO 227-1	PO 227-3
<p>DERMATOFIBROSSARCOMA DIAGNOSTICADO EM PACIENTE IDOSA – RELATO DE CASO</p> <p>Lara Almeida Ferreira, Carlos Marcelo Cruz, Amanda Justino Costa, Natalia Navarro Costa, Vitor Arrais Monteiro, Matheus Henrique Amaral, Natalia Gondim Cavalcanti, Carla Giovanna Costa</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) é uma neoplasia fibrohistiocitária rara de origem dérmica com baixo potencial de metástase e alta taxa de recidiva, gerando alta morbidade e necessidade de reavaliação a cada 6 meses após tratamento. É um tumor de crescimento lento que pode ter um aspecto de benigno de cicatriz queloidiana e, ao aumentar de tamanho, torna-se firme e ulcerado. Acomete a pele em uma incidência de 0,8 a 4,5 casos por milhão de indivíduos/ano, referente a cerca de 0,1% de todas as neoplasias malignas com maior frequência entre 20 e 50 anos e no tronco e extremidades. O diagnóstico é confirmado através da biópsia e a conduta terapêutica é a excisão da lesão com margem cirúrgica de 3 a 5 cm, podendo ser associado à radioterapia e, mais raramente, a quimioterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 70 anos, natural de Catolé do Rocha – PB, apresenta lesão em tronco há 1 ano (SIC), com crescimento rápido há 3 meses. Apresentava massa tumoral vegetante, endurecida e com bordas mal delimitadas, medindo 12,0 cm x 10,0 cm, que se estendia do sulco inframamário esquerdo até região abdominal. Realizada biópsia incisional com resultado histopatológico de DFSP. No ato cirúrgico foi delimitado 5 cm de margem e dissecação até o plano da fáscia muscular. O segundo tempo cirúrgico foi a rotação de retalho dermogorduroso. Feita a dissecação do retalho ao nível da aponeurose até a região púbica e avanço em sentido cranial, realizou-se a dissecação e isolamento do coto umbilical, transposto para nova posição. Paciente recebe alta hospitalar após o 2º DPO, sem apresentar intercorrências. O laudo histopatológico definitivo afirma Fibrossarcoma do Tipo Adulto de alto grau histológico com pele suprajacente e margem profunda comprometida. Paciente encaminhada ao serviço de radioterapia e encontra-se em seguimento oncológico sem evidência de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: É um tumor mesenquimal fusocelular com projeções de células neoplásicas e malignidade intermediária. Como possui um comportamento silencioso, assintomático, contribui para um atraso diagnóstico. Normalmente possui o marcador CD34 positivo em 92 a 100% dos casos, sendo útil para diferenciar o DFSP de outros tumores fibro-histiocíticos. Quando CD34 é negativo como no caso relatado, é comum a transformação sarcomatosa. Geralmente são tumores grandes, com área ressecção é extensa, necessitando do uso de retalhos ou enxertos. Na paciente descrita acima descrita, a área de excisão se estendeu do hemitórax esquerdo à região abdominal e o avanço do retalho em sentido cranial permitiu cicatrização por primeira intenção, diminuindo os riscos de infecções e de rejeição do enxerto. A margem cirúrgica livre é um importante fator de controle local do DFSP, mas pode ser associada à radioterapia adjuvante quando as margens livres não forem alcançadas. Possui como fatores de pior prognóstico a excisão cirúrgica insatisfatória, com presença de margens comprometidas, grandes tumores e a presença de fibrossarcoma na histologia.</p>	<p>RELATO DE CASO: ABORDAGEM DO TRAUMA TORACICO EM PACIENTE VITIMA DE PAF</p> <p>Camila Pires Marinho, Ana Flávia Zanelli de Almeida, Rafaella Oliveira Curti, Andrielle Nunes Santos, Isabela Morais Borges, Manuelle Quixabeira Freire, Paulina Inácio Protássio Musse, Phelippe Gonçalves Pimentel</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma é a terceira causa de morte no Brasil, sendo o acometimento torácico responsável por 25% das mortes. O destaque é o trauma torácico penetrante, sendo a arma de fogo causa de cerca de 75% dos atendimentos. As principais lesões nesses pacientes são contusões pulmonares, hemotórax, pneumotórax e lesões mediastinais. Podem ser fatais, especialmente se não prontamente identificadas e tratadas durante a avaliação primária sendo que 15-30% requerem intervenção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: F.G.S., 31 anos, masculino, vítima de espancamento e PAF, trazido pelo SAMU em protocolo de trauma. Admitido consciente, orientado, agitado, referindo dor torácica intensa predominando à esquerda, frequência respiratória de 25irpm. Estável hemodinamicamente, porém SatO2 88% em ar ambiente. Ao exame físico há presença de 2 orifícios em região escapular esquerda, a nível do segundo e quarto arco intercostal sem orifício de saída, taquidispneico, com redução da expansibilidade pulmonar e do murmúrio vesicular bilateral. Mantendo SatO2 90% a despeito de uso de cateter de O2 a 4L/min, foi efetuada drenagem torácica esquerda (líquido sero-hemático, com escape aéreo). Contudo, paciente manteve quadro de dor, taquidispneia e queda da saturação. Optou-se por avaliação com radiografia e tomografia computadorizada de tórax que evidenciaram hemopneumotórax bilateral, fratura de arcos costais e contusões pulmonares. Visualizado um projétil alojado em parênquima pulmonar em hemitórax inferior direito, ao nível do décimo arco intercostal e segundo projétil alojado em região mediastinal esquerda superior. Ausência de acometimento cardíaco, esofágico e de grandes vasos. Paciente evoluiu com melhora do quadro após drenagem do hemitórax direito, com posterior retirada do dreno, recebendo alta em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso em questão, o paciente apresentou duas lesões por PAF em região escapular à esquerda, sem o acometimento de órgãos mediastinais e alojamento dos projéteis em lobos pulmonares, evidenciado pelos exames imagiológicos. Como conduta foi realizada a drenagem torácica à esquerda, porém sem melhora. Após a investigação radiológica foi realizada a drenagem do hemitórax direito devido a um hemopneumotórax. A maioria dos traumas torácicos penetrantes é resolvida com a drenagem, sendo que apenas 15-30% destes necessitarão de toracotomia. As indicações de toracotomia nas primeiras horas de admissão nos prontos socorros estão relacionadas a hemotórax maciço, com drenagem imediata de pelo menos 1500mL de sangue nas primeiras 2 a 4h; tamponamento cardíaco; feridas de grandes dimensões na caixa torácica; instabilidade hemodinâmica gerada por lesões a vasos nobres do tórax, como a aorta; lesões traqueobrônquicas extensas e evidência de perfuração esofágica. Neste caso, optou-se por uma conduta conservadora e paciente evoluiu com melhora clínica. Assim, cada caso deve ser analisado separadamente para evitar cirurgias desnecessárias.</p>
<p>PO 228-1</p> <p>HERNIA OBTURATORIA EM SEPTUAGENÁRIA</p> <p>Domingos Aires Leitão Neto, Marcelo Raymundo Maiorano, Marco Vinício Fanucchi Gil, Fernando Furlan Nunes, Diego Ferreira de Andrade Garcia, Romeu Pompeu Junior, Tayná Pereira Magalhães, Victor Oliveira Bianchi</p> <p><i>Instituto Prevent Senior - sao paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia obturadora é uma hérnia pélvica muito rara. Geralmente ocorre em mulheres múltiplas e idosas. É 9 vezes mais comum em mulheres devido a sua pelve mais larga, maior abertura triangular do canal obturador e maior diâmetro transversal. Os outros fatores de risco incluem doença pulmonar obstrutiva crônica, constipação crônica e ascite. A hérnia obturadora é um desafio diagnóstico, pois os sinais e sintomas geralmente são inespecíficos. Dessa forma, apresentamos um caso de hérnia obturadora em uma paciente septuagenária, bem como seu bom desfecho clínico</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 74 anos, deu entrada no serviço de pronto atendimento do Hospital Sancta Maggiore, com queixa de abaulamento em região inguinal esquerda há 10 dias, com discreto desconforto local. Negava alterações de hábitos intestinais ou outras queixas. Sem comorbidades. Sem uso de medicações contínuas. Ao exame físico apresentava estabilidade hemodinâmica (PA 129 x 65 mmHg, FC 58 bpm, Sat O2 97%), corada, hidratada, afebril, abdome flácido, rha +, presença de hérnia inguinal a esquerda não redutível. Exames laboratoriais não haviam dados alterados. Ao exame de imagem foi realizado USG da região inguinal esquerda, no qual constava: conteúdo abdominal herniado através do canal obturador esquerdo, com pequeno acúmulo de líquido no interior do saco herniário, sem fluxo ao Doppler, associado a obliteração da gordura mesentérica, sugestivo de hérnia obturadora encarcerada. Anel herniário medindo aproximadamente 1,0 cm e o saco herniário 3,8 x 3,7 cm. Optou-se por tratamento cirúrgico. Realizou-se incisão transversa em região inguinal esquerda para exploração local. Evidenciou-se presença de saco herniário com tecido gorduroso com necrose e líquido adjacente, sem alças intestinais. Abordagem cirúrgica: ressecção do conteúdo herniário. Além disso, houve colocação de tela de polipropileno para fechamento de canal obturatório com extensão até canal inguinal; Paciente evoluiu bem pós operatório, sem intercorrências. Tendo alta hospitalar no segundo dia pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia obturadora ocorre através do forame obturador, adjacente aos vasos e nervo obturadores. É uma patologia incomum, correspondendo a 0,1-1% de todas as hérnias e a 0,2 a 1,6% de todos os casos de obstrução mecânica do intestino delgado. A maioria das hérnias obturadoras ocorre em mulheres idosas e do lado direito, geralmente contendo intestino delgado (ileo). Existem muitas técnicas descritas para o fechamento do defeito herniário, desde a simples ligadura do saco, herniorrafia com pontos diretos, uso de retalhos periosteais, bexiga ou ligamento uterino; Atualmente, o uso de tela de polipropileno na forma de um cilindro é a escolha, pois é seguro e pode ser facilmente coberto com o peritônio parietal para evitar sua migração ou aderências a alças intestinais.</p>	<p>PO 228-3</p> <p>TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO ASSOCIADO A TRAUMA ESPLENICO E PANCREATICO</p> <p>Luan Pinheiro Domingues Moreira, Suzane Katy Rocha Oliveira, Mateus Guimarães Benvido, Isabella Caldas Bastos, Letícia Castro Freire, Renata Dionísio Nunes de Oliveira</p> <p><i>CEUMA - São Luís - Maranhão – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os acidentes automobilísticos são responsáveis por 60% dos traumatismos abdominais contusos. Nesse tipo de trauma, as vísceras parenquimatosas são mais frequentemente acometidas, sendo o baço o órgão mais afetado. O pâncreas está protegido posteriormente pela coluna vertebral e pela musculatura paravertebral e anteriormente pelos órgãos intra-abdominais, o que justifica sua rara ocorrência, apresentando incidência de 3% a 12% nos pacientes que sofrem trauma abdominal contuso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, vítima de colisão moto versus carro. Trazido para atendimento no Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura (Soorórrão II), de São Luís-MA, pelo SAMU com imobilização cervical, em prancha rígida, com acesso venoso periférico, hipocorado (++++/4). Ao exame: vias aéreas pênveas, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, taquipnéico (36 irpm), taquicárdico (120 bpm), enchimento capilar prolongado, pulsos radiais filiformes e rápidos, abdome difusamente doloroso e com sinais de irritação peritoneal, glasgow 14 (confuso), enquadrando-se em choque hipovolêmico/hemorragico (classe III). Paciente referia dor em membro inferior direito (coxa) com movimentação comprometida. No acolhimento foi administrada reposição volêmica de 30ml/kg de ringer lactato sem repercussão clínica significativa. Feito hemograma (hb de 8 g/dl, ht de 21% e 155.000 de plaquetas), tipagem sanguínea e 04 concentrados de hemácias. O paciente realizou tomografia computadorizada evidenciando lesão esplênica grau V, lesão pancreática grau II e fratura de fêmur. Foi submetido à laparotomia, onde foi visto lesão esplênica grau V e lesão de cauda e corpo de pâncreas. Foi realizada esplenectomia e pancreatectomia de corpo e cauda. Foram deixadas 9 compressas em assoalho subfêrnico esquerdo, sendo reabordado 48 horas após. No 6º dia de pós-operatório o paciente evoluiu bem e continua internado para futura abordagem do fêmur.</p> <p>DISCUSSÃO: Considerando-se os aspectos analisados, conclui-se que o paciente apresentou trauma abdominal contuso grave associado à laceração esplênica e lesão de cauda e corpo de pâncreas, duas situações que cursam com altas taxas de mortalidade (respectivamente, entre 17% - 19% e superior a 50%) por evoluírem com choque hipovolêmico/hemorragico e necessitarem de rápida intervenção cirúrgica.</p>

PO 229-1	PO 229-3
<p>HERNIA DE GRYNFELT CORRELACIONADA A COLOCAÇÃO DE TELA PHS: RELATO DE CASO</p> <p>Eduardo Alfeu Peixoto Paredes, Hiago Dantas Medeiros, Esiane Freitas Correia, Maria Luiza Bezerra Guedes, Laís Nóbrega Vieira, Marinna Karla Cunha Lima Viana, David Queiroga Gadelha Batista, Adriano Dias Trajano</p> <p><i>Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia lombar é uma entidade rara que apresenta cerca de 300 casos relatados. Sua localização mais comum é no espaço de Grynfelt e, na maioria das vezes, é adquirida e unilateral. É ocasionada pela extrusão de conteúdo intrabdominal pela parede posterolateral do abdome por meio de um defeito na fâscia transversal ou na aponeurose do músculo transverso do abdome. O tratamento é a reconstrução cirúrgica da parede abdominal. Atualmente, o uso de telas de PHS é preferido para a reconstrução e sua colocação pode ser feita entre a 12ª costela e a crista ilíaca e fixada com fio não absorvível, porém no caso relatado a introdução foi realizada pelo triângulo lombar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 34 anos, sem histórico de cirurgias prévias e de traumas, encaminhada para avaliação cirúrgica com queixas de dor na região do flanco esquerdo irradiada para a fossa ilíaca ipsilateralmente. Relata febre aferida de 38 °C na manhã do dia do atendimento. Realizou ultrassonografia do aparelho urinário que revelou falha da aponeurose do músculo transverso do abdome na região do triângulo lombar esquerdo de aproximadamente 2cm e com conteúdo herniado, sugerindo hérnia abdominal lateral esquerda encarcerada, ou seja, hérnia de Grynfelt. A paciente foi submetida à hernioplastia de região lombar esquerda com colocação de tela de polipropileno de dois planos (PHS). Para realização do procedimento, essa foi posicionada em decúbito lateral esquerdo sob anestesia raquimedular com realização de uma incisão lombar transversal entre 7 e 10cm. Após dissecação e diérese, foi observada uma fraqueza de região lombar com afastamento de fibras musculares, além de um lipoma de aproximadamente 10cm na região da crista ilíaca esquerda em direção glútea. A ressecção do lipoma foi realizada com eletrocautério. A colocação da tela de PHS foi feita pelo orifício do triângulo lombar superior e fixada com fio prolene 2-0 sobre o anel da hérnia. Foi optado pela colocação do dreno de Blake 24 Fr. No pós-operatório, a paciente evoluiu sem queixas, afebril e normotensa. Não houve avaliação posterior pela equipe do serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia lombar é incomum na prática diária, sendo a hérnia de Grynfelt a mais frequente desse grupo. Possui tratamento cirúrgico, necessitando, assim, de um acurado conhecimento anatômico para ser realizado. Dessa forma, apesar de rara, é importante um bom domínio sobre o tema para que seja realizado o correto diagnóstico e tratamento dessa patologia.</p>	<p>DESENVOLVIMENTO DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA APOS PERFURACAO POR ARMA DE FOGO EM ABDOME</p> <p>Lucyano Rocha Ferraz, Ramiro Rolim Neto, Barbara Oliveira Siebra, George Lucas Florêncio</p> <p><i>INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar o desenvolvimento de pseudoaneurisma de ramo da artéria hepática direita como complicação de ferimento por arma de fogo em região tóraco-abdominal à direita.</p> <p>RELATO DE CASO: J.P.S.S., 32 anos, masculino, vítima de múltiplas perfurações de arma de fogo em 19/06/2018, dentre elas uma em região tóraco-abdominal à direita com orifício de entrada sem orifício de saída. Admitido no mesmo dia no Instituto Doutor José Frota (Fortaleza/CE) apresentando instabilidade hemodinâmica e irritação peritoneal. Radiografia de tórax da admissão com derrame pleural à direita, sendo realizado toracostomia. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de laparotomia exploradora. Achados da cirurgia: hemoperitônio de 1000ml, lesão hepática sangrante tunelizante com entrada posterior em segmento VI e saída anterior estrelada em segmento III, além de lesão diafragmática a direita. Terapêutica utilizada tentativa de rafia com surgicell, electrocauterização e sondagem com balão na lesão tunelizada sem êxito. Realizado, então, packing hepático com compressas. Paciente reabordado com nova laparotomia exploradora em 21/06/2018 para retirada de packing hepático, com visualização de coleperitônio e aposição de dreno tubulaminar em subhepático. Paciente foi conduzido à enfermaria de cirurgia geral. Apresentou boa evolução durante o internamento até o dia 10/07/2018, quando apresentou um sangramento volumoso de 1000ml com exteriorização pelo dreno abdominal. Realizado compensação clínica do paciente com hemotransfusões. No dia seguinte o paciente apresentou hemorragia digestiva alta com coágulos, junto à novo sangramento exteriorizado pelo dreno abdominal. No dia 12/07/2018 apresentou momentaneamente quadro de icterícia e colúria, com elevação de bilirrubina total a custa de bilirrubina direta. Realizado investigação do quadro com tomografia de abdome com contraste venoso, em que foi visualizado extravasamento de contraste em flush com imagem sugestiva de pseudoaneurisma de ramo de artéria hepática direita. O paciente foi então submetido a tratamento endovascular com arteriografia e embolização do pseudoaneurisma da artéria intra-hepática.</p> <p>DISCUSSÃO: O pseudo-aneurisma da artéria hepática (HAP) é uma complicação grave de lesão hepática aguda ou crônica da artéria hepática. Existem muitas causas de HAP, mas é principalmente causada por trauma abdominal contuso, penetrante ou iatrogênico. O pseudo-aneurisma da artéria hepática também pode ocorrer na pancreatite crônica devido à extensão de um abscesso contíguo ou após o transplante hepático. O paciente no caso relatado foi vítima de trauma abdominal contuso, desenvolvendo formação de abscesso hepático e, posteriormente, HAP. Cerca de 60% dos HPAs são clinicamente silenciosos e encontrados incidentalmente. No entanto, as manifestações geralmente apresentam dor abdominal, associada a febre, hipovolemia e icterícia. No caso relatado, o paciente apresentou todos esses sintomas.</p>
<p>PO 230-3</p> <p>Hérnia diafragmática traumática complicada por estrangulamento de víscera oca - Apresentação tardia.</p> <p>Leonardo Castilho, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Luiza Rossi Pettinelli, Jorge Luiz Dalsoto Filho, Leandro Vicente Zoehler, João Ubirajara Nogueira Barros Neto, Norberto Luis Campos Martins</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia diafragmática traumática ocorre quando há passagem de vísceras da cavidade abdominal ou coração através de defeito diafragmático criado por trauma em região toracoabdominal. É um evento raro de difícil diagnóstico nos portadores de complicações tardias. O tratamento cirúrgico é difícil, visto que poucos cirurgiões já presenciaram esse tipo de cirurgia. Dessa forma, relatos de casos auxiliam para o maior conhecimento da patologia, colaborando para melhorar a assistência médica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, com queixas de plenitude pós-prandial há mais de 15 anos. Havia realizado diversas endoscopias e colonoscopia, com presença de pólipos hiperplásicos. Com histórico de trauma contuso de região toracoabdominal por acidente automobilístico com fraturas de arcos costais. Apresentou-se à emergência do hospital com dor abdominal e náuseas um dia após realização de colonoscopia de rastreamento, que não evidenciou anormalidades. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, sinais vitais estáveis, com abdome distendido e timpânico. Submetida tomografia computadorizada, que evidenciou herniação de alças colônicas distendidas por ar para o interior do tórax envolvendo o cólon direito e parte do transverso, através de defeito de continuidade do diafragma direito, medindo aproximadamente 12 cm. As alças intestinais herniadas apresentam importante afilamento de calibre no local do defeito da parede diafragmática, compatível com hérnia encarcerada, associada a mínima quantidade de líquido livre entre as alças herniadas. As alças colônicas à jusante encontram-se colabadas, podendo representar aspecto obstrutivo. À videolaparoscopia exploratória, evidenciou-se herniação visceral para hemitórax direito através de defeito diafragmático. O fígado, epíplon e cólon direito e transverso estavam herniados. Realizada redução do saco herniário, lise de bridas e corrigido defeito herniário com fio monofilamentar lentamente absorvível e realizado colocação de tela de polipropileno sobre a sutura. Sem intercorrências no trans-operatório e evolução satisfatória no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de herniação diafragmática é desafiador, dependendo do alto grau de suspeição, conhecimento dos mecanismos do trauma e da avaliação de injúrias associadas. No caso descrito como não se obteve acesso aos exames de imagem torácico prévio, não pode afirmar que os sintomas crônicos descritos pela paciente eram de fato em decorrência da herniação prévia. Provavelmente, o fator desencadeador do encarceramento do cólon foi a realização da colonoscopia, que insuflou ar no interior do cólon, causando a herniação pelo defeito e o posterior encarceramento. O estudo demonstra que o tratamento pode ser realizado com sucesso pela via laparoscópica, mesmo em cenário de emergência, garantindo excelente visualização do campo cirúrgico, inspeção da cavidade intraperitoneal e propiciando menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida.</p>	<p>PO 231-1</p> <p>HERNIA DE AMYAND : RELATO DE CASO</p> <p>RODRIGO ALVES ABREU COIMBRA, LETICIA MARIA BARBOSA TUFI, EDUARDO TAKASHI GODA, OTAVIO DUTRA VIEIRA, BRUNA SOARES LEITE, GUILHERME GRICI HISATOMI, ANDRE LUIZ FERMINO</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS - BARRETOS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia de Amyand é a presença de protrusão do apêndice vermiforme, no saco herniário inguinal. Seu primeiro relato foi feito por Claudius Amyand, que simultaneamente realizou a apendicectomia. É uma condição com baixa incidência, e apresenta uma prevalência entre 0,4% e 0,6% das hérnias inguinais. É mais frequente em homem após os 70 anos. Sua apresentação mais comum é como hérnia indireta. A apresentação típica de sintomas inclui abaulamento inguinal e sensibilidade nesta área, o que pode levar ao diagnóstico equivocado de hérnia encarcerada. O uso de exames de imagem pré-operatório é controverso, e o ultrassom e a tomografia seriam as opções de escolha. O tratamento inclui apendicectomia e reparo da hérnia. A apendicectomia deve ser realizada quando houver apendicite aguda, perfurada ou gangrenosa. O uso de tela para o reparo da hérnia deve ser ponderado e a literatura recomenda seu uso somente quando não há sinais de contaminação do sítio cirúrgico, pois esses fatores podem causar infecção da ferida operatória e recorrência da hérnia.</p> <p>RELATO DE CASO: SDS, 47 anos, masculino, nega comorbidades ou cirurgia prévias. História de hérnia inguinal direita, oligossintomática, com dor a médios esforços. Foi admitido com quadro de dor intensa em região inguinal direita, iniciada há 4 dias, com protrusão não redutível de conteúdo herniário, associada a náusea e queda de estado geral. Ao exame físico foi levantado a hipótese de hérnia inguinal encarcerada e indicado cirurgia de urgência. No intraoperatório identificado anel inguinal externo alargado com abertura do canal e cordão espermático identificado hérnia inguinal indireta, saco herniário, contendo ceco e apêndice com aderências inflamatórias e pequena quantidade de líquido inflamatório. Realizado ligadura do mesoapêndice e confecção de bolsa invaginante para interiorização de coto apendicular. Realizado hernioplastia. Paciente apresentou evolução clínica satisfatória, recebendo alta no segundo dia de pós operatório, ferida seca e limpa, paciente sem queixas. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Anatomopatológico mostrou apêndice cecal com hiperplasia linfóide reacional.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é um diagnóstico de difícil suspeição pré operatória, sendo muitas vezes negligenciado. Fernando e Leelaratre, dividiram a patologia em três categorias, levando em consideração o estado do apêndice cecal encontrado no intra operatório (a - normal; b - inflamado; c- perfurado), sendo indicado no primeiro caso hernioplastia com ou sem apendicectomia, e nos casos "b" e "c", apendicectomia com herniorrafia. No caso acima citado paciente foi submetido a apendicectomia e hernioplastia, apresentando até o momento da última avaliação em consultório um boa evolução clínica. Por mais que seja uma patologia de baixa incidência, deve ser prontamente reconhecida pelo cirurgião geral, para que possa tomar a melhor decisão operatória.</p>

PO 231-3	PO 232-1
<p>ESTERNOTOMIA E LAPAROTOMIA BEM SUCEDIDA DE EMERGÊNCIA EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS LESÕES POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO</p> <p>LAURA DE ROSS ROSSI, MARIANE MENEGAT MADRUGA, MONICA DE CAMPOS RODRIGUES, MARINA MAGAGNIN NASPOLINI, ROGÉRIO FETT SCHNEIDER, BÁRBARA MOLON ANDREAZZA, CAMILA BAUER ALBARRÁN</p> <p><i>ULBRA - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma torácico é frequente em pacientes traumatizados, sendo necessário rápida avaliação e conduta, visto que, ameaça a vida quando não identificado ou tratado corretamente. A toracotomia de emergência tem como objetivo de ter rápido acesso ao coração e aos principais vasos torácicos, buscando o controle direto de hemorragias intratorácicas que ponham a vida em risco.</p> <p>RELATO DE CASO: S.Y.S.C., 18 anos, masculino. Procurou atendimento no HPS de Canoas após ferimento por arma de fogo em tórax anterior, punho esquerdo e coxa direita. Na chegada paciente apresentava-se instável, com quadro de choque hipovolêmico, sendo necessário politransfusão de hemoderivados . Foi realizado então esternotomia e laparotomia supraumbilical mediana no bloco cirúrgico, onde foi realizado a drenagem do hemopericárdio e evidenciado lesão perfurante em ventrículo direito, a qual foi rafiada. Em cavidade abdominal, lesão hepática puntiforme sem sangramento ativo. Por fim, colocação de dreno de tórax bilateral, subfrenico e de mediastino. Após 7 dias de internação, paciente apresentou bacteremia, sendo escalonado antibioticoterapia empiricamente e realizada TC de tórax evidenciando volumoso pneumotórax à direita e achados compatíveis com fistula broncopleural. Após fibrobroncoscopia e pleuroscopia para decorticação paciente apresentou boa evolução do quadro, recebendo alta .</p> <p>DISCUSSÃO: A toracotomia de emergência está associada à maior chance de óbito, independente de outros fatores, devido à gravidade dos ferimentos. Tratando-se de um procedimento discutível na literatura, especialmente pela baixa sobrevida associada. Segundo Breigeiron em 2015 as toracotomias realizadas na sala de emergência do Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre entre 2004 e 2013 encontraram uma taxa de sobrevida de 4,7%, sendo 1,4% de ferimento por arma de fogo. Wending em 2017 afirmou que vítimas de trauma tem o número anual de mortes excedendo 5.800.000 ao redor do mundo. Por fim, o trauma torácico tem alta prevalência e taxa de mortalidade, sendo necessário estar realmente indicado tal procedimento e ter cirurgiões preparados com a técnica adequada para que o desfecho seja o ideal.</p>	<p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Bruno Durante Alvarez, Marcus Vitor Nunes Lindote, Fellipe Guilherme Mann, Ana Elisa Lopes, Diego Carvalho Duarte Mari, Rodrigo Rezende Silva Cabral, Alice Corrêa Lunedo, Cassia Hideko Nagaya</p> <p><i>Hospital do Rocio - Campo Largo - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias abdominais estão entre as principais causas de consulta ambulatorial, e dentre elas, a inguinal é a mais comum tanto no homem quanto na mulher. A sua prevalência no homem é oito vezes maior e necessita 20 vezes mais de correção cirúrgica comparado à mulher. Dentre os fatores de risco, destacam-se: história prévia de hérnia na infância, idade, sexo masculino, raça caucasiana, tosse crônica, constipação intestinal, fumo, trauma abdominal e histórico familiar. Uma de suas classificações é baseada na sua etiologia, portanto, em congênitas e adquiridas. Mas a mais popularizada em nosso meio é a classificação anatómica, em direta e indireta. Há uma variedade de outras classificações, da qual destacamos a de Nyhus, que faz menção à anatomia e a recidiva. Sua apresentação clínica é variável, desde o indivíduo assintomático até a sua procura ao serviço de emergência. A mais comum e típica é a presença de dor ou sensação de peso na região inguinal, concomitante ou não à abaulamento local, precipitada por esforços físicos ou fatores que aumentem a pressão intra-abdominal. A algia intensa ou presença de hiperemia local levanta a suspeita de estrangulamento. Seu diagnóstico é baseado somente no exame clínico, dispensando exames complementares. A ultrassonografia pode auxiliar naqueles paciente obesos, ou com suspeita de patologias urológicas. O tratamento, quando indicado, consiste no reparo do defeito herniário com a colocação de tela, que pode ser via laparotomia ou laparoscopia. A hérnia de Amyand é a protusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, dentro do saco herniário. É condição rara, com prevalência de 0,4-0,6%. Quando associado à apendicite, reduz para 0,1%. Sua apresentação mais comum é como hérnia inguinal indireta, mas pode ser direta ou mesmo na região inguinal esquerda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 34 anos, servente de pedreiro, que buscou nosso pronto-atendimento com queixa de dor em região inguinal à direita há 2 anos, com limitação de suas atividades. Durante o exame clínico ficou evidenciado abaulamento compatível com hérnia inguinal ipsilateral e proposto a cirurgia de Liechtenstein. Durante o procedimento cirúrgico, evidenciou-se a presença do apêndice cecal no interior do saco herniário. Na ausência de sinais flogísticos, optou-se por preservação dessa estrutura e colocação de tela de polipropileno. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte com acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand reúne as mais clássicas patologias com os quais lida o cirurgião. A apendicetomia não é consensual e foi a escolha do cirurgião que deu nome ao caso, ainda que no nosso caso optou-se pela preservação do órgão. A colocação da tela depende das condições no intraoperatório, que na ausência de processo inflamatório do apêndice cecal, fez-se a abordagem conforme a técnica de Liechtenstein.</p>
<p>PO 232-3</p> <p>TORACOTOMIA DE RESSUSCITAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO PINÇAMENTO AÓRTICO</p> <p>TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, ALAN KAGAN, LEOLÍDIO VITOR PEREIRA, JOSE GERALDO MORAES SAMPAIO NETO</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - Goiânia - Goias - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Toracotomia de Ressuscitação (TR) na sala de emergência é um procedimento heroico que pode oferecer a única esperança para pacientes "in extremis", ou seja, quase morto, mas ainda com sinais vitais ou, pelo menos, sinais de vida detectáveis. Seus resultados são controversos, pois apresenta baixa sobrevida e expõe toda equipe assistente a riscos biológicos. É indicada em poucas situações, após ausência de pulso periférico com sinais de vida ou parada cardíaca (PC) presenciada como trauma torácico penetrante. O clameamento da aorta (CA) supra diafragmática é um dos tempos fundamentais deste procedimento por redistribuir o fluxo sanguíneo para cérebro e coronárias. Este trabalho aborda uma ressuscitação bem-sucedida, com preservação neurológica mesmo após parada cardiorrespiratória e midríase devido a trauma a torácico penetrante.</p> <p>RELATO DE CASO: Descrevemos o caso de paciente vítima de ferimento penetrante por arma branca em hemitórax direito associado a hemotórax. Deu entrada na sala de emergência com instabilidade hemodinâmica e, após intubação orotraqueal, apresentou parada cardiorrespiratória evoluindo com midríase bilateral. Foi submetido a TR que permitiu aliviar tamponamento cardíaco, visualização de lesão em ventrículo direito de cerca de dois cm, controle de sangramento digital, reparo da lesão através de sutura e CA. Neste momento houve retorno do ritmo cardíaco e iniciou-se a hemotransfusão maciça. Pupilas estavam em midríase e se tornaram mióticas após alguns segundos de CA. Foi encaminhado ao Centro Cirúrgico para finalizar o procedimento. O tempo total de CA foi de dezessete minutos. Paciente evoluiu com Insuficiência Renal Aguda (IRA) com necessidade de Hemodiálise, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, Empiema e Abscesso Pleural. Recebeu alta hospitalar após sessenta e seis dias de internação sem déficit neurológico e recuperação da função renal.</p> <p>DISCUSSÃO: Em pacientes vítimas de trauma torácico penetrante com presença de sinais de vida na chegada e submetidos a TR a taxa de sobrevida global é cerca de 21,3% e sobrevida sem sequelas neurológicas de cerca de 11,7%. Após 5 minutos de parada cardíaca o cérebro começa a apresentar danos permanentes, mesmo em situações ideais. O CA é de fundamental importância, por redirecionar o baixo volume sanguíneo circulante para cérebro, coração e pulmões, e manter perfusão cerebral mínima, evitando surgimento ou agravamento de lesões permanentes durante a ressuscitação, e, possivelmente, diminuir a hemorragia distal. Apesar de sua relevância, o CA apresenta efeitos colaterais importantes, como IRA, e deve ser retrado assim que os objetivos da ressuscitação forem alcançados até 30 minutos, devido a baixa tolerância das vísceras abdominais a isquemia quente.</p>	<p>PO 233-3</p> <p>EVISCERAÇÃO ABDOMINAL TRAUMÁTICA: UM RELATO</p> <p>Camila Damasceno Torres, Caio Eduardo Gomes Benevides, Fernanda de Abreu Rodrigues Murta Nobre, Gabriela Souto Menezes Yammine, Isabela Fernandes Araújo, Marianna Monteiro Vaz, Yasmin Alves Caetano, Suzana Mayume Massuda Araujo</p> <p><i>Hospital Regional de Sobradinho - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Evisceração abdominal traumática ocorre sobretudo por trauma aberto, sendo o acidente automobilístico uma importante causa. Vítimas são submetidas a avaliação primária do Advanced Trauma Life Support, seguida de Laparotomia Exploradora de Emergência para tratamento de lesões e reconstrução da parede abdominal. Objetiva-se apresentar caso de evisceração abdominal traumática por acidente automobilístico e seus desdobramentos.</p> <p>RELATO DE CASO: S.A.S, feminino, 34 anos, admitida em protocolo de politrauma no Hospital Regional de Sobradinho (DF), com trauma abdominal aberto por acidente automobilístico. À avaliação primária: vias aéreas pervias, ventilação preservada, sem hemorragia ativa, Glasgow 15. Ferida de extensão bi-iliaca em abdome, com evisceração intestinal e avulsão de tecido subcutâneo. À Laparotomia Exploradora, contaminação grosseira, avulsão de gordura aponeurótica, laceração esplênica. Realizou-se lavagem da cavidade, dermolipectomia, introdução de dreno Hemovac 4.8, síntese de aponeurose com Poliglactina 0, sutura em pele com Nylon 3.0. Tempo cirúrgico de 4 horas. Evoluiu no pós-operatório com grave estado geral, choque em uso de noradrenalina e meropepém. Tornou-se estável no 2º dia pós operatório (DPO). Ao 3º DPO, necrose de ferida operatória (FO), drenagem de secreção sero-hemática e seropurulenta. Acréscimo de clindamicina. Desbridamento da FO no 8º DPO. No 13º DPO, exposição de alça intestinal e presença de abscesso em fundo de saco posterior. Procedeu-se com desbridamento, lavagem da cavidade abdominal, síntese de aponeurose, aplicação de sulfadiazina de prata e aproximação de bordas da FO. Cultura de fragmento de pele positiva para germes multirresistentes e então antibioticoterapia orientada por antibiograma. No 32º DPO, resintese de parede abdominal. Evoluiu com deiscência da FO por vômitos, necrose e secreção purulenta. Reabordagem da FO com sutura elástica no 51º DPO. Hemocultura com germes multirresistentes. Equipe cirúrgica optou por fechamento da FO por 3ª intenção, vigilância clínica, aporte nutricional, otimização de medicações sintomáticas e antibioticoterapia orientada por antibiograma.</p> <p>DISCUSSÃO: Feridas pós-traumáticas com evisceração abdominal demandam abordagem cirúrgica e seguimento multidisciplinar. Objetiva-se desbridamento seguido de aplicações tópicas, até aparecimento de tecido vascularizado, e reconstrução da parede abdominal. A escolha de terapia depende da experiência da equipe. Houve consenso na indicação de curativo de terapia à vácuo, porém indisponível no serviço. Realizou-se curativo com gazes. Diminuição da área da ferida propicia melhor reconstrução em reabordagem futura. Deiscência de sutura é mais frequente em idosos, obesos, vigência de distúrbios nutricionais. Paciente apresentava: obesidade, desnutrição, infecção de ferida e vômitos recorrentes. No momento, discute-se fechamento por 3ª intenção, devido à grande perda de tecido.</p>

PO 234-1	PO 235-3
<p>USO DE CURATIVO A VACUO EM NECROSE CUTANEA EXTENSA - RELATO DE CASO</p> <p>Alberto Freaza Lobao Bastos, Vivian de Menezes Silva Corraes, Carolina Príncipe do Amaral Inneco, Gabriela Viana Vizzoni, Alexandre Cerqueira, Joaquim Ribeiro Filho</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A deiscência de sutura de aponeurose com evisceração de alças intestinais é uma das complicações mais temidas em cirurgias de cavidade abdominal. Ocorre em até 6% das laparotomias com taxa de mortalidade variando entre 9-44%. Diversos fatores estão associados à sua maior incidência, dentre eles, o aumento da pressão intra-abdominal (tosse, vômitos, ileo metabólico).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 81 anos, hipertenso, proveniente do ambulatório do Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, submetido à colonoscopia em Novembro de 2018, a qual evidenciou lesão ulcerada em cólon sigmoide distal. Análise histopatológica evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado. Admitido em enfermaria para realização de tratamento cirúrgico. Submetido à retossigmoidectomia com anastomose primária término - terminal com grameador circular, síntese da aponeurose com fio Prolene 0, pontos em chuleio simples e síntese da pele com fio Nylon 3.0 em pontos simples. Evoluiu satisfatoriamente em pós-operatório imediato, obtendo alta hospitalar. No décimo sétimo dia de pós-operatório, retorna à Emergência apresentando eliminação de secreção volumosa pela ferida operatória, de aspecto sero-hemático e deiscência de pontos de sutura da pele. Optou-se pela internação e acompanhamento hospitalar da evolução do quadro. No segundo dia de internação, apresentou exposição de alças intestinais entre os pontos de deiscência. Submetido à laparotomia exploradora, a qual evidenciou segmento de ileo de 5 cm com aspecto isquêmico. Realizada enterectomia segmentar com anastomose látero-lateral com grameador linear e ressecção de aponeurose com fio Prolene 0 em chuleio simples e fio Prolene 2 em pontos simples de reforço. Realizada, ainda, incisão de relaxamento bilateral. No quarto dia de pós-operatório, evoluiu com necrose cutânea ao redor dos pontos de sutura, da cicatriz umbilical até região suprapúbica. E no oitavo dia, com infecção de ferida operatória. No décimo quarto dia, iniciou desbridamento químico com papaína a 10% e no décimo nono dia, a terapia com curativo à vácuo. Mantém evolução progressiva e satisfatória da ferida operatória após vinte dias de terapia à vácuo, com trocas regulares a cada quatro dias, aguardando reaproximação dos bordos para posterior acompanhamento ambulatorial com Comissão de Cuidados de Feridas.</p> <p>DISCUSSÃO: A deiscência de suturas com evisceração de alças intestinais é complicação potencialmente fatal, especialmente na população idosa. No caso relatado, o paciente apresentava, além da idade, outros fatores de risco para esta complicação, tais como obesidade e padrão ventilatório restritivo (ex-tabagista), com respiração predominantemente abdominal. Nesse caso, o curativo à vácuo funciona como um enxerto de pele temporário, estimulando a formação acelerada de tecido de granulação e reduzindo a colonização bacteriana, apresentando bom custo-benefício nessa população, tendo em vista as consequências nefastas de uma infecção cutânea extensa.</p>	<p>AUTOTRANSFUSAO COMO UMA ALTERNATIVA EM TESTEMUNHAS DE JEOVA</p> <p>Mateus Guimarães Benvindo, Maurício Adam Feitosa Sampaio, Isabella Caldas Bastos, Leticia Castro Freire, Luan Pinheiro Domingues Moreira, Mateus Guimarães Benvindo, Renata Dionísio Nunes de Oliveira, João Pedro Pinheiro do Nascimento Vieira</p> <p><i>Universidade CEUMA - São Luís - Maranhao - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Não é incomum a necessidade de hemotransfusão diante de um paciente politraumatizado, todavia o processo traz diversas limitações como a baixa oferta em vista demanda, o não acesso universalizado aos centros de sangue e o quão dispendiosas essas técnicas podem vir a ser. Tendo em vista estas e demais limitações a autotransfusão deve ser lembrada como uma alternativa viável para a reinfusão sanguínea devido a praticidade, disponibilidade do procedimento e a diferença de custos. A nível comparativo o custo de um paciente com transfusões alogênicas é de R\$ 2.584 enquanto o mesmo paciente em uso de autotransfusão custaria R\$ 1.616.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 23 anos, testemunha de Jeová, vítima de colisão moto - bicicleta há 1 hora, admitido no Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura (Socorro 2), de São Luís – MA, trazido pelo SAMU com colar cervical e prancha rígida. Ao exame: vias aéreas pervias, sem cervicalgia; Sat O2 88%, FR 32rpm, dor e ausência de murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo; FC 128, PA 90 x 60mmHg, hipocorado (3+/4+), TEC > 2s, abdome levemente tenso com avaliação prejudicada pela diminuição do nível de consciência do paciente; ECG 14 (4+4+6), pupilas isocóricas e fotorreagentes; apresentando escoriações difusas em MMSS e MMII com fratura exposta em MSE. No acolhimento foi administrado 1000ml de cristalóide, sem repercussão clínica significativa e colhido exames laboratoriais que demonstraram hemoglobina 6,3mg/dl, hematócrito 17,89% e plaquetas 83850. Paciente foi submetido a toracostomia a esquerda com drenagem torácica em selo d'água, tendo débito de 800ml de sangue vermelho vivo, mantendo sangramento residual na primeira hora de 200ml, totalizando 1000ml, associado a escape aéreo volumoso. Concomitante foi realizada laparotomia exploradora que evidenciou hemoperitônio de grande volume e lesão esplênica grau IV, sendo realizada esplenectomia e autotransfusão intraoperatória. Paciente evoluiu com melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais a saber: hemoglobina 8,3mg/dl, hematócrito 24,7% e plaquetas 120.000.</p> <p>DISCUSSÃO: Considerando os aspectos analisados conclui-se que a autotransfusão neste caso é uma alternativa viável e menos onerosa trazendo benefícios que englobam tanto o âmbito médico (politraumatizados instáveis) como de cunho religioso (testemunhas de Jeová).</p>
<p>PO 236-1</p> <p>LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE</p> <p>Victória Lot Avezum, Mateus de Almeida Moreira Silva, Afonso Geromel Guirado, Franciele Rodrigues Marconato</p> <p><i>UNIMAR - Marília - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os sarcomas correspondem a 0,2% de todas as neoplasias. Os leiomiomas correspondem a 20% dos sarcomas retroperitoneais. São tumores típicos da 4ª a 6ª décadas. Podem ter origem em estruturas que contenham músculo liso. Fatores de risco: radioterapia prévia, trauma, exposição ao asbesto e herbicidas. A raridade de tais tumores, combinada com uma vasta gama de tipos histológicos, complica seu conhecimento e afeta o desenvolvimento de novas terapias. Possuem uma grande tendência de recidiva local e disseminação para outros órgãos abdominais, apresentando também recorrência à distância, com relatos de recorrência em 5 anos de até 80%</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 42 anos, refere dor em HD há 3 meses associada a crescimento de massa em mesma região. Ao exame físico é notada uma massa em HD de 30 cm e dor a palpação da mesma. Sem outras queixas. Comorbidades: HAS, obesidade, gastrite e hérnia de hiato. Foi realizado tomografia para mensurar tamanho e realizar estadiamento e ressonância magnética que indicava a presença de massa que abrangia desde o hipocôndrio direito até fossa ilíaca direita. Foram realizadas 2 biópsias guiadas por tomografia com resultado de leiomioma. Após exames, paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora na qual foi observada uma massa retroperitoneal gigante intimamente aderida a estruturas importantes como duodeno, veia porta e veia cava inferior. A ressecção foi iniciada com manobra de Catel e dissecação do tumor no fígado e na parede abdominal, seguida de vias biliares, artéria hepática, e veia porta. Após, foi realizada a dissecação duodenal e de estruturas adjacentes. O tumor acometia também as veias renais, e ao dissecar o tumor nesse região foi necessária nefrectomia à direita, colocação de prótese na veia renal esquerda com rafia da veia cava. A ressecção próxima ao duodeno, via biliar e veia porta foi marginal. A cirurgia correu bem e sem complicações. A peça anatômica pesou 6170g, medindo 30x10x4,0 cm foi enviada para o anatomopatológico, o qual evidenciou a presença de um leiomiossarcoma. A paciente necessitou de cuidados na terapia intensiva por 24 dias, e foi de alta sem maiores complicações. Hoje segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico requer estudo anatomopatológico e, por vezes, imunohistoquímico, como no nosso caso, dada a não tão rara ocorrência de laudos inconclusivos. O tratamento cirúrgico, além de fornecer material para o estudo anatomopatológico, mostra-se fundamental para tratamento da lesão em si e prevenção da invasão de estruturas subjacentes, o que torna menor e mais complicada sua ressecabilidade. O objetivo de procedimentos tão complexos e agressivos, deve ser, além de tratar a causa base, o de ocasionar no paciente as mínimas complicações e repercussões. Considerando a baixa incidência dessa patologia, o atendimento centrado, multidisciplinar e constante ao paciente deve ser considerado e posto em prática, buscando a resolução da patologia e prevenção de agravos secundários.</p>	<p>PO 236-3</p> <p>RUPTURA TOTAL DE BRONQUIO PRINCIPAL DIREITO POR TRAUMA TORACICO FECHADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Wanderson Silva Souza, Marclei Pereira Oliveira, Vitor Coleta Cesare Meneghini, Allan Chastinet Pitanguera Santana, Antônio Luís Penna Costa</p> <p><i>Hospital Geral de Vitória da Conquista - Vitória da Conquista - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ruptura brônquica é uma complicação infrequente, corresponde a 0,2% dos traumas torácicos contusos, mas potencialmente grave, com mortalidade girando em torno de 30% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente EJSF, feminino, 32 anos, previamente hígida, vítima de acidente motociclístico. Queixa de dor em membro superior direito, região escapular e em hemitórax direito. Ao exame de admissão, apresentava crepitação em hemitórax direito, sem sinais hipotensão, presença de escoriações em perna direita e dor a mobilização do ombro direito. A radiografia de tórax evidenciou pneumotórax extenso à direita, sendo realizada drenagem. A imagem radiográfica pós-drenagem evidenciou manutenção do pneumotórax e pulmão não reexpandido. Dreno em selo d'água com importante escape aéreo pelo dreno de tórax. Paciente manteve-se dispnéica, hipoxêmica e com queda da saturação de oxigênio para 70%. Encaminhada para unidade de terapia intensiva (UTI), evoluindo com hemoptise e hipotensão. Pela suspeita de lesão de brônquio-fonte direito, foi indicada a intubação orotraqueal seletiva com tubo duplo lúmen. Ao mesmo momento, foi introduzido outro dreno de tórax em 7º espaço intercostal (EIC) à direita. No dia posterior, foi submetida à toracotomia com acesso posterior em 5º EIC à direita, identificada ruptura total de brônquio fonte direito. Realizada ligadura da veia áziga na parte posterior do tórax, dissecado parte do brônquio fonte e desbridado tecido da borda a fim de expor melhor as estruturas a serem suturadas. Realizada sutura contínua em região anterior e sutura simples em região membranosa posterior com fio Prolene 3-0. Paciente saiu do centro cirúrgico extubada, sem droga vasoativa e estável. Evoluiu estável em UTI, queixa de dor em hemitórax direito e via aérea muito secreta. Paciente retirou drenos e recebeu alta da UTI quatro dias após ato cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: A ruptura brônquica no trauma torácico contuso possui maior incidência em traumas automobilísticos, população menor de 40 anos, com relação 3:1 para o sexo masculino e maior incidência em brônquio fonte direito. O quadro clínico inclui dispnéia (90%), enfisema mediastinal e subcutâneo (65%), hemoptise, pneumotórax com importante escape aéreo, atelectasia e falha na reexpansão pulmonar após drenagem de tórax. O diagnóstico se dá com achados clínicos, radiológicos e endoscópicos. Quando há ruptura bronquial completa, o sinal radiográfico característico do quadro é o "sinal do pulmão caído com hilo ausente", por causa da perda do suporte brônquico. A broncoscopia é o melhor exame para identificar o local e as características da lesão. A Tomografia Computadorizada possui vantagem em relação à radiografia, definindo as estruturas mediastinais e sua relação com a traqueia e brônquios. Quando há ruptura brônquica com escape aéreo massivo, deve ser realizada a intubação orotraqueal seletiva com tubo duplo lúmen, ventilando unicamente o pulmão não lesado. A cirurgia deve ser imediata caso as medidas iniciais não estabilizem o paciente.</p>

<p style="text-align: center;">PO 237-1</p> <p>EVISCERAÇÃO ESPONTANEA DE UMA HERNIA UMBILICAL EM PACIENTE HEPATOPATA COM ASCITE</p> <p>Osmar Max Gonçalves Neves, Maria Leticia Barreto Fontes Carvalho, Antonio Augusto Machado Teles Filho, Adilton Jardim Melo, Rubens Teixeira Machado, Thaciana Santos Alcântara, Mariana Carolina Damaceno Gonçalves Dias, Gabriel Ponciano Santos Carvalho</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Uma hérnia é uma protusão, protuberância ou projeção de um órgão ou parte de um órgão através da parede do corpo que normalmente o contém. As hérnias umbilicais surgem através do canal umbilical e ocorrem devido ao aumento da pressão intra-abdominal, enfraquecimento da fâscia abdominal e perda de massa muscular. Têm prevalência de 3 a 13,9%, sendo que 0,5 a 15% necessitam de cirurgia de urgência por complicações. De maneira incomum, a hérnia umbilical rompe e também raramente a ruptura espontânea da hérnia se apresenta com evisceração. Tal acontecimento expõe o conteúdo herniário através do rompimento do tecido que recobre o saco e a pele. Independentemente da causa, a evisceração súbita de uma hérnia umbilical está associada a deterioração e a um mau prognóstico. Dentre as causas de evisceração, tem-se a ascite, que é a complicação mais comum em pacientes com cirrose hepática. Relatamos um paciente com evisceração espontânea de uma hérnia umbilical.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 56 anos, deu entrada na unidade hospitalar com dor abdominal difusa sem trauma relatado e presença orifício em região umbilical com drenagem de líquido citrino e exposição de material intra-abdominal – epíplon. É portador de hipertensão arterial sistêmica e estilismo crônico associado a hepatopatia cursando com cirrose hepática e ascite, e passado de paracetamoles de alívio. Nessa ocasião, devido ao aumento da pressão intra-abdominal, formou-se uma hérnia umbilical e consequente evisceração.</p> <p>DISCUSSÃO: Ao associar a cirrose hepática, as hérnias umbilicais ocorrem em 20% dos pacientes e 40% daqueles com ascite grave, em contraste com a população geral, na qual somente 2% possui hérnia umbilical. A evisceração, por exemplo, omental é uma complicação incomum e potencialmente fatal da hérnia umbilical na presença de ascite recorrente. Geralmente ocorrendo num momento de aumento agudo da pressão intra-abdominal, a evisceração e ruptura do conteúdo abdominal colocam o paciente em risco de encarceramento, peritonite, sepse, necrose, insuficiências renal e hepática e falência de múltiplos órgãos. Assim, de acordo com diversas literaturas atuais, as eviscerações de hérnia umbilical possuem maior morbimortalidade do que a correção cirúrgica. Nesse caso, foi realizada a herniorrafia umbilical após lavagem extenuante de cavidade abdominal e antibioticoterapia terapêutica intravenosa hospitalar.</p>	<p style="text-align: center;">PO 237-3</p> <p>FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL ESQUERDA: UM RELATO DE CASO</p> <p>LAURA DE ROSS ROSSI, MARIANE MENEGAT MADRUGA, MONICA DE CAMPOS RODRIGUES, ROGÉRIO FETT SCHNEIDER, BÁRBARA MOLON ANDREAZZA, CAMILA BAUER ALBARRAN</p> <p><i>ULBRA - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A toracotomia de emergência tem como objetivo de ter rápido acesso aos principais vasos torácicos, contudo o procedimento pode evoluir para demais complicações. Hérnia diafragmática é a incursão torácica de estruturas normalmente intraperitoneais, após um evento traumático. Algumas lesões despercebidas podem apresentar sintomas latentes de obstrução intestinal e estrangulamento e até complicar com quadros de abdome agudo gerando uma complicação cirúrgica da toracotomia de emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: FFS, 44 anos. Paciente procurou atendimento no HPS de Canoas devido a ferimento por arma branca em sexto espaço intercostal e braço esquerdo, sem evidência de alterações em exame físico abdominal, paciente manteve estável em todo atendimento. Na chegada foi realizado um raio x de tórax, evidenciando opacidades alveolares no lobo inferior do pulmão esquerdo, com derrame pleural; e uma tomografia computadorizada, apresentando laceração da parede torácica, hemopneumotórax à esquerda, além de espessamento intersticial e tênue área de vidro fosco no lobo inferior do pulmão esquerdo, relacionados à hemorragia pulmonar. Ainda nesse lobo foram observadas imagens bolhosas, sugestivas de laceração pulmonar, sendo realizada toracostomia fechada em selo d'água. Na manhã seguinte, o paciente apresentava inúmeros episódios de vômitos sem alteração de exame físico abdominal, após realização de novo raio x com passagem de sonda nasogástrica foi observada bolha gasosa projetada sobre o hemitórax inferior esquerdo, podendo estar relacionado ao estômago herniado para cavidade torácica. Foi realizada, então, uma laparotomia exploratória, na qual foi encontrada hérnia diafragmática esquerda, com fundo gástrico em tórax esquerdo, apresentando edema em todo estômago.</p> <p>DISCUSSÃO: A principal causa de lesão diafragmática traumática é causa por ferimentos penetrantes na zona de transição toraco-abdominal, tendo incidência desconhecida pelo grande número de casos com pacientes assintomáticos, mas principalmente ocorrem por lesões de arma branca, sendo apenas diagnosticada quando aparecem os sintomas, complicações ou em exames pós-operatórios. Complicações severas podem decorrer da hérnia diafragmática evoluiu com nova complicação como a perfuração gástrica com estrangulamento e necrose pela rotação do órgão, gerando um abdômen agudo. Por fim, tais complicações podem ser evitadas se forem inicialmente percebidas por adequado exame físico, anamnese e interpretação dos exames, como no caso descrito.</p>
<p style="text-align: center;">PO 238-3</p> <p>TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO, SUA ABORDAGEM E SUAS COMPLICAÇÕES, APOS ACIDENTE DE TRANSITO EM RIO BRANCO-AC.</p> <p>VICTOR JUDISS LUMES, ALOYSIO IKARO MARTINS COELHO COSTA, ALANA SPERANDIO PORTO, MARIANA FREITAS FRATARI MAJADAS, Vanessa França Domingos, Marcos Daniel Sousa Xavier</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC) - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Laceração do fígado, pâncreas, via biliar e vascularização adjacente no trauma contuso é incomum e desafiadora para os cirurgiões. Considera-se a Coledocojejunoanostomose em Y de Roux o tratamento apropriado. Bons resultados nesse procedimento envolvem muita experiência e habilidade. Os autores relatam um caso que fortalecerá a prática cirúrgica e enriquecerá a literatura médica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 44 anos, vítima de acidente de trânsito, chega ao pronto socorro com trauma abdominal contuso. USG-FAST mostrou líquido na cavidade abdominal. Foi realizada Laparotomia Exploratória (LE) por incisão mediana longitudinal, que evidenciou sangue e bile na cavidade peritoneal, hematoma retroperitoneal, laceração do fígado, avulsão de vias biliares, lesão da veia gástrica esquerda, artéria gastroduodenal e cabeça do pâncreas. Feita Colectectomia e posicionou-se 2 drenos: à luz do colédoco avulsionado (dreno de Kehr) e outro à região umbilical (dreno túbulo-laminar). Colangiressonância no 10º dia após o trauma mostrou aumento do pâncreas. Paciente evoluiu com coleção de líquido intracavitário, que se exteriorizou por deiscência de sutura em região periumbilical, sendo reoperado no 16º dia de pós-operatório. Sob anestesia geral, foi feita relaparotomia. Diagnóstico pré-operatório: coleperitônio, colédoco com avulsão total a ±3cm e lesão esfacelante na cabeça pancreática. Transoperatório: Second look da via biliar. Observou-se bloqueio de alças e bile em leito hepático. Colédoco com diâmetro de ±1,0cm foi separado e debridado. Enterectomia a 40cm do Ângulo de Treitz. Em seguida, Coledocojejunoanostomose e Reconstrução em Y de Roux. Dreno posicionado no Espaço de Morrison. Não houve intercorrências. Após duas semanas, bacterioscopia de líquido intra-abdominal revelou Klebsiella pneumoniae.</p> <p>DISCUSSÃO: Notável caso, pois teve agravos pouco descritos na literatura médica. Lesão de via biliar em trauma contuso é rara, ocorrendo 82% das vezes na borda superior do pâncreas (NAGEM, 2013). FAST feito à chegada do paciente foi o maior avanço na abordagem de contusões e é ideal para pacientes vítimas de trauma, devido à rapidez na busca de coleções intracavitárias. Se paciente instável e FAST positivo, deve ser imediatamente realizada LE (DOHERTY, 2017). Sobre deiscência, ocorre de 1-3% dos pacientes com cirurgias abdominais, sobretudo 7-10 dias após a cirurgia. Há fatores associados à ocorrência de deiscência e alguns foram vistos no caso: cirurgia de emergência, infecção intra-abdominal, doenças sistêmicas (DM e HAS), obesidade e sítio cirúrgico extenso. Diabéticos têm mais chance de desenvolver infecção, pois a hiperglicemia causa disfunção da imunidade celular (TOWNSEND, 2014). A DM interfere no processo de cicatrização, pois é imunossupressora (JÚNIOR, 2015). O IMC é outro fator que atua na cicatrização. A chance de ocorrer deiscência aumenta conforme a idade (CARVALHO, 2010). São importantes estudos e descrições acerca do tema, para o fortalecer a prática cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 239-1</p> <p>PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: CIRURGIA CITORREDUTORA COMO MODALIDADE EXCLUSIVA DE TRATAMENTO</p> <p>Patrícia Freitag Ferreira, Júlio Cesar Zanini, Vanessa Carla Trentim, Fernanda Buttura Broetto, Laura Gomes Flores, Micheli Giovana Signor, Cassiana Tomazoni</p> <p><i>Centro Universitário FAG - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudomixoma peritoneal (PMP) é um processo maligno abdominal raro, proveniente da ruptura de um adenocarcinoma de ovário ou apendicular. Nessa patologia o peritônio fica coberto por um tumor secretor de muco e com massas císticas. O PMP é mais prevalente em mulheres, entre 50 e 70 anos, assintomático até os estágios mais avançados da doença. Os sintomas são inespecíficos, incluindo dor e distensão abdominal, exame físico podendo revelar distensão e massa palpável em alguns casos. O exame para estadiamento pré-operatório é a Tomografia Computadorizada, os marcadores tumorais atrelam-se a pior prognóstico e taxas de recorrência. O tratamento inclui cirurgia citorrredutora dos tumores e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, procedente de Céu Azul – PR, 50 anos, realizou apendicectomia em janeiro de 2017 em um hospital de Cascavel-PR, sendo o anatomopatológico compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado de apêndice, com margens comprometidas. Encaminhada a um hospital de referência em oncologia na mesma cidade, foi submetida a exames de estadiamento e, sem evidência de doença metastática, foi realizado ileocelectomia. Anatomopatológico demonstrou ausência de doença neoplásica residual. No seguimento ambulatorial exames de controle apresentaram focos de espessamento peritoneal, suspeitos para carcinomatose, limitados ao flanco direito e fossa ilíaca direita. Submetida a laparotomia exploradora para biópsia das lesões. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado - G1 do apêndice infiltrando tecido conjuntivo e adiposo. Foram discutidas as possibilidades de tratamento, sendo indicado peritonectomia com HIPEC, porém, procedimento não contemplado pelo SUS. Assim, optou-se pela peritonectomia e citorrredução, sendo ressecadas todas as lesões, cirurgia R0, sem necessidade de tratamento adjuvante. Em abril de 2018 apresentou nova recidiva peritoneal, em hipocôndrio e flanco esquerdo e linfonodomegalia retroperitoneal, sendo realizada nova citorrredução e linfadenectomia retroperitoneal, com ressecção completa das lesões, cirurgia R0. Anatomopatológico demonstrou tecido adiposo e cápsula esplênica infiltrados por PMP e ausência de metástases linfonodais. Após discussão clínica optou-se por não fazer tratamento adjuvante, paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem evidências de doença neoplásica.</p> <p>DISCUSSÃO: PMP é o implante de epitélio mucinoso no peritônio, após a ruptura de uma mucocela do apêndice. Pode acontecer de 5 a 35 anos após a lesão inicial do apêndice, principalmente pela lenta progressão e dificuldade de diagnóstico - característica do PMP de baixo grau, diferente de outras malignidades peritoneais. Atualmente o tratamento continua sendo a ressecção cirúrgica da lesão e recentemente incluiu-se operação citorrredutora combinada com HIPEC. No entanto ele continua sendo de cura difícil, com sobrevida de 5 a 10 anos entre 75% e 60%, respectivamente.</p>

PO 239-2	PO 239-3
<p>CURSO TEORICO-PRATICO BASICO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL – MODULO BASICO: UM RELATO DE EXPERIENCIA</p> <p>Nayara Pontes Araújo, Celso Ângelo Martins Lima, Sérgio Cunha Trindade Júnior, Luís Fernando Freitas Sousa, Faustino Chaves Calvo, Deivid Ramos dos Santos, Edson Yuzur Yasojima, Marcus Vinicius Henriques Brito</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARA - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Uma vez que o modelo tradicional de ensino médico se tornou ineficaz e não humanizado, uma abordagem mais centrada no aluno foi criada: a aprendizagem baseada em problemas (PBL). Nesse contexto, a possibilidade da aprendizagem das habilidades médicas extracurriculares, como as práticas cirúrgicas em modelos animais e não animais, devem ser levadas em consideração. Por isso, o Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE) idealizou um curso cujo projeto inicial era expor diversas aulas envolvendo o tema de cirurgia básica, associando-as à experimentação. Por isso, propõe-se a relatar a experiência de realização do Curso Teórico-Prático de Cirurgia Experimental – Módulo básico</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de um relato de experiência da realização de um curso teórico e prático no âmbito da Cirurgia Experimental que foi direcionado a acadêmicos, mestrandos, doutores e profissionais da área da saúde. O curso é realizado sempre aos finais de semana iniciando-se na sexta à noite e finalizando no domingo pela noite. Na sexta à noite, foi realizada a abertura do curso e a exposição de 3 aulas teóricas, iniciando o conteúdo programático do curso: Ética em Experimentação Animal, Assepsia e Antissepsia e Instrumentação Cirúrgica. Finalizou-se com a apresentação de estações práticas de parâmetros cirúrgica, lavagem das mãos, cuidados com o preparo do paciente e instrumentação. Já no sábado, iniciou-se com a apresentação, pela manhã, das seguintes aulas teóricas: Anestesia e Técnicas de Eutanásia em Ratos, Anatomia do Rato e Diérese: Técnicas e Incisões. Em seguida, os alunos foram distribuídos em duplas e, sob orientação de um monitor, receberam aulas práticas dos assuntos anteriormente ministrados. Em relação ao turno da tarde, houve a apresentação das aulas teóricas de Técnicas de Hemostasia Cirúrgica, Síntese Operatória, além de Anastomoses e Ostomias Gastrointestinais. Finalizando este turno, foram entregues 17 ratos fêmeas para demonstrar a técnica de diérese e revisar as diferenças anatômicas entre o homem e o animal. Por fim, todos os ratos foram eutanasiados com sobredose anestésica. No último dia do curso, os alunos puderam aproveitar práticas de síntese, em modelos sintéticos de baixo custo, além de nós manuais, por meio de simuladores. Além disso, também foram realizados procedimentos em outros 17 ratos machos, sendo estes: gastrectomia parcial, dissecação do ureter e traqueostomia. Ao final do curso, todos os alunos foram submetidos à atividade avaliativa de múltipla escolha, para avaliação do conhecimento obtido nas atividades teórico-práticas.</p> <p>DISCUSSÃO: Diante do exposto, o Curso Teórico-Prático de Cirurgia Experimental demonstrou-se procedimentos que ampliaram o aprendizado sobre cirurgia e a anatomia do animal. Assim, houve uma abrangente e favorável transmissão de conhecimento acerca a área cirúrgica, a qual foi analisada por uma prova teórica feita no final do curso, que demonstrou uma taxa de acerto acima de 85% entre todos os participantes.</p>	<p>TRATAMENTO NAO OPERATORIO EM TRAUMA HEPATICO PENETRANTE: UM RELATO DE CASO DE SUCESSO.</p> <p>GABRIELA RICHIA ARTUZI, BARBARA SEIDINGER DE SOUZA, EMANUELLE THAIS ZANATTA, WILLIAM AUGUSTO CASTELEINS CECILIO, GABRIEL RAMOS JABUR, PAULA ALMEIDA PAMPONET MOURA, ANDRE BARAUSSÉ DA SILVA</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Devido à localização anatômica, o fígado é o segundo órgão mais lesionado em trauma penetrante. Seu trauma é classificado em 5 graus de lesões, sendo a maioria grau I, II ou III, tratadas com manejo não cirúrgico. Já a maioria IV ou V resultam em laparotomia. Apesar do trauma hepático ser a principal causa de morte no trauma abdominal grave, estima-se que 70% dos pacientes com lesões hepáticas possam ser tratados de forma não operatória sem mortalidade relacionada ao fígado, exceto suas contraindicações, como instabilidade hemodinâmica após manejo inicial, lesão por arma de fogo, ausência de ambiente clínico apropriado e casos em que haja outra indicação para cirurgia abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: S.R.N, feminino, 39 anos, previamente hígida. Trazida pelo SIATE a um Hospital de Curitiba-PR, vítima de FAF em tórax com orifício de entrada em 3º EIC de hemitórax direito em linha hemiclavicular e orifício de saída infraescapular à direita. Paciente foi intubada em cena, devido à cianose intensa e rebaixamento do nível de consciência, recebeu 1L de Ringer Lactato durante trajeto pré-hospitalar. Ao hospital, recebeu atendimento conforme protocolo do ATLS. Paciente se encontrava com IOT e VM, colar cervical e tábua rígida. À ausculta torácica, MV+ bilateralmente, diminuído em base direita, BCRNFSS, SpO2 95%. Abdome flácido, pelve estável, pulsos periféricos + e simétricos, PA 60x38 e FC 109. Exame neurológico com pupilas isomioticas e RASS -5. Administrou-se 2 CH + 0,5L de cristalóide + ácido tranexâmico. Feita drenagem de tórax à direita na sala de emergência, com saída imediata de ar e quantidade moderada de sangue, feito FAST na sequência. US negativo para líquido livre em cavidade abdominal e ausência de derrame pericárdico. Após atingir estabilidade hemodinâmica, a paciente foi encaminhada à tomografia, evidenciando hemotórax residual à direita, sem pneumotórax e com dreno bem alocado, além de sinais de cavitação aérea e contusão pulmonar importante à direita. TAC de abdome/pelve com mínima quantidade de líquido perihepático, hematoma intraparenquimatoso hepático com discreto pneumoperitônio perihepático. Ao estudo de trajeto, evidenciou lesão diafragmática e hematoma intrahepático volumoso, sem risco para área cardíaca ou vísceras ocultas abdominais. Na conduta, optou-se por tratamento não operatório abdominal devido à compensação hemodinâmica e parada do sangramento ativo, com manutenção posterior de estado volêmico e encaminhamento à UTI. Realizado internamento ciente dos riscos de evolução para abscesso mamário, hemotórax coagulado, fístula biliar e hérnia diafragmática, com desfecho sem complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso demonstra desfecho positivo para tratamento conservador em trauma hepático penetrante, apesar da instabilidade hemodinâmica no quadro inicial, evidenciando benefícios de insistir na estabilização hemodinâmica através do protocolo de transfusão maciça, permitindo aprofundar o estudo referente ao trajeto do FAF através de TC e optar por abordagem conservadora.</p>
<p>PO 240-1</p> <p>PNEUMOPERITONEO PROGRESSIVO: IMPORTANTE TECNICA NA ABORDAGEM DE HERNIAS VENTRAIS QUE NAO PODE SER ESQUECIDA</p> <p>THAIS ROCHA DE SENA, TAYNAN FERREIRA VIDIGAL, DOUGLAS DE ARAUJO RESENDE E SOUZA, DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND</p> <p><i>Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumoperitônio progressivo é uma ferramenta útil na preparação pré operatória de pacientes com hérnias abdominais gigantes onde houve perda do domicílio. Foi uma técnica descrita em 1940 e permite reparação completa e redução de complicações como síndrome compartimental abdominal e alterações respiratórias restritivas. Na técnica de Goñi – Moreno usa-se o pneumoperitônio progressivo para ampliar a cavidade peritoneal e assim poder efetuar a correta redução do saco herniário.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 01: Paciente H.A, 33 anos, sexo masculino, vítima de acidente automobilístico, submetido a laparotomia de urgência, evoluiu com eventração no pós-operatório imediato com posterior hérnia incisional gigante. Caso 02. Paciente O.P., 67 anos, sexo masculino, submetido à apendicectomia convencional com posterior reintervenção cirúrgica por complicação pós-operatória evoluindo com grande hérnia incisional em fossa ilíaca direita. Em ambos pacientes foram posicionados em hipocôndrio esquerdo, sobre a linha hemiclavicular, junto ao rebordo costal, cateter vascular de único lúmen e por ele foi insuflado entre 1 e 2 litros de ar ambiente por dia, durante 12 dias, de acordo com a tolerância do paciente. Após este período, os pacientes foram submetidos à correção das hérnias, com reforço de tela de polipropileno, sem complicações em pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Os avanços das técnicas e nos materiais usados na correção das hérnias são muito importantes na busca de bons resultados, no entanto, a técnica descrita inicialmente por Moreno, não deve ser esquecida. Essa técnica permite a distensão progressiva da parede abdominal para possibilitar a acomodação das vísceras contidas em saco herniário na cavidade abdominal, com menor tensão possível durante o ato cirúrgico. É um recurso extraordinário para adaptação ventilatória, necessária no pós operatório. Pacientes com grandes hérnias apresentam defeitos crônicos que alteram progressivamente a fisiologia da parede abdominal. O intestino e mesentério herniados se tornam edematosos devido redução do retorno venoso e linfático secundário à compressão pelo anel fibrótico, o que dificulta a redução. Durante a realização do pneumoperitônio, ocorre estabilização da forma e função diafragmática, melhorando a função ventilatória. Há distensão da parede e o volume da cavidade abdominal sofre aumento, além de haver lise pneumática de aderências intestinais formadas durante a exposição e desenvolvimento do saco herniário. Conclusão: A realização do pneumoperitônio progressivo com insuflação de ar ambiente é um importante aliado na correção de hérnias com perda de domicílio, capaz de prevenir importante complicações decorrentes do aumento da pressão intra abdominal e permite a correção da hérnia com menor tensão possível. Desde as complicações evitáveis, no pós operatório, cita-se insuficiência ventilatória decorrente do aumento da pressão intraperitoneal.</p>	<p>PO 240-3</p> <p>FERIMENTO POR ARMA DE FOGO TRANSIXANTE EM REGIAO TORACOABDOMINAL A DIREITA UM RELATO DE CASO</p> <p>MARIANE MENEGAT MADRUGA, LAURA DE ROSS ROSSI, MONICA DE CAMPOS RODRIGUES, ROGÉRIO FETT SCHNEIDER, BÁRBARA MOLON ANDREAZZA, CAMILA BAUER ALBARRÁN</p> <p><i>Ulbra - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ferimentos em região toraco-abdominal cursam com lesão diafragmática em 48% dos casos, dos quais 8 a 10% são assintomáticos o que leva a um diagnóstico tardio. É observada em 0,1% das admissões nos serviços de trauma o bilioma que corresponde a uma coleção de bile, encapsulada ou não, fora da árvore biliar, com localização intra-hepática, de natureza iatrogênica ou causada por trauma abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: F.E.P.O, masculino. Procurou atendimento no HPS de Canoas após ferimento por arma de fogo em hemitórax à direita supraescapular, membro superior direito e mão esquerda. O paciente apresentava-se estável, apresentando discreto enfisema subcutâneo, exame físico sem demais alterações e pulsos radiais presentes e simétricos. O exame de imagem evidenciou moderado derrame pleural e realizou-se drenagem de tórax fechada em selo d'água na sala de emergência com saída de 1000ml de conteúdo hemático. Após drenagem foi optado por realizar angioTc de vasos cervicais e tórax devido à persistência moderada de conteúdo hemático passado 12 horas do trauma. O exame de imagem evidenciou presença de volumosa coleção hipodensa com focos gasosos de perimeio e realce parietal no espaço subfrênico direito, associado à contusão dos segmentos VI e VII do lobo hepático direito, acompanhado também de focos gasosos de perimeio. Optou-se por tratamento conservador e observacional do trauma hepático penetrante. Transcorrido nove dias de internação houve piora de leucocitose, PCR e exame físico, foi realizado um novo exame de imagem que condizia com bilioma. Foi realizada laparotomia para lavagem e drenagem das cavidades abdominal e torácica e rafia de diafragma.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão do trato biliar extra-hepático é vista em 3-5% dos casos de trauma abdominal, sendo as lesões hepáticas mais frequentemente associadas a essas devido ao tamanho, localização e tensão de conteúdo. Drumond em 2012, o escape de conteúdo biliar costuma ser autolimitado, por essa razão a drenagem intra-abdominal infra-hepática resolve. Já Aurora em 2019, revela que a decisão do tratamento cirúrgico ou conservador depende de fatores como estabilidade hemodinâmica do paciente e resposta à administração de fluidos. O diagnóstico pode ser feito de maneira precoce através de tomografia computadorizada ou até mesmo pelo FAST, mas sempre levando em consideração as condições hemodinâmicas do paciente. As lesões associadas ao trauma diafragmático estão presentes na maioria das vezes no pulmão, estômago, fígado, baço e colôn. Por apresentarem poucos ou nenhum sintoma, o diagnóstico se torna tardio, podendo resultar em complicações. Ainda faltam estudos que comprovem que o tratamento não operatório para lesões diafragmáticas deva ser realizado; no entanto, através de trabalhos experimentais realizados, é possível dizer que os ferimentos diafragmáticos pequenos e os do lado direito sejam aqueles com cicatrização espontânea e, portanto, admitirão um tratamento conservador.</p>

PO 241-1	PO 241-3
<p>RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL DEVIDO A HERNIA INCISIONAL GIGANTE</p> <p>Henrique Barbosa de Abreu, Matheus Paiva de Souza, Vimaél Jefferson de Oliveira, Leandro Martins Gontijo, Stephanie da Silva Fernandes, Caill Salomão Abud Neto, Eric Gustavo Gomes Rosset, Vinicius Silveira Amaral</p> <p><i>Hospital Regional de Santa Maria - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia incisional abdominal (HIA) é a protrusão de conteúdo abdominal através de um ponto de fragilidade na parede abdominal, ocasionado por cirurgia anterior. Ocorrem devido a tensão excessiva, processo de cicatrização inadequado e pode estar relacionado a uma infecção de sítio cirúrgico. São fatores predisponentes para hérnia incisional: múltiplas laparotomias, cuidado técnico do fechamento da parede abdominal, obesidade, desnutrição, idade avançada, imunossupressão/quimioterapia prévia, diabetes mellitus, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica. A classificação proposta por Chevrel e Rath, leva em consideração três parâmetros para classificar as HIA: localização (mediana e lateral), tamanho (considerando que a largura do defeito) e o número de recidivas. Hérnias com largura inferior a 5 cm é considerada pequena, entre 5-10 cm grande, de 10-15 cm muito grande e acima desse valor gigante. Estima-se uma incidência de HIA em 10% das cirurgias abdominais.</p> <p>RELATO DE CASO: J.D.V., masculino, 63 anos, hipertenso e diabético, com história prévia de laparotomia exploradora para drenagem de abscesso de parede abdominal associado a debridamento de região perianal por gangrena de Fournier (agosto de 2015). Paciente apresentou pós-operatório complicado, necessitando de 06 relaparotomias para realização de sigmoidostomia em alça, lavagem de cavidade por abscessos abdominais (04) e fechamento de peritonectomia. Fez uso de curativo a vácuo até o fechamento da parede abdominal. Permaneceu internado em unidade de terapia intensiva por 80 dias e alta hospitalar com 98 dias. Após 3 meses da alta hospitalar, retorna ao serviço apresentando HIA sem necessidade de abordagem nesse momento. Em agosto de 2016 foi submetido a nova cirurgia eletiva para reconstrução de trânsito intestinal. Não houveram intercorrências no PO, recebeu alta hospitalar no 5 dia pós-operatório. Em dezembro de 2018, busca o serviço para a correção de hérnia incisional gigante (20cm de diâmetro). A reconstrução da parede abdominal consistiu em incisão elíptica mediana, com exêrese de tecido cicatricial, dissecação de saco herniário, ressecado várias aderências entre intestino e parede abdominal e entre as próprias camadas da parede abdominal, identificado e isolado a aponeurose em toda a sua extensão, realizado incisões longitudinais em aponeurose para alívio de tensão, secção da aponeurose do músculo oblíquo externo junto a borda lateral do músculo reto, ressecado fragmento de omento, colocação de prótese de polipropileno pré-mussolaponeurótica e fixação com Poli tereftalato de polietileno revestido com polibutilato. Colocação de dreno de aspiração contínua. Fechamento de subcutâneo com fios separados poliglaçina e da pele com pontos simples mononylon. Pós-operatório sem intercorrências. Alta hospitalar no 6 DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: HIAs gigantes são de difícil condução, uma vez que muitos dos fatores predisponentes são imutáveis, e por vezes, estão relacionadas a múltiplas reabordagens cirúrgicas.</p>	<p>TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: MANEJO EM LESAO HEPATICA GRAU IV</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Larissa Michetti Silva, Marcel Takeshi Shono, Victor Barroso Camilho Cunha Ataíde, Victor Netto Figueiredo</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O paciente politraumatizado cursa com lesões em dois ou mais sistemas de órgãos, sendo que há risco vital. O choque hipovolêmico hemorrágico produz alterações no sistema cardiorrespiratório com o objetivo de manter a função fisiológica dos órgãos. A principal alteração é o desvio do fluxo sanguíneo da pele, músculos e leito esplâncnico para o coração, pulmão e cérebro. No traumatismo abdominal, o fígado é um dos órgãos mais acometidos. No traumatismo hepático complexo, o objetivo inicial é o controle do sangramento para evitar a exsanguinação durante o procedimento cirúrgico. Este controle pode ser realizado através da manobra de Pringle, que consiste na oclusão temporária da triade portal localizada no ligamento hepatoduodenal.</p> <p>RELATO DE CASO: RGS, feminino, 18 anos, encaminhada de Unai-MG, vítima de acidente automobilístico, (colisão moto x anteparo) apresentando instabilidade hemodinâmica na admissão, submetida a laparotomia exploradora no hospital de origem, onde foi evidenciado volumosa quantidade de sangue em cavidade abdominal com sangramento subhepático. Optado por colocação de 5 compressas em área hepática e peritonectomia. Encaminhada ao Instituto Hospital de Base (IHB), após 6 horas de trauma, ainda com instabilidade hemodinâmica, peritonectomia com volumoso sangramento, optado por reabordagem cirúrgica. No intra-operatório, foi realizado manobra de Kocher, acessando o retroperitônio. Visualizada hematoma retroperitoneal em zona II à direita sem expansão e sem sangramento ativo, avulsão do pedículo renal à direita sem sangramento ativo e veia cava inferior íntegra. Procedeu-se à nefrectomia direita. Ampliado incisão mediana através de incisão subcostal direita para facilitar o acesso hepático, com realização de manobra de pringle (MP) para controle de sangramento hepático, retirado compressas em topografia hepática. Visualizado extensa laceração dos segmentos VI, VII e VIII hepático, laceração da veia do lobo caudado na inserção da veia cava e sangramento ativo hepático quando desfeita MP. Mantido então MP por 15 min. Em seguida, ressecção do segmento VII hepático, ligadura da inserção da veia do lobo caudado na veia cava, hemostasia de áreas cruentas hepáticas com posicionamento de Surgicel e fixação de área cruenta ao peritônio com PDO, desfeito MP com reperfusão e posicionamento de dreno tubular nº28 em loja sub-hepática. Durante peri-operatório infundidos 8CH, 2 plasmas frescos, solução cristalóide e noradrenalina titulada com pressão arterial invasiva. Foi estabilizada em UTI, tendo alta para a enfermaria. Evoluiu com bilioma, o qual foi drenado e deixado dreno Pigtail. Segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de caso complexo de paciente politraumatizada, que evoluiu com choque hemorrágico, traumatismo hepático e renal. A reabordagem cirúrgica foi de suma importância, visto que a paciente mantinha sangramento ativo e instabilidade hemodinâmica mesmo com as medidas empregadas no hospital de origem.</p>

PO 242-3	PO 243-1
<p>PERFURAÇÃO DE VENTRÍCULO DIREITO POR FACADA</p> <p>Pedro Henrique Alves de Moraes, Yasmin Alves Caetano, Talita Bringel, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Amanda Luiza Aguiar Taquary Alvarenga, Renata Bonfim Lima Silva, Anna Beatriz Salles Ramos, Carolina Alencar Ferreira</p> <p><i>Hospital Regional de Sobradinho - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma torácico (TT) é uma causa importante de morte, podendo ser evitada por medidas diagnósticas e terapêuticas imediatas. As lesões mais comuns são decorrentes de acidentes automobilísticos e ferimentos com armas brancas e de fogo. A maior parte das lesões torácicas é representada por pneumotórax e hemotórax, porém no caso de ruptura da parede cardíaca, o paciente desenvolve, rapidamente, tamponamento cardíaco. O objetivo deste estudo é relatar o caso de um paciente que chegou ao pronto socorro apresentando lesão perfurocortante por arma branca em tórax e abdome, e foi realizada uma conduta infrequente devido às condições do ambiente hospitalar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 29 anos, deu entrada no pronto socorro com lesão perfurocortante por arma branca em tórax e abdome, apresentando-se hemodinamicamente instável. Evoluiu com parada cardiorrespiratória por tamponamento cardíaco, realizou-se manobras de toracotomia de urgência com abertura da janela pericárdica na sala de trauma para decompressão e com massagem cardíaca intra-torácica, sendo visualizada grande quantidade de hemopericárdio. Paciente retomou ritmo cardíaco e foi levado ao centro cirúrgico, onde foi efetuada toracotomia ântero-lateral bilateral com acesso ao pericárdio anterior, sendo possível a visualização de lesão linear de cerca de 2cm em ventrículo direito. A lesão cardíaca foi rafiada após insuflação do balonete intracardíaco. Após, foi submetido a drenagem de tórax bilateral em linha axilar anterior no sexto espaço intercostal com introdução de dreno nº 38 sob selo d'água com saída imediata de 600 mL de sangue ao lado direito e apenas gás a esquerda. Posteriormente, foi realizada incisão mediana supraumbilical para laparotomia exploradora, onde foi encontrada lesão hepática no segmento VII, sendo feita rafia da lesão. Foi iniciada antibioticoterapia com cefazolina. No pós-operatório apresentou como complicações: episódios de contrações e clonismos generalizados tratados com diazepam, derrame pleural à direita e pequeno a esquerda com atelectasias associadas, picos febris e pneumonia associada à ventilação mecânica/broncoaspirativa em HTD. Atualmente, paciente segue hemodinamicamente estável.</p> <p>DISCUSSÃO: Por vezes, encontram-se obstáculos ao tratamento adequado de pacientes que necessitam do atendimento de urgência e emergência, mesmo em hospitais bem equipados. A situação relatada requeria a alocação do paciente em um serviço no qual a equipe e os instrumentos possibilitassem seu manejo segundo protocolos previamente estabelecidos. O paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória por 20 minutos devido ao tamponamento cardíaco, sendo revertida após abertura de janela pericárdica de urgência para decompressão e massagem cardíaca intra-torácica após rafia da lesão, ainda na sala de trauma. A utilização da toracotomia de urgência ainda é controversa, porém, diretrizes na rotina de atendimento ao trauma indicam o procedimento em casos de trauma penetrante.</p>	<p>TUMOR DESMOIDE DE PAREDE ABDOMINAL</p> <p>Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira, Caroline Carvalho Ferro, Matheus Leite Rolim Moreira, Tadeu Gushão Muritiba, Erisvaldo Ferreira Cavalcante Júnior, Igor de Lima Ribeiro, Adriana Melo Barbosa Costa, Anna Karoline Rocha de Souza</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores desmóide são neoplasias pouco frequentes - 0,03% de todos os tumores - que têm como característica crescimento localmente agressivo, porém ausência de potencial metastático conhecido. Sua morbidade está associada à sua capacidade infiltrativa de órgãos adjacentes, bem como recorrência após ressecção cirúrgica. A maior parte dos tumores desmóides tem ocorrência esporádica, entretanto também podem estar associados à síndrome genética de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), determinando a chamada Síndrome de Gardner. O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de tumor desmóide de parede abdominal tratado cirurgicamente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 35 anos, negro, encaminhado ao ambulatório de cirurgia geral de um hospital de referência com queixa de aparecimento de massa em região epigástrica há cerca de dois meses, pouco dolorosa e de crescimento progressivo. Hipertenso em uso de enalapril, negava passado cirúrgico, etilismo ou tabagismo. Ao exame, bom estado geral, abdome semíglobo, com massa endurecida palpável em região epigástrica, de cerca de 8cm de diâmetro. Na investigação diagnóstica, realizou ultrassonografia de abdome total que evidenciou colelitíase e massa a esclarecer em região epigástrica. A complementação imagiológica com tomografia computadorizada demonstrou massa em região epigástrica de aspecto volumoso e contornos bocelados, em contiguidade com músculo reto-abdominal esquerdo, medindo cerca de 13,8cm em seu maior diâmetro, com íntimo contato com o cólon transversal, porém com plano de clivagem. O paciente foi submetido a colecistectomia videolaparoscópica seguida de ressecção em bloco do tumor com parte da bainha posterior do músculo reto-abdominal esquerdo. Foi possível o fechamento primário da parede abdominal após incisões de relaxamento na bainha do músculo reto abdominal direito. Optou-se pela aposição de tela de polipropileno on-lay e drenagem do subcutâneo com dreno de sucção. Paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório, sem intercorrências, ainda portando dreno de sucção, que foi retirado ambulatorialmente no sétimo dia de pós-operatório. O histopatológico das peças cirúrgicas evidenciou ausência de neoplasia na vesícula biliar e tumor de parede abdominal característico de fibromatose agressiva - tumor desmóide. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor desmóide caracteriza-se por não possuir potencial metastático, ter exuberante capacidade de crescimento local, tendência à invasão de estruturas contíguas e altos índices de recidiva. Quando acometem a parede abdominal, sua extensão local pode ser um fator limitante à ressecção cirúrgica devido a grandes defeitos gerados por esta. No presente caso, foi possível realizar ressecção cirúrgica do tumor com margens e fechamento primário da parede abdominal lançado-se mão de técnicas utilizadas na correção de hérnias ventrais, com sucesso.</p>

PO 243-3	PO 244-1
<p>PARTINGTON ROCHELLE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Emanuelle Thais Zanatta, Gabriela Richa Artuzi, Vital Burko Santos</p> <p><i>Universidade Católica do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite crônica (PC) é uma condição de inflamação pancreática progressiva, que culmina em fibrose e processos cicatriciais, causando um dano irreversível e perda de parênquima funcional. A dor é o sintoma mais prevalente na pancreatite crônica, dificilmente é sanada à base de medicamentos. Por este motivo, a dor crônica é a mais importante e mais frequente indicação de intervenção cirúrgica. O procedimento de drenagem cirúrgica mais realizado para tratamento de dor crônica é a cirurgia de Partington-Rochelle, derivado da técnica de Puestow e Gillesby, cuja modificação consiste na exclusão da esplenectomia e pancreatectomia distal. Consiste em uma pancreaticojejunostomia lateral associada a anexação de um loop jejunal em Y de Roux de forma longitudinal ao longo do pâncreas, proporcionando uma drenagem completa dos ductos de Wirsung e Santorini.</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.S, sexo masculino, 46 anos, tabagista, previamente diabético e portador de pancreatite crônica. Foi admitido no Hospital Universitário Cajuru para rota de pancreatojejunostomia latero-lateral por dor irresponsiva a tratamento medicamentoso. Paciente apresentava dor abdominal diária em epigástrio desde 2006 com piora noturna, de forte intensidade, com irradiação para o dorso. Apresentava náuseas esporádicas sem vômitos. Realizava tratamento com prednisona associada a codeína 3 vezes ao dia, que promovia melhora parcial da dor. Ao exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral, anictérico, afebril. O abdômen estava flácido e doloroso à palpação de região epigástrica. Não havia sinais de peritonismo, os ruidos hidroaéreos estavam presentes e sem alterações. Foi realizada uma tomografia computadorizada de abdômen que apresentou uma leve dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, focos de calcificação na região cefálica e processo uncinado do pâncreas e uma dilatação do ducto pancreático principal medindo 8 mm de calibre em região da cabeça do pâncreas. A cirurgia de Partington-Rochelle foi realizada segundo a técnica preconizada, sem intercorrências, o paciente manteve-se estável durante todo o procedimento. Durante o internamento o paciente boa aceitação de dieta VO, diurese espontânea e presença de flatos. A alta foi dada 4 dias após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Os procedimentos de drenagem possuem baixos índices de mortalidade, resolvendo a curto prazo. Porém, em 40% a dor retorna em 2 anos de cirurgia. No caso, o paciente apresentava dor não responsiva ao tratamento medicamentoso, decorrente da evolução da pancreatite crônica. Indicou-se a cirurgia de Partington-Rochelle devido a dilatação de mais de 7 mm de diâmetro e ausência de evidências de malignidade. A cirurgia ocorreu com sucesso e propiciou melhora da dor no pós-operatório, favorecendo a redução da frequência e dosagem dos analgésicos, conforme descrito na literatura. A vantagem do procedimento de Partington-Rochelle é a preservação do tecido pancreático e suas funções, sua baixa mortalidade, além de ser uma técnica de fácil execução.</p>	<p>MANEJO DE PACIENTE COM GRANDE HERNIA INCISIONAL DURANTE A GESTAÇÃO – UM RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Moreno de Oliveira, Ana Carolina Gomes Siqueira, Letícia Reis Kalume, Marcelo Costa Cronemberger, Amanda Cristina de Souza, Ana Beatriz Pereira de Souza, Gustavo Werneck Ejima, Mariana França de Melo</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dos pacientes submetidos a cirúrgica abdominal, o fechamento pode não ocorrer satisfatoriamente em 3 a 26%. A retração da aponeurose causa o surgimento da hérnia incisional (HI), em geral, nos primeiros cinco anos após a operação. A maioria é assintomática, 1/3 está associada à dor, ao encarceramento e ao estrangulamento. Os fatores de risco para HI são os associados ao paciente (comorbidades, obesidade, tabagismo, múltiplas laparotomias prévias), a fatores locais (infecção de ferida operatória) e da técnica cirúrgica. A HI na gestação é grave e está associada a complicações, como, retardo do crescimento intra-uterino, aborto espontâneo, parto prematuro e morte intra-uterina.</p> <p>RELATO DE CASO: VHS, sexo feminino, 38 anos, realizou cirurgia bariátrica por técnica de Scopinaro há 16 anos, possuía IMC de 64,56 Kg/m², teve 2 ocorrências de TVP, uma evoluindo para TEP. Nos primeiros 11 anos de cirurgia perdeu 129kg, evoluindo com síndrome disabsortiva, sendo realizada laparotomia para aumento de alça intestinal que evoluiu com infecção de parede e deiscência, corrigida por cirurgia. Seis meses após essa cirurgia procurou serviço de saúde devido à grande hérnia incisional com evisceração de 10 cm de alça intestinal de coloração rósea, peristalse preservada e associada a dor intensa, paciente relatava que estava gestante de 35 semanas e em uso de clexane (devido ao passado de TVP e TEP), a conduta mantida foi expectante com uso de sintomáticos. O parto cesáreo foi feito com idade gestacional de 37 semanas, RN com boa vitalidade. Após 42 dias de pós-parto ocorreu aumento de evisceração da HI, com exposição de 15 cm de alça intestinal e encarceramento, sendo necessária a realização de laparotomia de emergência, com preservação de alça e fechamento de parede abdominal, com ausência de prótese sintética no interior da cavidade abdominal para obliteração do orifício herniário devido a falta do material em serviço de saúde público.</p> <p>DISCUSSÃO: A conduta expectante da HI durante a gravidez e periparto se dá na ausência de complicações como encarceramento, infecção ou obstrução, como no caso da paciente, tendo poucos casos na literatura sobre a condução de hérnias incisionais na gravidez. Logo, a herniorrafia deve ser adiada até o pós-parto, visto que o útero aumentado e a flacidez da parede abdominal dificultam a reparação da lesão na gestação, o que justificou a conduta realizada como adequada. A HI é um problema complexo, de tratamento difícil e comumente recidivante, sendo importante a identificação de fatores de risco e a individualização do tratamento dos pacientes. Recidivas ocorrerão em 11% a 30,3% das herniações, dentre outras causas, devido a hérnias grandes e em pacientes obesos, características presentes na paciente em questão.</p>
<p>PO 245-1</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE CECO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Almeida Almeida, Silvanio Araújo Do ó Filho, Paulo Leão Menezes, Eduardo Sarmento Do Ó, Marcela Rolim Cruz, Lucas Lenine Dantas Formiga, Fernanda Lourdes Lira Correia Araújo, Ana Leticia Maria Lins Leal</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O volvo de ceco é considerada a principal apresentação das anomalias relacionadas as mas rotações intestinais. Se caracteriza por torção axial envolvendo o ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesos, ocasionando obstrução intestinal. A incidência é de 2,8 a 7,1 por milhões de pessoas ano, sendo responsável por 22% dos volvos colônicos, causando 1 a 1,5% das obstruções intestinais em adultos. As manifestações clínicas da doença são dor aguda e distensão abdominal, associado a náuseas, vômitos, e hipertimpanismo com ou sem massa abdominal palpável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino de 68 anos deu entrada no setor de urgência com quadro de dor abdominal há cerca de 12 horas. Referiu dor de pequena intensidade, com parada da eliminação de gases e fezes. Ao exame apresentava-se com regular estado geral, palidez cutânea (2+/4+), afebril, hidratado, eupneico. Ao exame abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, abdome globoso, distendido, hipertimpânico à percussão, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Ausência de fezes na ampola retal. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou dilatação de alças intestinais de aproximadamente 9 cm de diâmetro na região do ceco. instituiu-se terapêutica clínica com sonda nasogástrica, hidratação e deambulação. Após 36 horas sem melhora do quadro e piora progressiva da distensão abdominal, foi indicado tratamento cirúrgico, sendo optada pela laparotomia exploradora convencional. Na laparotomia, foi evidenciado um ceco dilatado, com torção axial, sem sinais de sofrimento, o qual confirmou a hipótese de obstrução intestinal por volvo de ceco. Foi realizada manobra de reposicionamento da alça e fixação. Paciente evoluiu com íleo paralítico no pós-operatório imediato, sendo realizada reposição de eletrólitos e metilsulfato de neostigmina. No 2º dia pós-operatório, o quadro foi revertido e o paciente obteve alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo de ceco pode cursar com sintomas de obstrução intestinal aguda que podem evoluir para toxemia, peritonite e morte se não tratado adequadamente. Para o diagnóstico do volvo de ceco, além do quadro clínico, pode-se utilizar um arsenal de exames diagnósticos como: raios-X simples de abdômen, enema opaco, tomografia computadorizada (TC) de abdômen e colonoscopia. A TC revela a presença e a localização do volvo, além das complicações como a isquemia e a perfuração, tendo como imagem característica o "olho do redemoinho", composto por círculos espiralados e concêntricos formados pela torção do meso. Diversas abordagens cirúrgicas têm sido utilizadas incluindo destorção, cecopexia, cecostomia e ressecção do ceco. Relatos de casos e pequenas séries têm documentado redução do volvo na sequência de um enema de bário, no entanto, sucesso em apenas 4% dos pacientes em uma série maior. A colonoscopia é improvável para reduzir o volvo, além de haver risco de perfuração do cólon.</p>	<p>PO 245-2</p> <p>CANCER DE PELE VOLUMOSO EM REGIÃO TEMPORAL: RETALHO EM "X", ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS RETALHO</p> <p>Cláudia Fernanda Camini, Marcelino Paiva Martins, Rene Augusto Weirich, Sílvia Casanova Baldissera, Flavio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG / CEONC - Hospital do câncer - Cascavel - Paraná - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular cutâneo (CEC) é a segunda forma mais comum de câncer humano, tem como origem histológica os queratinócitos epidérmicos. Embora a maioria dos pacientes com CEC cutâneo apresente uma doença localizada que é curada com o tratamento local, a recorrência do tumor, a metástase e a morte relacionada à doença ocorrem ocasionalmente. A cirurgia micrográfica de Mohs, a excisão cirúrgica com avaliação completa circunferencial e periférica e a radioterapia são comumente utilizadas no tratamento dessas lesões. Nesse sentido, já que há uma grande variedade de tamanho e locais que as lesões do CEC pode apresentar, são necessárias várias técnicas para reparar os defeitos após o tratamento cirúrgico, especialmente na face. O fechamento simples, muitas vezes é impossibilitado devido à tensão da pele ou o tamanho do ferimento em comparação a pele disponível nas proximidades. Como um método ideal de reconstrução, vários retalhos são usados para fornecer uma alternativa versátil e segura. Dessa forma, esse estudo mostra um caso de tratamento cirúrgico de CEC que foi utilizada uma técnica de retalho inovadora para a reconstrução de lesão da face.</p> <p>RELATO DE CASO: C.S. 87 anos Paciente com histórico de exposição solar crônica laboral Sem devidos cuidados de proteção a respeito de prevenção para câncer de pele, apresenta lesão pele topografia temporal esquerda há cerca de 4 anos com crescimento progressivo, cerca de 6 cm macroscopicamente. Biópsia incisional = carcinoma espinocelular. Proposta excisão com reconstrução com retalho cutâneo romboide associado com retalho por avanço. Associação retalho romboide + retalho avanço = retalho em "X"</p> <p>DISCUSSÃO: As lesões de pele que mais causam preocupação para cirurgiões são as derivadas dos diversos tipos de tumores cutâneos. As incidências de lesões neoplásicas aumentaram nas últimas décadas e as técnicas de reconstrução tornaram-se mais críticas. Um grande desafio de excisão no rosto é a proximidade de estruturas vitais, como olhos, nariz, orelhas e boca. A necessidade de ampla excisão e reconstrução local deve ser cuidadosamente ponderada com considerações funcionais e estéticas. Dependendo do tipo de defeito de tecido mole na face pode ser reabilitado por meio de retalhos locais clássicos, seja por avanço, rotação ou transposição. Os retalhos romboídes são bem conhecidos e usados com frequência para cobrir defeitos criados por simples excisões. O fechamento requer a construção de uma aba igual em tamanho ao defeito devido ao empréstimo do tecido necessário de uma única região doadora do retalho adjacente limitada pelo potencial de contratura de tensão e músculo. Para um defeito maior ou defeito em uma parte especial da face, isso não é fácil de realizar. Por isso, no caso relatado foi necessário uma derivação do retalho de romboide juntamente com um retalho avanço criando um retalho em "X" para que fosse feito o fechamento após a excisão da lesão de CEC.</p>

PO 245-3	PO 246-3
<p>LESAO DE MOREL-LAVALLEE E O TRATAMENTO DE FERIDAS COMPLEXAS: UM RELATO DE CASO</p> <p>WANESSA FERNANDES VELOSO, SARA DE PAULA VASCONCELOS, VICTOR MANABU YANO, CINARA DE PAULA GUIMARÃES</p> <p><i>Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão de Morel-Lavallée (LML) decorre de traumatismo de partes moles devido aplicação súbita de forças de alta intensidade sobre determinada área corporal, separando a pele e tecido subcutâneo da fáscia muscular subjacente, um espaço virtual é criado e termina por ser preenchido por sangue, linfa e/ou tecido gorduroso necrosado, substrato para infecção. O presente estudo relata um caso de lesão de Morel-Lavallée com enfoque no uso de terapia por pressão negativa (TPN) no tratamento de feridas complexas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente LAR, feminino, 20 anos. Vítima de acidente automobilístico por capotamento, hemodinamicamente instável, com equimose em flanco direito e desvio de membro inferior ipsilateral, sem peritonite, FAST positivo. Laparotomia exploradora visualizou hematoma retroperitoneal em zona III, não expansível e não pulsátil, decidido não abordar. No intra-operatório, radiografias mostraram fratura do anel pélvico, sendo realizada fixação supra-acetabular. No pós-operatório, admitida em UTI, evoluiu com saída de secreção em sítio de inserção de fixadores em grande quantidade e com odor fétido, associada a febre, leucocitose com desvio à esquerda e linfopenia apesar de antibioticoterapia, constatando lesão de Morel-Lavallée infectada. No 12º dia de internação hospitalar (DIH), retirados os fixadores de pelve e feita incisão póstero-lateral em topografia de pelve direita para debridamento mecânico e irrigação da ferida, e realizada nova fixação externa supra-acetabular. Outras 11 abordagens para debridamento e lavagem da ferida entre o 12º e o 57º DIH retiraram a musculatura glútea, gerando ferida por toda região glútea até o terço proximal de coxa direita. Realizadas aproximadamente 10 sessões de TNP entre 58º e o 88º DIH, com boa evolução da ferida, mas ainda com biofilme e um tecido de granulação débil. No 61º DIH iniciou oxigenoterapia hiperbárica realizando 14 sessões. No 88º DIH substituiu-se o curativo sob pressão negativa comum por um que associa a pressão subatmosférica com a instilação de líquidos para fazer quebra de biofilme local, três sessões encerradas no 100º DIH. No 105º DIH foi realizado enxertia com material proveniente de coxa esquerda. No 118º DIH foi feito fechamento completo da ferida com boa recuperação.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico da LML é complexo e no momento da admissão pode passar despercebido. O tratamento faz-se através de desbridamento dos tecidos acometidos. A TNP acelera o processo de reparação por aumentar a perfusão local, promover controle de edema e do exudato, reduzir as dimensões da ferida, depuração bacteriana e por estímulo à formação de tecido de granulação e redução da resposta inflamatória local. Dessa forma, permite que a ferida esteja preparada para cobertura definitiva por meios cirúrgicos, seja retalhos ou enxertos. É imprescindível que cirurgiões identifiquem e tratem este tipo de moléstia de forma objetiva, acelerando o processo de reparo de feridas, diminuindo a morbimortalidade e os custos de internação hospitalar.</p>	<p>PNEUMOTORAX ABERTO EM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Georgia terra lustre di flora, heloisa mandolini silva, jaciene rocha nunes, mariana said moreira, bruna nalin tedesco, gilmar felisberto junior, luis gustavo figols rachella, vitor de oliveira lima</p> <p><i>FAMEMA - MARILIA - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Traumatismo torácico é uma causa importante de morbimortalidade, responsável por aproximadamente 25% dos óbitos decorrentes de traumas automobilísticos. O pneumotórax aberto é considerado uma lesão ameaçadora da vida e o tratamento geralmente é cirúrgico devido gravidade.</p> <p>RELATO DE CASO: WRSM, MASCULINO, 20 ANOS, DEU ENTRADA AO HOSPITAL DAS CLINICAS DE MARILIA, VIA SAMU, DEVIDO COLISÃO FRONTAL DE MOTO COM CAÇAMBA, EM VIA PÚBLICA COM FERIMENTO ABERTO EM REGIÃO DE HIPOCÔNDRIO DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE PULMÃO E DIAFRAGMA. DURANTE AVALIAÇÃO PACIENTE APRESENTAVA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, EUPNEICO, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM DROGAS VASOATIVAS, SENDO ENCAMINHADO PARA CENTRO CIRURGICO PARA ABDORDAGEM DE EMERGENCIA. DURANTE TORACOTOMIA, FOI VISUALIZADO LESÃO DE PAREDE NA ALTURA DO 8º ARCO COSTAL, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA, FRATURA DE ARCO COSTAL E EXPOSIÇÃO DE DIAFRAGMA, REALIZADO EXPLORAÇÃO DE CAVIDADE, SEM ACHADO DE LESÕES VISCERAIS E DIAFRAGMÁTICA, REPOSICIONADA CARTILAGEM FLUTUANTE E DO OITAVO ARCO COSTAL DIREITO COM VICRYL 0. E POSICIONADO DRENO TUBULAR 36 CONTRA ABERTURA, FIXADO E CONECTADO EM SELO DÁGUA. PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM QUEIXAS DE DOR E DISPNEIA, TENDO ALTA APÓS 5º PÓS OPERATÓRIO, COM RETIRADA DE DRENO DE TÓRAX. NO RETORNO AMBULATORIAL, PACIENTE MANTEVE SEM INTERCORRÊNCIAS, TENDO ALTA DO SEGUIMENTO 1 MÊS APÓS TRAUMA.</p> <p>DISCUSSÃO: Pneumotórax Aberto é consequente de grandes ferimentos da parede torácica, que pode prejudicar o equilíbrio das pressões intratorácica e atmosférica. Se a abertura da parede for maior que 2/3 do diâmetro da traqueia, a ventilação efetiva será prejudicada, porque o ar tende a passar pelo local de menor resistência, ou seja a lesão aberta. O tratamento temporário constitui-se no fechamento imediato da lesão através de um curativo estéril quadrangular que cubra toda a lesão, fixado com fita adesiva em 3 dos seus lados, reproduzindo assim uma válvula unidirecional. O tratamento definitivo é a toracotomia devido chance de lesão de áreas nobres com risco de insuficiência respiratória e óbito. No caso relatado acima, paciente apesar do trauma grave, o paciente não apresentou lesões graves extensas se mantendo estável em todo procedimento, sendo assim com desfecho favorável apesar do mecanismo do trauma</p>
<p>PO 247-1</p> <p>SINDROME DE FOURNIER EXTENSA COM TRATAMENTO POR CURATIVO A VACUO</p> <p>Patricia Freitas Ferreira, Karina Correa Ebrahim, Barbara Pereira De Lara, Barbara Anahy Bazzano, Murilo Tomiyoshi, Gustavo Kurachi, Doryane Maria dos Reis Lima, Ivan Roberto Bonotto Orso</p> <p><i>Centro Universitário FAG - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gangrena de Fournier é uma fasciite necrotizante sinérgica do períneo e parede abdominal, que tem origem no escroto e pênis (no homem) e vulva e virilha (na mulher). O processo inicialmente foi descrito como idiopático, mas atualmente sabe-se que se trata de grave afecção polimicrobiana de bactérias Gram-positivas, Gram-negativas e/ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistêmico importante e, eventualmente, morte.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente N.P.G., masculino de 70 anos, encaminhado de um serviço primário com evolução de cinco dias, por uma infecção de folículo piloso em região de bolsa escrotal, sendo drenada na origem com refia primária por sutura, evoluindo com progressão da infecção necrose para espaços subfasciais invadindo região escrotal, perianal, face lateral de abdome até a região subcostal à esquerda. Paciente apresentava instabilidade hemodinâmica. Após estabilização clínica, foi realizada cirurgia de desbridamento cirúrgico importante estendendo-se da região perianal até a transição tóraco-abdominal à esquerda, sem acometimento intra-abdominal. Após as primeiras 72 horas, em ambiente de tratamento intensivo e antibioticoterapia sistêmica, foi instalado curativo à vácuo com esponjas e sonda uretral adaptada na ferida operatória, sendo trocado a cada três dias, até a regressão completa das coleções e tecidos desvitalizados. Após a primeira troca de curativo, foi realizado desvio do trânsito intestinal por transversostomia. Após 27 dias de internamento, paciente foi submetido à enxerto de pele, com resolução completa do caso.</p> <p>DISCUSSÃO: O curativo à vácuo mostrou ser uma excelente alternativa em casos graves e extensos de fasciite necrosante.</p>	<p>PO 247-3</p> <p>Acidente de trabalho com evisceração</p> <p>Alberto Vilar Trindade, Gabriela Mendonça Vilar Trindade, João Paulo Meireles, Ana Carolina G Siqueira, Amanda Cristina Souza, Ana Luiza Alves Nicoletti</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os acidentes e mortes decorrentes da atividade laboral estão entre os grandes problemas de saúde pública no Brasil. O Ministério do Trabalho, através de programas de fiscalização de empresas e campanhas de conscientização dos empregadores e trabalhadores, tem exercido um papel importante no sentido de prevenir e diminuir o número destas graves ameaças à integridade física e à vida dos trabalhadores urbanos e rurais do país. No entanto, o ferimento abdominal com exposição de vísceras é uma raridade no tocante ao acidente de trabalho, sendo mais comuns aqueles provocados por arma branca ou arma de fogo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 35 anos, pedreiro, deu entrada no Pronto Socorro com exposição visceral abdominal após acidente de trabalho em obra de construção civil. Durante o trabalho com uma serra de mármore portátil, o paciente sentiu um tranco da máquina na peça de mármore que estava serrando, ocorrendo um choque da mesma com velocidade e força contra o seu abdome. Com o acidente, o paciente caiu no solo e observou que havia um corte profundo na região anterior do abdome com exposição de órgãos internos. O paciente foi imediatamente removido para o hospital e chegou lúcido, com sinais vitais preservados, discreto sangramento através de ferimento abdominal anterior que mostrava a exteriorização de alças de jejuno sem rotura aparente. Diante do diagnóstico, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora que constatou a lesão accidental da parede abdominal, evisceração de alças de jejuno sem rotura das mesmas e sem outras lesões intra-abdominais. Foi realizado o inventário da cavidade, hemostasia de sangramento superficial, lavagem e fechamento da cavidade abdominal. O paciente teve boa evolução no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Os acidentes de trabalho com lesão abdominal e evisceração são raros mas quando ocorrem têm um grande potencial de gravidade. Com a penetração da cavidade abdominal por objetos contundentes ou cortantes podem ocorrer lesões graves da própria cavidade e de vísceras ocas ou maciças. As lesões de vísceras parenquimatosas podem ocasionar perdas sanguíneas volumosas com instabilidade hemodinâmica e choque hemorrágico. A rotura de vísceras ocas provocam a liberação de secreções digestivas, bile, fezes e urina, que pode levar à instalação de peritonite grave. No caso aqui apresentado, o ferimento abdominal, apesar do potencial de gravidade, causou apenas uma lesão extensa da parede abdominal, sem lesão visceral da cavidade e sem sangramento de monta.</p>

PO 248-1	PO 248-3
<p>TRATAMENTO DE HERNIA VENTRAL COMPLEXA COM USO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO NO PRE-OPERATORIO E ABDOMINOPLASTIA: RELATO DE CASO.</p> <p>Gabriela Chaves Celino, Matheus de Sena Rocha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Existem diversos critérios para definir uma hérnia complexa, dentre eles o tamanho, localização, perda de domicílio importante, comorbidades, histórico e o cenário clínico no qual o paciente foi operado. A hernioplastia aberta é considerado um método eficaz para o reparo em casos com uma perda de domínio (PD) > 15-20% 1,2,3. Para estes quadros, a utilização do pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP) têm sido útil pelo fato de reduzir complicações pulmonares e a incidência de síndrome compartimental abdominal no pós-operatório, através da melhoria das condições pulmonares e aumento gradual da pressão intra-abdominal (PIA)4,5.</p> <p>RELATO DE CASO: I.S.N., feminino, 65 anos, IMC de 24,3 kg/m², admitida no serviço de cirurgia de parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Salvador - BA, apresentava hérnia incisional de linha média com perda de domicílio. A Tomografia de abdome (TCA) evidenciou anel herniário de 6,7 cm, volume do saco herniário (VSH) 1466,2 ml, volume da cavidade abdominal (VCA) 5346,43 ml e relação dos volumes (RV) de 27,4%. Seguindo o protocolo do grupo, foi submetida ao PPP com insuflação de ar ambiente programado para 14 dias. O volume final total foi de 18000mL, volume médio diário de 1285,71 ml, não sendo realizado por alguns dias em decorrência de dor abdominal intensa. A TCA no 7º dia evidenciava VCA de 7484,2 ml (aumento de 39%) e de 10.220,5 ml após o término (aumento de 91,16% do VCA). Realizou hernioplastia aberta com defeito intra-operatório de 6 x 8 cm, supra-púbico, com necessidade uso da separação de componentes anterior (TSC), para possibilitar fechamento sem tensão, e fixação onlay de tela de polipropileno e abdominoplastia. A paciente evoluiu sem complicações e obteve alta no 3º PO.</p> <p>DISCUSSÃO: Ainda não há consenso sobre as indicações e a melhor forma do uso do PPP. Parece que a RV > 20% está associado a riscos e a maioria dos serviços utilizam a RV > 20-25% para sua indicação. Quanto ao tempo, a dose e o tipo de gás utilizado, pode-se usar ar ambiente ou CO2, aplicados a partir de cateter intra-abdominais com punção diária ou fixos, e a dose varia de 100 a 2000 ml dia, tendo como referência o VSH ou tolerância do paciente. Diversos estudos mostram aumento progressivo e satisfatório do VCA, redução completa do conteúdo herniário, na maioria dos casos, melhora dos parâmetros espirométricos e pulmonares e baixa morbi-mortalidade (< 10%). O caso acima citado relata a aplicação da técnica de PPP em consonância com a literatura, com resultados satisfatórios e seguros. Porém, pela falta de estudos com melhor nível de evidência e baixo número de pacientes, não há um consenso e protocolo bem estabelecido sobre a melhor forma de utilização do método.</p>	<p>Rafia de miocárdio por lesão por arma branca – Relato de caso</p> <p>MATHEUS RANGEL DOS SANTOS, BRUNO VAZ DE MELO</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões cardíacas são um constante desafio ao cirurgião, seja diagnóstico e terapêutico. A sua pouca frequência na maioria de centros leva à uma dificuldade de treinamento. A apresentação de casos são importantes para essa discussão estar sempre presente.</p> <p>RELATO DE CASO: LC, 33 anos, sexo feminino, deu entrada com ferimento por arma branca em região precordial, aparentemente superficial. Ao exame: A- Vias aéreas pervias; B- MVUA s/ RA, Sat 98%; C- Hemodinamicamente estável, PA 100x60, FC 98bpm, abdome e pelve sem alterações; D- ECG 15 e cooperativa; E- Lesão perfuro contusa em região precordial. Realizado solicitação de exames, ATT + Kefazol, Radiografia de tórax, monitorização e FAST (o qual não evidenciou líquido em janela pericárdica). Cerca de 1 hora após admissão, paciente evoluiu com hipotensão, Sat 97% em AA. Na ausência de Tomografia Computadorizada, opta-se por Cirurgia. Técnica: Realizada toracotomia exploradora anterior esquerda, quando se evidenciou grande hematoma sobre VD, sem sangramento ativo. Exploração do hematoma evidenciou lesão de aproximadamente 3 cm em VD. Realizado rafia da lesão com pontos separados vicryl 2-0 Drenagem torácica anterior e posterior com tubular n 34 Evolução: Paciente foi admitida em UTI, em ventilação mecânica, sedada e com aminas em dose baixa (2ml/h nora) drenos com débito de 150ml em 1DPO de aspecto sero hemático e oscilante. Dentro de 7 dias, paciente já se encontrava em AA, estável hemodinamicamente sem vasostáticos e sem drenos torácicos. Alta no 10 dia de pós-operatório, após realização de Ecografia de controle que foi normal</p> <p>DISCUSSÃO: O caso descrito reflete a importância das perfurações por arma branca em Unidades de Pronto Atendimento ao Trauma e a necessidade de avaliações continuadas do paciente, sendo o trauma uma entidade de evolução rápida e capciosa. Algumas lesões não se fazem clara no diagnóstico, como nesse caso, e podem retardar o tratamento. A cardiografia é o procedimento mais utilizados, mesmo em lesões como nesse caso de cerca de 3 cm e com bons resultados.</p>
<p>PO 249-1</p> <p>TUMOR DESMOIDE COM COMPROMETIMENTO VASCULAR</p> <p>Franciele Pereira Madeira, Leonardo Lanes da Silveira, Lucas Feijó Pereira, José Antônio Razia, Pedro Guido Sartori</p> <p><i>Hospital Universitário de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor desmoide é originado de fibroblastos de tecidos músculo-aponeuróticos, não capsulado, causando dor e deformidade em órgãos adjacentes. Corresponde a 0,03% das neoplasias e menos de 3% dos tumores de tecidos moles; com recorrência de até 77% ao ano. A forma esporádica é mais comum em mulheres no menacme, e regressão espontânea após menopausa ou ooforectomia sugere relação com estrogênio. Por ser infiltrativo, o principal diagnóstico diferencial é o fibrossarcoma. É difícil definir o tratamento ideal por ser patologia rara, com poucas publicações consistentes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 21 anos, com massa em fossa ilíaca direita há 4 anos; de aumento progressivo; com dor local e em região lombar direita; com piora ao deambular e durante a menstruação; edema em MID há 2 anos e claudicação intermitente. Ao exame, massa fibrolástica dolorosa fixa, à 4cm da espinha ilíaca. Panturrilha empastada, com edema pré-tibial inelástico, indolor, cacofo 2+/4+. TC de abdome com lesão infiltrativa de limites mal definidos na parede abdominal inferior direita, densidade de partes moles e realce após contraste, medindo 4x3cm, com invasão do m. reto abdominal, causando impressão na v. ilíaca externa. O ecodoppler venoso demonstrou congestão venosa distal e oclusão da v. femoral comum por trombos hipocogênicos. RNM de pelve evidencia profundamente à transição dos mm. oblíquos e reto abdominal direitos, junto ao ligamento inguinal, imagem alongada heterogênea em hipossinal T1 e heterogênea em T2, com restrição à difusão e realce irregular, de 10,5x4x3cm, indefinindo a v. ilíaca ipsilateral e envolvendo 2/3 da circunferência da a. ilíaca na transição com a femoral. Edema da raiz da coxa e mínima quantidade de líquido livre na pelve. À biópsia, lesão mesenquimal constituída por células brandas, baixíssimo índice mitótico e sem evidência de necrose, apresentando proliferação de origem miofibroblástica, sugerindo sarcoma de baixo grau. Além da anticoagulação, foi ressecada lesão em bloco com linfadenectomia e ligadura das vv. femoral e ilíaca externa direitos. Anátomopatológico evidenciou fibromatose de tipo desmoide; com células alongadas; sem atipias, mitose ou necrose; com microagregados de linfócitos e focos hemorrágicos; infiltrando m. esquelético, tecido adiposo, parede dos vasos, hipoderme, sem infiltrar a derme. Linfonodos reacionais. Citopatológico do líquido peritoneal negativo para neoplasia. Na última consulta com 20 dias pós-operatório, a paciente encontrava-se assintomática, sendo encaminhada à oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor desmoide possui alto grau de invasão local, podendo complicar, por exemplo, com hidronefrose, obstrução intestinal, peritonite e compressão venosa, como no relato. A cirurgia deve ser realizada quando não houver acometimento de estruturas vitais. Caso não seja possível, pode-se optar por terapia conservadora com anti-inflamatório não-hormonal e modulador dos receptores de estrogênio (tamoxifeno). Quimioterapia e radioterapia são controversas.</p>	<p>PO 251-1</p> <p>HERNIORRAFIA POR HERNIA LOMBAR DE GRYNFELT: RELATO DE CASO.</p> <p>Maria Lavínia Brandão Santiago, Guilherme Costa Farias, Teresa Amélia da Silva Oliveira, Lucas Pacheco Vital Calazans, Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Antonio Lopes Muritiba Neto</p> <p><i>Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias lombares constituem uma falha da parede abdominal pósterolateral que tem como consequência a passagem forçada de órgãos intra ou extraperitoneais para espaços que antes não deveriam ser ocupados por estes. São divididas em superior (hérnia de Grynfelt) e inferior (Hérnia de Petit). Esse tipo de herniação não é muito comum – representa cerca de 1,5 a 2% das hérnias de parede abdominal, havendo apenas cerca de 300 casos na literatura médica inglesa - e ocorre geralmente quando há uma ruptura dos folhetos da fásia transversal ou das fibras do músculo transverso do abdome, o que pode ocorrer de forma congênita ou adquirida (por trauma ou cirurgias prévias). Neste trabalho relatamos um caso de uma paciente que foi diagnosticada com uma hérnia lombar.</p> <p>RELATO DE CASO: M.J.S, 59 anos, sexo feminino, deu entrada em um hospital privado na cidade de Maceió-AL apresentando tumefação importante associada a dor em caráter de aperto em região lombar à esquerda com piora progressiva há um ano. Foi realizada uma Ressonância Magnética contrastada de abdome total que revelou uma massa em região lombar superior esquerda com descontinuidade músculo aponeurótica, medindo cerca de 1,3 x 1,2 cm. Solicitou-se então uma Ultrassonografia da região, que confirmou a hipótese de herniação de parede abdominal - hérnia de trígono superior da região lombar esquerda (hérnia de Grynfelt). Programou-se a cirurgia videolaparoscópica para correção da hérnia associada a uma colecistectomia devido à colelitíase que a paciente apresentava associada ao quadro – ao decorrer do procedimento da herniorrafia, foi necessária a conversão para a via aberta. O saco herniário foi ressecado e encaminhado ao histopatológico com conclusão de fragmento adiposo, medindo 4,0 x 3,0 x 2,7 cm. Após ressecção, foi realizado o reparo da falha aponeurótica com posterior fixação de tela multifilamentar parcialmente absorvível composta de Poliglecaprona 25 (Monocryl) e Polipropileno, de modo a evitar recidivas. A paciente evoluiu bem, com boa aceitação da dieta, recebendo alta no 2º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A maior parte das hérnias lombares espontâneas se apresenta de forma unilateral. Existem locais de fragilidade nas áreas correspondentes ao triângulo lombar superior e ao triângulo lombar inferior, e isto contribui para o surgimento desse tipo de herniação. Clinicamente o paciente pode apresentar abaulamentos na região posterior do abdome – podem desaparecer ao decúbito ventral – associado a um quadro de dor lombar, náuseas, vômitos e cólicas abdominais. A Tomografia Computadorizada é o método mais empregado para diagnóstico, porém outros métodos de imagem podem ser utilizados. A cirurgia apresenta-se como único tratamento disponível, e deve ser realizada o mais precoce possível. Este relato contribui com a ampliação dos conhecimentos acerca das hérnias lombares, que, mesmo sendo incomuns, deve-se sempre levantar a suspeita como hipótese diagnóstica, bem como intervir da forma mais eficaz.</p>

PO 253-1	PO 254-1
<p>HEMATOMA ESPONTANEO EM PAREDE ABDOMINAL APOS EPISODIO DE TOSSE: UM RELATO DE CASO</p> <p>CAIO TELES BATISTA, CLARA RORIZ DE AMORIM, JULIA BORGES RAMOS, LETICIA CRISTINA OLIVEIRA DIAS, LETICIA FIGUEIREDO E SOUZA DE TOLEDO, VITOR RODRIGUES GUIMARAES, PATRICIA BRITO DE ALMEIDA BORGES, JESSICA SOUZA FERRO</p> <p><i>FACIPLAC - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hematomas espontâneos são causas raras de dor abdominal, torácica ou em flanco de forma aguda. A tosse é uma resposta fisiológica que protege as vias aéreas do acúmulo de secreções e corpos estranhos. A lesão da vascularização ou musculatura intercostal devido a um ataque de tosse é rara. Etiologias de hemorragia intercostal incluem: trauma penetrante, lesão iatrogênica e ruptura de aneurisma. A lesão espontânea da artéria intercostal também pode ocorrer na neurofibromatose tipo 1 e na coarctação aórtica. As lesões vasculares intercostais são mais frequentes entre o quinto e o décimo espaço. A fisiopatologia lesional pode ser explicada pelas mudanças súbitas na pressão intrapleural durante a tosse. Os autores apresentam um caso de hematoma espontâneo de parede abdominal após quadro de tosse.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 44 anos, procurou pronto socorro do Hospital Regional do Gama com relato de dor em região toracoabdominal a direita, que irradiava para flanco direito, piora à movimentação, melhora parcial após analgesia e presença de extensa equimose em região de flanco direito. Relato quadro de início súbito após episódio de tosse há 5 dias. Negou comorbidades, uso de medicações contínuas e trauma recente. Ao exame físico, apresentava-se estável hemodinamicamente, ausculta respiratória e cardiológica sem alterações, dor a palpação de hipocôndrio e flanco direito, sem sinais de irritação abdominal e presença de extensa equimose em flanco a direita. Exames laboratoriais: Hemácias 5,17; Hemoglobina 14,4; Hematócrito 45,9%; Plaquetas 185x 10³; Neutrófilos 82%; Eosinófilos 0,2%; Linfócitos 15,1%; Amilase: 40 U/l; Tempo de Protrombina: 12,5 seg; TTPa: 24 seg. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome com contraste que visualizou coleção levemente hiperatenuante adjacente à transição costovertebral do décimo espaço intercostal direito, medindo 60 x 27 x 28 mm, com extensa hiperatenuação dos planos adiposos subcutâneos e perimusculares da parede abdominal ipsilateral. Diante da estabilidade hemodinâmica do paciente seguiu-se em conduta conservadora, sendo sugerido acompanhamento clínico e tomográfico.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso indica que mesmo uma leve força física como a tosse pode levar à lesão de estruturas intercostais. Embora seja raro, a lesão da artéria intercostal deve ser considerada quando os pacientes se queixam de dor toracoabdominal inexplicável após tosse forte ou espirro pois ela pode levar a choque hemorrágico. O diagnóstico e tratamento rápido são fundamentais para o resultado bem-sucedido. A TC é uma ferramenta diagnóstica útil para o diagnóstico diferencial em pacientes com suspeita de hematoma espontâneo. A angiografia pode localizar o ponto de sangramento. O hematoma espontâneo pode ser tratado conservadoramente, com o monitoramento rigoroso da estabilidade hemodinâmica do paciente. A progressão do hematoma e a instabilidade hemodinâmica levam a tratamento endovascular ou cirúrgico, como a embolização seletiva radioguiada ou toracotomia.</p>	<p>PO 254-1</p> <p>USO DA TECNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES ASSOCIADA AO PNEUMOPERITONIO PROGRESSIVO PRE-OPERATORIO NA CORREÇÃO DE HERNIA INCISIONAL COMPLEXA COM PERDA DE DOMICILIO.</p> <p>Matheus de Sena Rocha, Gabriela Chaves Celino, Leonardo Araújo Carneiro da Cunha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A correção das hérnias incisionais com grandes defeitos (HIG) constitui um desafio da prática cirúrgica. Pode surgir em até 13% após uma laparotomia e seu tratamento apresenta alto índice de complicações respiratórias e cardiovasculares. A HIG está associada a idade avançada, obesidade, DM, tabagismo, dentre outros. As técnicas de separação de componentes (TSC) têm sido utilizadas com bons resultados e, quando há perda de domicílio (PD) significativo, pode ser associada ao uso do pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP), de forma segura e eficaz.</p> <p>RELATO DE CASO: MLSS, 74 anos, feminino, IMC 30,7, apresentava hérnia incisional de linha média, recidivada há 2 anos. Atendida pelo grupo de parede abdominal do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Salvador/BA, apresentava hérnia de linha média com PD. Tomografia Computadorizada (TC) com defeito 10,4 cm e Relação de Volumes (RV) de 32%. Seguindo o protocolo do serviço, usou-se o PPP pois tinha RV > 25%. Foi submetida à implantação de cateter intra-abdominal por laparoscopia e programado insuflação diária de 2000 ml de ar ambiente para 14 dias. O volume total foi de 15.000 ml, volume médio de 1230 ml/dia em 11 dias (apresentou enfisema subcutâneo e dispnéia entre D5 e D7). TC de controle no D14 evidenciou redução de 90% do conteúdo herniado e aumento da CA em aproximadamente 30%. Após término, foi submetida a correção da hérnia com a TSC anterior, pela técnica de Ramirez modificada, com tela de polipropileno. Recebeu alta no 3º DPO e 18º DIH. Evoluiu sem complicações e em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A TSC é indicada na correção de grandes defeitos, recidivas por outros métodos ou impossibilidade de fechamento sem tensão. Dentre as vantagens da técnica tem-se o grande avanço de retalhos músculo-faciais e a preservação da função fisiológica da parede abdominal. As taxas de complicações da ferida podem chegar a 30% e a recidiva varia de 5 a 10%. Em um estudo comparativo entre TSC anterior versus TSC posterior, a separação de componente posterior (SCP) obteve taxas equivalentes de fechamento e recorrência menor (14,3% vs. 3,6%, P = 0,09) com menos complicações da ferida (48,2% vs. 25,5%, P = 0,01). O PPP pode ser utilizado em associação à TSC com o intuito de permitir a reintrodução do conteúdo herniado, aumentar o volume da cavidade abdominal e restabelecer a função diafragmática no pré-operatório, reduzindo o risco de síndrome compartimental abdominal e insuficiência respiratória. A quantidade de gás aplicado vai de acordo com a capacidade respiratória e tolerância do paciente. Existem diversos protocolos e formas de realiza-los, diariamente ou intermitente, por 2 a 3 semanas. No entanto, ainda não há consenso sobre o seu uso, tempo, tipo e quantidade de gás utilizado. Este relato mostra a possibilidade de associação de duas técnicas bastante difundidas na literatura, de forma segura e com resultados satisfatórios, apesar da ausência de estudos com nível de evidência suficiente para melhor definição das mesmas.</p>
<p>PO 256-1</p> <p>OSSIFICAÇÃO DE FERIDA OPERATORIA APOS CIRURGIA ABDOMINAL: SERIE DE CASOS</p> <p>Julia Tonietto Porto, Walter Praetzel Porto, Lucas Pastori Steffen, Pedro Henrique Dall Agnol, Laetitia Trindade, Felix Kalichi Castilho, Matheus Barbieri</p> <p><i>ULBRA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ossificação heterotópica é a formação óssea em tecidos moles. É reconhecida como uma rara complicação geralmente associada a cirurgias ortopédicas, lesões medulares, traumatismos crânio encefálicos e queimaduras. A conversão de células progenitoras em células precursoras de osteogênese é mediada por meio de interações com o tecido local, alterações de pH e estímulos mecânicos, além de uma resposta inflamatória prolongada anormal à danos. A excisão cirúrgica da ossificação é o tratamento mais efetivo. A etiologia deve ser considerada para definir quando intervir, uma vez que a maturação óssea completa difere dependendo da origem do tecido.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1, A.R., masculino, 70 anos, realizou gastrectomia parcial em 2013 para retirada de neoplasia. No ano de 2015, iniciou com dor na metade superior da ferida operatória de incisão mediana. Foi submetido à laparotomia exploradora, onde foi verificado tecido pardo claro medindo 8,8x2,0x1,0 cm fixado em parede abdominal. Em estudo histopatológico, foi evidenciada formação de ossificação na parede abdominal. Caso 2: Z. C., feminino, 64 anos, submetida à colectomia parcial com anastomose primária em setembro de 2015 por tumor. Apresentou dor no local da cicatriz cirúrgica e sensação de fincada local e evoluiu infecção abdominal e abscesso intra-cavitário tardio, sendo reintervida. Na macroscopia foi observado tecido acinzentado medindo 2,0x2,0 cm. Ao estudo histopatológico, fibrose e ossificação do local.</p> <p>DISCUSSÃO: A formação de ossificação heterotópica por si só já representa uma patologia rara. Dentre a parcela de pacientes que apresentam essa anomalia, poucos são evidenciados após cirurgias abdominais sem correlação com traumas ou intervenções ortopédicas como nos casos apresentados. O reconhecimento e diagnóstico imediato, assim como estratégias de manejo são essenciais para tratar as deficiências atribuídas ao processo dessa doença. Diretrizes atuais já reconhecem antiinflamatórios não esteroides e radiação como possíveis formas de profilaxia, assim como a abordagem cirúrgica para o tratamento definitivo, mas ainda são poucos os estudos sobre o assunto.</p>	<p>PO 258-1</p> <p>DEISCENCIA DE SUTURAS DE PAREDE ABDOMINAL APOS RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO INTESTINAL – RELATO DE CASO</p> <p>CAROLINA FALCAO LOPES MOURAO, BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, DIEGO CARVALHO MACIEL, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, FRANCIELLE GARIBALDI JACKSON SILVA, ANA CELIA DINIZ CABRAL BARBOSA ROMEO, BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A deiscência de ferida operatória é caracterizada pela perda parcial ou total da integridade das suturas das camadas teciduais. Trata-se de uma complicação grave do processo de cicatrização, sendo o acometimento abdominal o local de maior ocorrência. Fatores de risco mecânicos e comorbidades clínicas estão entre os principais envolvidos de forma sinérgica na perda da continuidade tecidual.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 69 anos, previamente hipertenso, tabagista ativo 30 maços/ano, refere que realizou colostomia a Hartmann em fevereiro de 2017 devido a quadro de abdome agudo perfurativo por corpo estranho. Evoluiu no pós-operatório imediato com infecção de ferida operatória, necessitando de reabordagem. Paciente comparece ao internamento após 6 meses da última reabordagem para realização de reconstrução de trânsito intestinal. Ao exame físico apresenta presença de cicatriz cirúrgica mediana e colostomia. Realizou colonoscopia em novembro de 2017 cujo laudo evidenciou reto amplo, válvulas delgadas, mucosa hiperemiada, friável ao toque do aparelho, com distensibilidade normal. Através da colostomia foram evidenciados cólons descendente, transverso e ascendente com calibre, mucosa e vascularização da submucosa normais, ceco, óstio apendicular e válvula ileocecal de aspecto normal e proctocolite por desuso. Realizada reconstrução do trânsito intestinal em dezembro de 2018 com sucesso. Paciente evoluiu 10 dias após a última intervenção cirúrgica com quadro de dor abdominal e vômitos, sendo constatada evisceração. Realizada ressutura de parede abdominal com colocação de tela em novembro de 2018. Evoluiu com deiscência de sutura com exposição de tela no 5º dia de pós operatório, apresentando secreção purulenta com odor fétido, optado por retirada de tela de aponeurose em ferida mediana (04/12/18), iniciado antibioticoterapia. Paciente recebe alta com faixa abdominal.</p> <p>DISCUSSÃO: A deiscência de suturas de parede abdominal é uma complicação do pós-operatório cuja incidência varia entre 0,5 a 3% de acordo com a literatura. É considerada uma causa de urgência cirúrgica. Diversos fatores estão implicados para a sua ocorrência como idade acima de 65 anos, sexo masculino, desnutrição, tabagismo, hipoalbuminemia, anemia, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, e neoplasias. Entre os fatores mecânicos locais destacam-se o fechamento inadequado da parede, cicatrização deficiente e o aumento da pressão intra-abdominal. O relato de caso faz referência à literatura revisada, evidenciando os sinais e sintomas clínicos que podem sugerir tal acometimento, como presença de febre, vômitos, dor e distensão abdominal. A evisceração pode ocorrer dentro dos 14 dias após a realização do procedimento cirúrgico abdominal e resulta na falência total do processo de cicatrização local.</p>

PO 259-1	PO 260-1
<p>HERNIA INTERNA: RELATO DE CASO</p> <p>ANGÉLICA SOUZA DUARTE, CAROLINE DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, SILAS FERNANDES CUNHA JUNIOR, ELLEN CRISTINE PACHECO RAMOS, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, JOAO PAULO SANTOS, VITOR VINICIUS QUEROZ DE SOUSA</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias internas são definidas pela protusão de uma víscera através de uma abertura normal ou anormal no peritônio ou mesentério. Sua incidência é menor que 1% do dos casos de obstrução intestinal mecânica. A importância de tal assunto, do ponto de vista acadêmico, surge ao ver estudos na literatura de mortalidade maior que 50% quando essa afecção se apresenta com estrangulamento.</p> <p>RELATO DE CASO: C.M.B., 70 anos, feminino, foi admitida pela Clínica Médica há 4 meses com quadro de crise hipertensiva grave, associada a náuseas, vômitos e hiporexia. Iniciou-se tratamento para encefalopatia hipertensiva com Nipride e, posteriormente, com anti-hipertensivos orais. Na admissão paciente apresentava Cr de 4,7 e Ur de 128, evoluindo com redução da diurese, necessitando de Terapia Renal Substitutiva. Durante a internação, apresentou quadro de semi-oclusão intestinal com episódios de vômitos fecalóides, sendo passada sonda nasogástrica para melhora clínica. Evoluindo com quadro de sonolência e confusão, estável hemodinamicamente, necessitando de O2 suplementar. Referiu persistência de dor abdominal e vômitos com parada de evacuação e flatos há vários dias, sendo tomadas medidas iniciais de suspensão de anti-hipertensivos e protetor gástrico dobrada. Ao exame físico paciente hipocorada (2+/4+), desidratada (+/4+), desorientada em tempo e espaço, abdome distendido, hipertimpânico, RHA+ metálico bastante reduzido, doloroso a palpação de baixo ventre e FIE. Ao exame de TC de abdome com contraste prévio, distensão de alças de delgado, sobretudo do segmento jejunal até o nível da pelve tendo os segmentos ileais calibre preservado, moderada ascite. Diante da não melhora clínica a conduta foi: uma laparotomia exploradora, que evidenciou grande distensão de alças de delgado e cólon com aderências entre alças, presença de hérnia interna, omento espessado e grande quantidade de líquido ascítico na cavidade. Procederam com liberação de aderências entre alças, correção da hérnia interna com retirada de alça no interior do mesocólon. Após foi encaminhada a UTI para suporte clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias internas abdominais são situações raras causadas por defeitos congênitos do mesentério ou desenvolvimento embriológico anômalo incluindo a má rotação abdominal. Há diversos tipos de hérnias, com incidências diferentes na população. O diagnóstico dessa moléstia é importante para evitar lesões intestinais como a isquemia e a necrose. A radiologia simples auxilia, mas é a TC com contraste que permite um diagnóstico anatômico preciso, assim como ajuda na identificação de complicações agudas e planejamento terapêutico dessa afecção. A cirurgia pode ser aberta ou por via laparoscópica, porém diversos relatos tem mostrado o sucesso da via laparoscópica quando comparada à cirurgia convencional. Dessa forma, é importante incluir a hérnia interna como uma hipótese diagnóstica em pacientes com quadro de sub-oclusão intestinal de longa data sem alterações claramente vistas no exame físico ou complementar.</p>	<p>HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA</p> <p>Frederico Henrique Vila Santos, Ícaro Ferreira da Silva Ferreira, Flávio da Costa Cabral, Mannuella Kateb Lemos Pereira Silva, Natália Silveira Campos</p> <p><i>UNIME – União Metropolitana de Educação e Cultura - Lauro de Freitas - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nesse estudo, os autores buscam descrever o procedimento de herniorrafia inguinal unilateral à direita por via videolaparoscópica (VLC) e avaliar a qualidade do período pós-operatório do paciente em questão e os benefícios da utilização da técnica de VLC. Hérnias são mais prevalentes em homens do que em mulheres (8:1) e as inguinais são as mais prevalentes dentre os demais tipos; dentre estas, a indireta é o tipo mais comum, no qual o saco herniário protunde-se pelo anel inguinal interno, sendo este o local de saída do cordão espermático (homens) e do ligamento redondo (mulheres) do abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: No caso, trata-se de um paciente do sexo masculino, 31 anos, o qual referiu que há cerca de um ano sentiu dores abdominais, na região do epigástrico e que irradiavam para a fossa ilíaca direita, de intensidade moderada, com caráter em pontada, associando o esforço de levantar peso e repouso como fatores de piora e melhora bem definidos, respectivamente. Durante esse período, procurou ajuda médica e foi diagnosticado clinicamente como portador de hérnia inguinal indireta à direita, sem necessidade de tratamento imediato. Fez uso de cetoprofeno por duas semanas para alívio das dores, e após esse período retornou às atividades laborativas e físicas sem sintomas. Há cerca de dois meses, voltou a sentir dores abdominais em fossa ilíaca direita em forte intensidade e com as mesmas características do primeiro episódio. Em novo atendimento médico, foi reiterado seu diagnóstico e foi solicitada uma ultrassonografia de abdome, que não revelou maiores alterações. Foi programada a cirurgia em caráter eletivo para o dia 29/01/2019. No ato cirúrgico, foi utilizada a tela laparoscópica Progr™ 16x12cm (Direita) no espaço pré-peritoneal para ocultar o orifício herniário. No pós-operatório, o paciente estava lúcido e orientado e negou febre, calafrios ou mal-estar. O paciente recebeu alta cerca de 24h após o procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: A importância do estudo baseia-se no fato de evidenciar os benefícios da técnica de VLC em detrimento das outras no procedimento de herniorrafia, como encurtar o período de internação pós-cirúrgica, menor índice de intercorrências e recidivas com a aplicação dessa técnica e também a possibilidade de retorno às atividades laborais e/ou físicas em um menor espaço de tempo.</p>
<p>PO 262-1</p> <p>HERNIA DE AMYAND: UM RELATO DE CASO</p> <p>Alana Meyer Arruda, Larissa Lara Galvão de Moraes, Felipe de Souza Bouret, Eduard Silva de Souza, Paula Oliveira Lucialdo Landim, Jair Gimenes Marra</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Descrita por Claudius Amyand no ano de 1786 após encontrar um apêndice cecal perfurado dentro de um saco herniário, a hérnia de Amyand desde então é definida pela presença de apendicite aguda em conteúdo herniário. Apresenta uma incidência rara aproximada de 0,13%, tendo um manejo desafiador, com manifestação clínica bastante variável e diagnóstico feito na maioria das vezes apenas no intraoperatório. O presente trabalho visa apresentar um caso incomum de Hérnia de Amyand.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, sem comorbidades prévias, é admitido em serviço de emergência com hérnia inguinal encarcerada à direita. Após coleta de exames laboratoriais, paciente é encaminhado imediatamente para cirurgia. Em campo cirúrgico, após abertura do canal inguinal, é encontrado espessamento e edema de todas as estruturas do cordão espermático. Após abertura do cordão, notou-se a existência de um abscesso importante e do apêndice vermiforme fixo dentro do saco herniário, com necrose da porção final. Foi realizada liberação e remoção do apêndice, que foi enviado para estudo anatomopatológico, realizada então ligadura dupla da sua base e consequente redução da base para a cavidade. O resultado da macroscopia patológica trouxe a comprovação de apendicite aguda purulenta, com peritonite aguda associada. Ao analisar o resultado dos exames laboratoriais, paciente apresentava leucocitose com desvio à esquerda importante. Paciente então permaneceu internado em esquemas de antibióticos (metronidazol e ciprofloxacino) endovenosos durante 3 dias, recebeu alta para uma hernioplastia eletiva em segundo tempo, com orientações para término do esquema por mais 4 dias em seu domicílio.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é extremamente raro, sendo, na maioria dos casos, realizado apenas durante a intervenção cirúrgica de urgência. A apresentação clínica predominante é de surgimento de abaulamento doloroso na região inguinal, podendo estar presentes dor abdominal e sinais de obstrução do intestino delgado. Embora a esmagadora maioria dos diagnósticos de hérnia de Amyand sejam feitos no intraoperatório durante a abordagem do saco herniário, alguns autores advogam o uso da tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste diante de quadros sugestivos de apendicite aguda em pacientes com abaulamento na região inguinal – haja visto o fato de ela ser o método de imagem “padrão ouro” para diagnóstico desta patologia. A apendicectomia através do saco herniário é o tratamento de escolha. As taxas de mortalidade variam entre 14-30%. Apesar de rara, a Hérnia de Amyand é um desafio diagnóstico e terapêutico para o cirurgião e a maioria das decisões continuará baseada no achado intraoperatório e na experiência acumulada pelos diferentes casos, implicando em diferentes taxas de mortalidade, infecção e recorrência.</p>	<p>PO 263-1</p> <p>HERNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO</p> <p>Alline Oliveira da Silva, Bruno Barros Brito, Thatiany da Silva Lima, Anderson Gustavo de Oliveira Nogueira, Hortência Garcia Nogueira, Helen Lima Gomes, Marcelo Protásio dos Santos, Leilane Barreto Ribeiro</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal, definida pela protusão de saco peritoneal, gordura pré-peritoneal ou órgãos através da aponeurose de Spiegel que é a região da aponeurose do músculo transverso abdominal, limitada pela linha semilunar lateralmente e a borda lateral do músculo reto abdominal medialmente. Como é uma entidade rara e apresenta-se de forma clínica incomum, seu diagnóstico é muitas vezes retardado devido ao tamanho normalmente reduzido do saco herniário. A ultrassonografia é o exame mais indicado para início de investigação diagnóstica e a tomografia computadorizada é a opção quando persiste dúvida ou existência de complicações como encarceramento e estrangulamento. Seu tratamento é fundamentalmente cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, apresentou queixa de dor abdominal com dois anos de evolução, localizada em região de flanco direito e agravada pelo movimento, esforço, deambulação e alimentação. Relatava ainda aumento de volume local aos esforços com regressão durante o repouso. Negava a presença de outras queixas. Ao exame apresentava abdome doloroso a palpação de flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos presentes. Foram solicitados exames pré-operatórios, dentre eles: laboratoriais, eletrocardiograma e TC de abdome, a qual confirmou a presença de Hérnia de Spiegel à direita, com defeito herniário de aproximadamente 3,0 cm de diâmetro com protusão abdominal contendo gordura mesentérica e alça delgada. A mesma foi submetida a tratamento cirúrgico por via laparoscópica com colocação de tela intraperitoneal. No intra-operatório confirmou-se a presença de epiplon como conteúdo herniário. O mesmo foi ressecado seguido de preparo do local para colocação da tela, a qual foi fixada com grampos. A paciente evoluiu no pós-operatório sem queixas e recebeu alta no 1º DPO, já com dieta livre via oral e manteve-se assintomática até a primeira consulta pós-operatória, realizada 14 dias após a cirurgia. Na consulta de avaliação 1 mês após a cirurgia a paciente encontrava-se assintomática e sem sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Spiegel é uma condição rara e de difícil diagnóstico, com prevalência de aproximadamente 1-2% de todas as hérnias de parede abdominal. Originada na linha semilunar, lateralmente ao músculo reto abdominal, acomete mais comumente o sexo feminino, a faixa etária maior de 40 anos e apresenta clínica mal definida. Na história clínica, o paciente pode apresentar náuseas, vômitos, dor abdominal e alteração do ritmo intestinal. Os principais métodos diagnósticos da hérnia de Spiegel são a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, devido à dificuldade de palpação do saco herniário ao exame físico. Seu tratamento é realizado através de reparo cirúrgico por via aberta ou laparoscópica, com preferência para este último, devido à menor chance de infecção e redução do tempo de internação hospitalar.</p>

<p style="text-align: center;">PO 266-1</p> <p>HERNIOPLASTIA INCISIONAL PELA TÉCNICA DO TRANSPALB COM USO DE TELA ON LAY - RELATO DE CASO</p> <p>JOÃO RICARDO CARVALHO DE MATOS, ANDRE GUIMARÃES CASTRO, FRANCO FERNANDES NETO, LUIZ SERGIO GROSSI FERREIRA, EDSON ANTONACCI JUNIOR, CAMILA MAGALHÃES COELHO, LUIZ ANTÔNIO ARAÚJO JÚNIOR, GABRIELLA VILASBOAS SILVA</p> <p><i>FUNAM - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia incisional ou eventração é a protusão do conteúdo abdominal através de uma fraqueza na parede abdominal, geralmente secundária a complicações cirúrgicas ou iatrogenia. É mais comum em incisões verticais, na linha mediana, região infraumbilical e após procedimentos ginecológicos ou obstétricos. Fatores que podem influir em seu aparecimento são: desnutrição, obesidade, diabetes, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica, gravidez e córtico/quimioterapia prévia. Afecções locais como infecção de ferida operatória e hematoma contribuem, também, para o aparecimento de tal morbidade. Inovando o tratamento cirúrgico das hérnias, o saco herniário foi melhor estudado, onde se mostrou rico em musculatura lisa e colágeno, podendo usado como opção de reforço durante as intervenções, com a vantagem de não acarretar reação do tipo corpo estranho e sem aumentar as taxas de complicações locais. Tais fatos levaram ao surgimento de técnicas cirúrgicas, como a transposição peritônio-aponeurótica de Lázaro da Silva modificada – TRANSPALB, que empregam saco herniário como meio de reforço, sobretudo, em procedimentos de hernioplastia incisional.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ,GFM, 57 anos, sexo feminino, admitida no dia 29/10/18 eletivamente para realização de cirurgia de hernioplastia devido a hérnia incisional. Descrição cirúrgica: 1 - paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia; 2 - antisepsia + colocação de campos estéreis; 3 – incisão mediana e dissecação por planos, ao inventário: identificado saco herniário de grande volume; 4 – realizada dissecação do saco herniário + redução do seu conteúdo; 5 – realizada reconstrução da parede abdominal utilizando a técnica de transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (TRANSPALB); 6 – realizada fixação de tela de Marlex com fio prolene 2.0 + colocação dreno de portovac com fixação do mesmo com nylon 2.0; 7 – fechamento da pele com nylon 3.0. Paciente evoluiu bem clinicamente após o ato cirúrgico e recebeu alta hospitalar no 2º dia de pós – operatório com dreno de portovac e retorno para nova avaliação em 07 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia incisional sempre foi motivo de preocupação entre os especialistas, principalmente pelo alto índice de recidivas e por suas complicações. Os pacientes com esta afecção podem ter a sua qualidade de vida extremamente deteriorada devido as alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas, muitas vezes excluindo – se dos ambientes de trabalho e social. O emprego do saco herniário vem sendo estudado apresentando poucas taxas recidiva e rejeição, e o advento do uso de próteses conseguiu reduzir de maneira significativa o índice de recorrências, se comparado à correção primária. A técnica do TRANSPALB com uso de tela on lay oferece uma ótima opção aos cirurgiões, é factível sem grandes recursos tecnológicos, podendo ser realizada em centros cirúrgicos modestos e por cirurgiões com curva de aprendizagem mediana.</p>	<p style="text-align: center;">PO 268-1</p> <p>PNEUMOPERITONEO PROGRESSIVO PRE-OPERATORIO NO MANEJO DE HERNIAS DE PAREDE ABDOMINAL COM PERDA DE DOMICILIO - RELATO DE CASO</p> <p>Julia Bianchi Brito, Raissa Resende Figueiredo, Paulo Roberto de Souza Aranha Junior, Lorena Paulinelli Bahia, Silvia Zenobio Nascimento, Rafael Calvão Barbutto</p> <p><i>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento de hérnias de parede abdominal com perda de domicílio exige um complexo preparo pré-operatório da equipe assistente no intuito de alinhar o estudo do defeito com o planejamento das etapas cirúrgicas para garantir melhores resultados. A técnica de insuflação progressiva do pneumoperitônio foi descrita nos anos de 1950 e tem sido usada em alguns serviços desde então com desfechos animadores no quesito funcionalidade e estética. O presente relato descreve a utilização do pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP) na correção de uma hérnia incisional infraumbilical gigante num serviço de referência em Cirurgia de Parede Abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: ZSC, 61 anos, IMC 38,2, em acompanhamento ambulatorial por hérnia incisional infraumbilical com perda de domicílio. Passado de histerectomia abdominal total há 14 anos, que evoluiu com volumosa hérnia sob cicatriz cirúrgica. Realizada tomografia computadorizada (TC) pré-operatória para estudo do volume herniário e avaliação da perda de domicílio abdominal. Verificada a indicação de PPP, um cateter foi inserido em posição intra-abdominal em quadrante inferior esquerdo de abdominal, guiado por ultrassonografia. A partir daí realizou-se a injeção de ar ambiente por 19 dias através de seringa de 60 mL. Ao término do PPP, nova TC foi realizada para avaliar a redução do conteúdo herniário e agendamento do procedimento cirúrgico. A hernioplastia foi realizada pela técnica de transposição aponeurótica com interposição de tela de polipropileno entre os folhetos de saco herniário e abdominoplastia para ressecção da pele excedente. Alta hospitalar no trigésimo dia de pós-operatório, após bom controle de intercorrências clínicas. Evoluiu com deiscência de ferida que foi manejada ambulatorialmente.</p> <p>DISCUSSÃO: Pneumoperitônio progressivo é empregado no preparo pré-operatório de correção de hérnias abdominais com perda de domicílio desde a década de 1950. A base racional para seu uso consiste na redução do conteúdo abdominal herniado pela pressão que o ar exerce na cavidade abdominal e na lise de aderências frouxas entre a parede e vísceras intestinais, facilitando a técnica operatória. Muitos pacientes com hérnia volumosa de parede abdominal apresentam como comorbidade obesidade, fator de risco para seromas e deiscência de ferida no pós-operatório. No entanto, em sua maioria, essas não acarretam prejuízo ao resultado final. Surge a necessidade de dados consistentes na literatura sobre a utilização do PPP, bem como registro de protocolos dos serviços que aplicam esta técnica no manejo de hérnias gigantes para que ocorra a difusão destes resultados e mais pacientes tenham acesso a possibilidade de correção cirúrgica de defeitos abdominais que podem ser tão complexos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 270-1</p> <p>HEMATOMA ESPONTANEO DE PAREDE ABDOMIAL: RELATO DE CASO</p> <p>MATEUS DE OLIVEIRA LOPES, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Lucas Duarte, Helder Teixeira Grossi</p> <p><i>UFRR - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hematoma espontâneo da parede abdominal é uma entidade rara, definida pelo acúmulo de sangue na bainha do reto abdominal. Este trabalho possui como objetivo relatar um caso de hematoma espontâneo de parede abdominal, ocorrido no Hospital Geral de Roraima (HGR). Este caso necessitou de abordagem cirúrgica, e devido a complexidade do caso, achou-se importante o relato do mesmo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.C.S, masculino, 66 anos, pardo, proveniente e natural de Boa Vista-RR, hipertenso e vasculopata com AVCi prévio, deu entrada no Pronto Atendimento Dr. Aíron Rocha com relato de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) e hipogástrico, acompanhada de náuseas e hiporexia há 24 horas da admissão. Relatava febre não aferida associada. Sem histórico de trauma prévio. Não fazia uso de anticoagulantes, nega histórico de coagulopatia. Ao exame físico do abdome os ruídos hidroaéreos estavam presentes, abdome flácido, depressível, doloroso em FIE, mas sem sinais de irritação peritoneal. Apresentava massa palpável em FIE e estendendo-se para o hipogastro. Possuía alterações laboratoriais dos glóbulos brancos 13.750, neutrófilos 85%, hemoglobina 10,7, creatinina 1,36, PCR 21 Tomografia revelou rins tópicos, porem apresentavam vários cálculos no seus grupamentos calcínicos. Havia presença de líquido livre no flanco esquerdo e na pelve. Bexiga hipodistendida e com espessamento parietal acompanhada de densificação difusa dos planos adiposos adjacentes à mesma. Identificou-se imagem hiperdensa espontaneamente, de contornos lobulados e sem realce evidente pelo meio de contraste, localizada na pelve e na parede abdominal inferior esquerda, medindo 7,4 cm x 9,4 cm nos maiores eixos axiais, associado à densificação dos planos adiposos pélvicos adjacentes e presença de líquido livre. Hipótese diagnóstica: hematoma de parede abdominal se amoldando aos recessos pélvicos. A ausência de histórico prévio de trauma sugere hematoma espontâneo. Foi abordado com drenagem cirúrgica de hematoma através de incisão infraumbilical de 3cm, realizando-se divulsão romba até a identificação do hematoma. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato e teve alta no 3º dia.</p> <p>DISCUSSÃO: O hematoma espontâneo da parede abdominal é uma entidade infrequente que corresponde ao acúmulo de sangue na bainha do reto abdominal por ruptura de vaso epigástrico ou da própria musculatura na ausência de trauma. Grandes hematomas podem alcançar índices de mortalidade global de até 4%, e em indivíduos com uso de terapia anticoagulante pode chegar até 25%. A manifestação clínica mais comum desses hematomas é a dor e/ou massa abdominal, febre e sinais de irritação peritoneal e ainda choque hipovolêmico. A confirmação diagnóstica é possível pela tomografia computadorizada de abdome. A abordagem cirúrgica está indicada para casos em que há presença de instabilidade hemodinâmica grave, refratariedade ao manejo conservador, dúvida diagnóstica e infecção da coleção.</p>	<p style="text-align: center;">PO 271-1</p> <p>TUBERCULOSE PERITONEAL EM PACIENTE HIV-POSITIVO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, JOÃO BATISTA NETO, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, MARCOS ALENCAR TAVARES, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, CAROLINE CARVALHO FERRO, IGOR DE LIMA RIBEIRO, REGINALDO MELO FILHO</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tuberculose peritoneal corresponde a cerca de 5% dos casos de tuberculose e pode ocorrer por reativação de TB pulmonar, disseminação hematogênica, infecção do intestino delgado ou por contiguidade. Um fator de risco para desenvolvimento de TB peritoneal é a infecção pelo vírus HIV. As manifestações clínicas mais comuns da TB abdominal são febre, dor abdominal e ascite. O diagnóstico pode ser suscitado através da história clínica e exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) que evidenciam linfonodomegalias, ascite e espessamento de peritônio, mesentério ou omento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 34 anos, feminino, portadora do vírus HIV há 9 anos. Foi admitida em Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) referindo quadro de tontura, fadiga em membros inferiores associada a dor abdominal difusa, perda de peso, anorexia e febre há cerca de 20 dias. Teste Tuberculínico positivo (13mm). TC demonstrou achados de coleções com paredes bem formadas e septações em raiz de mesentério, podendo corresponder a linfonodomegalias necróticas e linfonodos atípicos reacionais adjacentes. Devido à suspeita de tuberculose peritoneal foi realizada uma laparoscopia com biópsia. Sendo evidenciado presença de espessamento de peritônio visceral com lesões puntiformes esbranquiçada, linfonodomegalia em raiz mesentérica e pequena quantidade de líquido ascítico. Anátomo-patológico evidenciou intensa necrose com infiltrado inflamatório histiocitário, por vezes por linfócitos e células gigantes multinucleadas tipo Langhans. A coloração especial para pesquisa de BAAR foi positiva. Estabelecendo-se o diagnóstico de tuberculose peritoneal. O tratamento foi instituído e a paciente segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: M. tuberculosis pode disseminar-se e instalar-se em qualquer órgão, seja durante a primo-infecção ou depois desta, se houver diminuição da capacidade do hospedeiro em manter o bacilo nos seus sítios de implantação. A tuberculose peritoneal ocorre por reativação de focos quiescentes e acomete pacientes com insuficiência renal, portadores de cirrose hepática e indivíduos HIV-positivos. A história clínica apresenta-se com dor difusa e aumento do volume abdominal. A biópsia peritoneal guiada por laparoscopia permite o diagnóstico em mais de 95% dos pacientes. O aspecto macroscópico característico, que consiste na presença nódulos esbranquiçados aderidos ao peritônio visceral e parietal, apresenta correlação com achado de serosite granulomatosa com necrose caseosa ao exame histopatológico.</p>

<p style="text-align: center;">PO 272-1</p> <p>USO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EM PACIENTE APRESENTANDO HERNIA INCISIONAL GIGANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Déborah Menezes Abuchaim, Renato Abrantes Luna, Cecília Queiroz Favre</p> <p><i>Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais podem constituir um verdadeiro desafio para o cirurgião. Elas podem ocorrer em até 20% das cirurgias abdominais. As taxas de recorrência podem ser de 56%, 47% e 48% após o primeiro, segundo e terceiro reparo, respectivamente. Várias técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos na tentativa de permitir seu fechamento adequado, sem elevar a pressão intra-abdominal e visando a redução de recidivas. O uso de toxina botulínica tipo A (BTA), ao impedir as sinapses das moléculas de acetilcolina, promove paralisia flácida, atuando como um importante adjuvante no fechamento das grandes hérnias incisionais. Nós reportamos o caso de um paciente com hérnia incisional gigante, submetido a aplicação de BTA no pré-operatório seguido de correção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 49 anos, masculino, transplantado renal, portador de síndrome de Tourette grave, em uso crônico de corticoides, submetido a gastrectomia total em janeiro de 2018 evoluindo com volumosa hérnia incisional. Tomografia de abdome evidenciou afastamento aponeurótico de 15 cm e comprimento do compartimento lateral de 17 cm. Foi submetido a injeção de toxina botulínica tipo A guiado por Ultrassonografia segundo a técnica descrita por Ibarra-Hurtado. Após 4 semanas, novo estudo tomográfico apresentou redução do afastamento aponeurótico em 1 cm e aumento do comprimento do compartimento lateral em 1 cm. Paciente foi submetido a hernioplastia incisional com colocação de tela entre os músculos transverso abdominal e oblíquo interno associado a TAR, sem dificuldades de aproximação da parede abdominal. Evoluiu no pós-operatório sem complicações, com boa função da musculatura abdominal.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso da toxina botulínica como agente neuromodulador já é amplamente difundido nos últimos 40 anos e tem um grande número de aplicações e deiscência de espasticidade, disfunção vesical, ruínas, controle de dor, entre outros. Porém, o seu uso no pré-operatório das grandes hérnias incisionais veio a ser descrito apenas em 2009, por Ibarra-Hurtado et al. Neste mesmo ano, Elstner et al concluíram que a BTA tem como principais efeitos: (1) redução do conteúdo herniado; (2) minimização da tração lateral; (3) fechamento da parede sem tensão excessiva; (4) redução da recorrência e deiscência de feridas pelo seu efeito prolongado nas forças de tensão lateral por vários meses. Elstner et al e Ibarra-Hurtado et al encontraram redução da hérnia entre 5 e 8 cm, com relaxamento máximo da musculatura após cerca de 4 semanas. No caso em questão, o paciente apresenta Síndrome de Tourette, aumentando o risco de deiscência e recidiva pela tração lateral. O uso pré-operatório da BTA permitiu reduzir os efeitos causados pela síndrome com aproximação muscular sem tensão e mínima alteração estrutural. A injeção pré-operatória tem sido considerada uma técnica segura, e seus benefícios se mostram promissores no que diz respeito ao reparo das grandes hérnias incisionais.</p>	<p style="text-align: center;">PO 273-1</p> <p>TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA A ABDOMAGEM DE PACIENTES COM HERNIA INCISIONAL GIGANTE E PERDA DE DOMICÍLIO NA URGENCIA.</p> <p>Danny Cantos, Abel Murakami, Valdir Zamboni, Carlos Menegozzo, Marcelo Rocha, Celso Bernini, Claudio Birolini, Edivaldo Utiyama</p> <p><i>Hospital Das Clinicas SP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais gigantes com perda de domicílio representam um desafio terapêutico para os cirurgiões. Essa situação é ainda mais dramática no contexto da Emergência, em que os pacientes apresentam alguma complicação relacionada a hérnia, como encarceramento ou estrangulamento. Frequentemente os pacientes apresentam outras patologias abdominais de tratamento cirúrgico, como a colelitíase, associadas a hérnias incisionais de procedimentos prévios. O tratamento concomitante eletivo de ambas patologias é controverso. A correção simultânea da hérnia incisional pode acrescentar morbidade e tempo operatório. Entretanto, protelar o tratamento da hérnia resulta em risco aumentado de complicações precoces relacionadas à hérnia. O tratamento, seja ele eletivo ou de urgência, depende de um amplo conhecimento fisiopatológico e técnico do cirurgião, visando a redução de complicações pós-operatórias como a síndrome compartimental. Devem-se adotar técnicas cirúrgicas adequadas para uma síntese da parede abdominal sem tensão.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 45 anos, obesa grau 2 (IMC 39kg/m²), é admitida com queixa de dor e aumento do volume abdominal, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há 4 dias. Relata que o quadro se iniciou após uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva, convertida por dificuldade técnica. Refere tratamento de câncer de colo uterino há 10 anos com histerectomia e radioterapia. Posteriormente foi submetida a uma retossigmoidectomia à Hartmann devido a complicações relacionadas a retite actínica. Evoluiu com hérnia incisional, corrigida durante a reconstrução do trânsito intestinal em 2013. Diante da hipótese de obstrução intestinal, realizou uma tomografia de abdome que identificou (O QUE VIRAM?). Foi então submetida a laparotomia exploradora na qual se observou encarceramento do segmento ileocecal sem sinais de isquemia. O tratamento da hérnia incisional exigiu incisões relaxadora, viscerorredução (colectomia direita) e colocação de tela de polipropileno em ponte sobre o omento, objetivando uma síntese sem tensão. Durante o período intra operatório não houve monitorização da pia, porém não havia possibilidade de fechar o abdome primariamente. Sua evolução foi sem intercorrências no pós-operatório imediato, apresentou como complicação seroma e uma pequena deiscência da ferida operatória que fechou espontaneamente com curativos diários.</p> <p>DISCUSSÃO: O manejo de pacientes obesos com hérnia incisional gigante e perda de domicílio permanece um desafio ao cirurgião. A decisão de não operar a hérnia na ocasião de outro procedimento cirúrgico abdominal deve ser considerada com cuidado devido ao risco de complicações da hérnia. Principalmente em situações de urgência, há um elevado risco de complicações pós-operatórias, entre elas a síndrome compartimental abdominal. O tratamento envolve cuidados perioperatórios específicos e o emprego de uma técnica cirúrgica adequada.</p>
<p style="text-align: center;">PO 274-1</p> <p>TUBERCULOSE PERITONEAL SIMULANDO CARCINOMATOSE PERITONEAL</p> <p>Diego Figueiredo Melara, Daniela Marin Machado Silveira, Alexantre Branquinho Coelho, Felipe Rodrigues Braz, Jackeline Ribeiro Oliveira Guidoux, Gustavo Nader Guidoux</p> <p><i>IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é uma causa comum de inflamação das serosas e, em particular, a peritonite tuberculosa é causa importante de ascite em países em desenvolvimento. O principal sítio acometido é o pulmão, sendo o trato gastrointestinal o sexto sítio extra-pulmonar de infecção pelo Mycobacterium tuberculosis. A TB peritoneal é uma forma rara de TB extra-pulmonar. A TB peritoneal comumente se desenvolve a partir da reativação de focos latentes no peritônio, e raramente por disseminação transmurar ou contiguidade com a cavidade peritoneal. Pode ser dividida em três tipos: "úmida", com ascite livre ou loculada; "seca", com nódulos caseosos e brose peritoneal; e brótica, com agrupamento de alças, massas omentais e aderências. O diagnóstico da doença é um desafio, visto que pode ter características clínicas inespecíficas e mimetizar outras patologias abdominais. Além disso, isolar a micobactéria no líquido ascítico é difícil, sendo muitas vezes necessária uma laparoscopia diagnóstica com biópsia para sua confirmação. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de TB peritoneal que simulou carcinomatose peritoneal difusa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 62 anos, com queixa de dor abdominal difusa, há 2 dias. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, descorada, eupnéica, acianótica, anictérica e febril (37,5°C), com abdome globoso, distendido e doloroso difusamente, sem massas palpáveis ou circulação colateral, com maticidez móvel, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, de consistência fibroelástica. O ultrassom abdominal mostrou fígado heterogêneo e aumentado, colelitíase, líquido livre em quantidade moderada e ausência de adenomegalias. Foi aventada hipótese diagnóstica (HD) de cirrose, sendo instituída terapia clínica, com melhora da sintomatologia e programação eletiva da video-colecistectomia (CVL). Durante a CVL foi evidenciado bloqueio da vesícula biliar pelo omento maior, líquido livre em moderada quantidade e várias lesões branco nacaradas difusas pelo peritônio, sendo o procedimento abortado devido a HD de carcinomatose, com realização de biópsia das lesões peritoneais. O anatomopatológico evidenciou tecido com granuloma caseoso compatível com tuberculose peritoneal, negativo para malignidade. A paciente foi encaminhada para tratamento clínico com o infectologista, exibindo melhora dos sintomas. Ainda está em tratamento para a TB peritoneal com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso foge da literatura, pois dentre o total de casos diagnosticados de TB, o comprometimento peritoneal representa 0,1 a 0,7% de todos os casos, sendo mais comum entre os 35 e 45 anos de idade. De acordo com a tipificação usual, este caso contemplou todos os tipos de TB peritoneal. O tratamento clínico após a descoberta da TB peritoneal está de acordo com protocolo da Organização Mundial de Saúde que contempla as medicações utilizadas.</p>	<p style="text-align: center;">PO 275-1</p> <p>ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Paulo Henrique Dias Moraes, Aline Marques Ribeiro Dias, Samara Fernandes Ribeiro, João Paulo Santana Suleiman, Nader Nazir Suleiman</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O úraco ou ligamento umbilical mediano, é um resquício embrionário que surge após a contração e obliteração do alantóide, localizado entre o ápice da bexiga e a cicatriz umbilical. A malignização desse remanescente não é frequente e está relacionada em grande parte a falha de obliteração desta estrutura tubular. O adenocarcinoma de úraco é uma neoplasia rara, representando 0,4 a 0,7% de todos os tumores primários da bexiga, com fator de risco pouco conhecido, sendo mais comum em homens (2:1). Este tumor é originado na porção justavesical do úraco, envolvendo o teto da bexiga com frequência. Os principais sintomas encontrados nos pacientes com este tipo de tumor são hematuria, dor suprapúbica e sintomas irritativos como disúria e urgência miccional.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 58 anos, com queixa de desconforto abdominal em baixo ventre, aumento de volume progressivo em região hipogástrica, perda de peso, episódios esporádicos de hematuria e queda do estado geral a aproximadamente 2 anos. O exame físico evidenciou presença de massa palpável em mesogástrico e hipogástrico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome demonstrou massa tumoral pélvica expansiva de aspecto neoplásico próximo à parede abdominal inferior, medindo 12x8x5 cm, envolvendo bexiga. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora que mostrou tumoração pélvica volumosa envolvendo parede abdominal inferior, bexiga e púbis com carcinomatose peritoneal extensa. Foi realizada laparotomia com biópsia da tumoração que revelou "Adenocarcinoma de úraco moderadamente diferenciado". Paciente recebeu alta no 5º DPO, sendo encaminhado para oncologia clínica. No 28º DPO, antes do início da quimioterapia paliativa, paciente foi a óbito após queda gradual do estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma de úraco tem origem indeterminada, tendo como tipo histológico mais comum o adenocarcinoma mucinoso (90%). Os tumores de úraco geralmente são silenciosos devido sua localização extraperitoneal, com sintomas inespecíficos, reservando aos pacientes um mau prognóstico, isso se deve ao fato de seu diagnóstico frequentemente ser feito em fases avançadas da doença. A ultrassonografia, a TC, e a ressonância magnética têm grande relevância no diagnóstico, pois possuem alta capacidade de evidenciar alterações no ligamento umbilical mediano. Os carcinomas de úraco com frequência são localmente avançados, no entanto, mesmo no caso de lesões passíveis de ressecção, ocorre alta taxa de recidiva local, e metástases à distância. O principal tratamento do adenocarcinoma de úraco é a remoção cirúrgica, e a quimioterapia tem sido reservada para os casos de doença metastática ou recidiva local, porém os protocolos para os estágios avançados com radioterapia e quimioterapia têm pouca eficácia, já que a quimioterapia apropriada pode induzir respostas objetivas, mas sem melhoras significativas no prognóstico do paciente.</p>

PO 276-1	PO 278-1
<p>ADENOCARCINOMA DE COLON DIREITO: RELATO DE CASO</p> <p>RODRIGO LEONARDO P CARVALHO BAHIA SAPUCAIA, PAULA TOLEDO ALMEIDA, ELAINE TAVORA MIRANDA, BRUNA L FERREIRA, MARIA JULIA P LEME, KARLA H P NATARIO, MARIA CAROLINA FERNANDES</p> <p><i>Hospital Heliópolis - são paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias colorretais são de grande importância por serem a terceira causa de morte por câncer no Brasil. Sua estimativa de incidência a cada 100 mil homens foram de 27,1% e para mulheres de 21,6%, no estado de São Paulo e a mesma aumenta com a idade, principalmente a partir dos 60 anos. A localização dos tumores tem relação com a sintomatologia que o paciente apresentará. O colón esquerdo é o local com mais acometido. A colonoscopia com biópsia permite o diagnóstico de neoplasia de colón e reto com maior sensibilidade do que exames radiológicos. Há baixo risco de complicações e sua acurácia varia de 90 a 95%. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença e o seguimento colônico acometido, sendo geralmente de conduta cirúrgica se resecável. OBJETIVO: Este relato de caso tem como objetivo alertar sobre a importância do rastreamento e diagnóstico em estágios iniciais de neoplasias de colón e reto, em decorrência de seu grande impacto na saúde mundial.</p> <p>RELATO DE CASO: 46 anos, deu entrada no pronto-socorro de um hospital de São Paulo em meados de janeiro de 2019 com queixa de diarreia há uma semana, sem muco ou sangue. Negava queixas de náuseas, vômitos, dor abdominal e febre. Paciente sem comorbidades ou alergia, referindo apenas uso crônico de laxativos. A colonoscopia, realizada posteriormente evidenciou uma lesão vegetante, bocelada, de limites imprecisos, friável, ocluindo totalmente o colón a 85 cm da borda anal (transverso). A tomografia (TC) de tórax, abdome e pelve realizadas para estadiamento, mostrou discreta opacidade homogênea subsegmentar basal direita, podendo ser considerada atelectasia. O colón direito possuía espessamento mural sólido, nodular, com até 34 mm de espessura, com discreto aumento da gordura peritoneal adjacente. O marcador tumoral CEA era de 1,7. A biópsia posterior evidenciou adenocarcinoma. Foi realizada hemicolectomia à direita com anastomose primária ileotransversa com omentectomia parcial direita, sem intercorrências, com tempo anestésico de 3 horas. Ressecção não completa do tumor devido invasão localmente avançada para músculo psoas e grandes vasos. Paciente evoluiu com fístula anastomótica no sexto pós-operatório, de baixo débito, e orientada devido dreno colocado sendo optado então por tratamento conservador e introduzida nutrição parenteral total (NPT), com melhora clínica e resolução da fístula espontaneamente, sendo suspenso NPT e introduzida dieta líquida, com boa aceitação, sendo progredida até a alta hospitalar, com seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias colorretais são responsáveis por um grande número de morbimortalidade no cenário oncológico atual. Devido sua possibilidade de cura quando recentemente descoberto, se faz necessário o screening para a população de maior risco. Aumentando portando sua chance de cura.</p>	<p>GOSSIPIBOMA: DEFINIÇÃO, PREVENÇÃO E MANIFESTAÇÃO CLÍNICA</p> <p>Carlos Brandão Feitosa Nina, Marcelle Sakamoto Travassos, Willian Vale de Holanda, Suzane Katy Rocha Oliveira, José Guilherme Belchior Costa, João Marcelo Garcez Alves, Lorayne Lino Sousa, Hiago Sousa Bastos</p> <p><i>UNICEUMA - São Luis - Maranhão – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gossipiboma refere-se ao resultado da reação tecidual que o organismo tem contra corpos estranhos em situações pós-cirúrgicas quando algum material permanece na cavidade abdominal após conclusão do procedimento. Esses materiais, em sua maioria, são de origem têxtil, ocorrendo comumente com gazes e compressas. Os casos em que ocorrem este fenômeno ainda são subnotificados por serem considerados puramente erros médicos. Podem ocasionar, além de implicações danosas ao paciente, consequências médico-legais para os profissionais. Independente de tudo, essas eventualidades continuam acontecendo e medidas de prevenção precisam estar cada vez mais presentes na questão da vigilância da saúde afim de evitar essas complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Pct, 30 anos, feminino, natural e residente de município do interior do Maranhão. Já realizou procedimentos cirúrgicos: uma cesariana, uma apendicectomia e uma colecistectomia convencional, sendo esta a mais recente realizada em 2016. Em 2017, a paciente referiu crescimento progressivo da região do hipocôndrio direito sem quaisquer sintomas associados, negou dor, sinais flogísticos, febre e icterícia. Não procurou assistência médica, durante um ano, desde que percebeu o crescimento. No entanto, foi acometida de dor na região do hipocôndrio direito, associado a cólica abdominal seguida de evacuações diarreicas e inapetência. Ao procurar auxílio hospitalar, realizou USG que evidenciou massa intra-abdominal próximo ao leito vesicular de 5cm de diâmetro. Foi optado por tratamento clínico e recebeu alta. Em Janeiro de 2019, a paciente procurou assistência ambulatorial em Hospital de Referência em São Luis do Maranhão, com queixa de piora do quadro da dor e recidiva dos sintomas supracitados. Refere, ainda, que a dor irradiava para a loja renal, agrava com decúbito lateral E e não possuía fatores atenuantes. Realizou TC do Abdômen Superior evidenciando: processo expansivo, encapsulado com finas densidades em seu interior, medindo cerca de 10,3cm no leito vesicular. Foi, então, tratada com sintomáticos e encaminhada à Cirurgia Geral. Esperou pela internação durante dois meses para realizar procedimento cirúrgico. Foi admitida no Hospital dia 25/02/2019 e realizou a cirurgia no dia seguinte, em que foi vista a massa encapsulada no leito vesicular, aspirada a secreção interior, enviado à cultura e então exérese. A paciente apresentou evolução estável, deambulação no primeiro dia de pós-operatório, evoluindo a dieta e sem quaisquer queixas adversas. Recebeu alta no quinto dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente artigo tem como intuito reafirmar a necessidade de um reforço na prevenção dessas adversidades. Diversos estudos retrospectivos tem avaliado as consequências desse fenômeno e como prevenir. Apesar do médico ser o líder da operação, apontar essa eventualidade estritamente como erro médico é um equívoco, excluindo os casos de verdadeira negligência. Então, faz se necessária a ampliação de medidas, inclusive tecnológicas, que evitem esta complicação.</p>
<p>PO 279-1</p> <p>ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA DA HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO</p> <p>Elvis Dias Oliveira, Ana Carolina Oliveira Silva, Brenda Barbosa Faustino, Letícia Lacerda Burity, Lucas Monteiro Oliveira, FLORA SOUZA BRANDÃO Reis, BEATRIZ BARBOSA Vasconcelos, Cássio Virgílio Cavalcante Oliveira</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia de Amyand é uma condição rara definida pela presença do apêndice cecal no interior do saco herniário inguinal apresentado tipicamente no lado direito, com manifestações semelhantes às observadas em hérnias complicadas, podendo estar associado a uma apendicite ou não. Para fins diagnósticos e terapêuticos, o uso da cirurgia videolaparoscópica é uma alternativa importante devido sua acurácia quando comparada ao uso de tomografias e ultrassonografias.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 86 anos, natural de João Pessoa-PB, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitos tipo II. Apresentava dor e abaulamento em região inguinal direita redutível, que surgia com manobras de aumento da pressão abdominal e desaparecia com repouso, há aproximadamente 4 meses. Há 24 horas, a dor se tornou contínua, o abaulamento irreduzível e passou a apresentar febre. Bom estado geral, frequência cardíaca de 92 bpm, leucograma com presença de 12000 leucócitos, com 84 de neutrófilos e 4 bastões, PCR 6,2 e tomografia com presença de hérnia encarcerada em região inguinal direita, apêndice cecal no saco herniário. Submetido a tratamento cirúrgico por videolaparoscopia, com realização de apendicectomia videolaparoscópica, com grameador linear e clipe e hernioplastia inguinal transperitoneal, com tela pré-peritoneal. Após o procedimento evoluiu bem, recebendo líquidos no POI e alta no 1º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é, geralmente, um achado intraoperatório inesperado. Apresenta uma baixa incidência, variando de 0,13-1%. E, excepcionalmente, em aproximadamente 0,08-0,13% dos casos, é complicada por apendicite aguda. O tratamento é guiado pela classificação estabelecida por Losanoff e Basson: No tipo 1, onde o apêndice é normal, a apendicectomia e hernioplastia são recomendadas. Para tipo 2 e 3, que apresentam apendicite com ou sem peritonite, respectivamente, recomenda-se a realização de apendicectomia e herniotomia ou laparotomia, com fechamento primário da hérnia. No tipo 4, a laparotomia é indicada e a coexistência de patologia deve ser identificada e tratada com correção de hérnia sem próteses. Em conclusão parece haver concordância sobre a terapêutica no caso de apendicite complicada na hérnia de Amyand, no entanto, apendicectomia profilática em caso de achado incidental durante uma intervenção eletiva é controverso.</p>	<p>PO 280-1</p> <p>TUBERCULOSE PERITONEAL SECUNDÁRIA AO USO DE ADALIMUMABE</p> <p>Geovana thees perillo rodrigues, fabia mara g p oliveira, ana gabriela cardoso ferraz, marcelo pimenta</p> <p><i>Unievangélica - goiania - Goias - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é responsável por cerca de 1,7 milhão de mortes anualmente no mundo e o número de novos casos vem aumentando. A terapia imunológica é usada como tratamento das doenças reumatológicas desde a década de 90, e tem implicado na melhoria dos resultados terapêuticos e da qualidade de vida, bem como na redução na morbimortalidade dos pacientes. Em contrapartida, aumenta susceptibilidade para infecções e infecções oportunistas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com tuberculose peritoneal secundária a terapia com adalimumabe.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 40 anos, diagnosticada com espondilite anquilosante em 09/2015. Iniciado anti-TNFα em 02/2017 (PPD negativo). Ao exame físico, abdômen distendido, dor difusa a palpação e piparote duvidoso. Em 06/2018, exames laboratoriais mostram plaquetopenia (76.000), ALT=125, AST=138. A tomografia abdominal: ascite volumosa e derrame pleural laminar a direita. Líquido ascítico: proteínas totais=5,7, albumina=1,9, globulina=3,8, cel 2.400 (Linfócito=85% Neutrófilo=3% Monócito=12%), macrófagos e células mesoteliais ausentes. Amilase=35, DHL=696. Bacterioscopia: negativa, cultura: negativa, adenosina deaminase (ADA)=63, VR=0-30. Na videolaparoscopia há descrição de espessamento peritoneal, lesões branco-amareladas difusas e fibroadesências. Biópsia: a primeira amostra foi de peritônio parietal que mostrou extenso processo inflamatório crônico granulomatoso, com células gigantes do tipo Langhans e focos de necrose caseosa. A pesquisa de BAAR e fungos foi negativa e ausência de sinais de malignidade. A segunda amostra foi do ligamento falciforme, no qual a pesquisa de BAAR foi positiva (+/4+), portanto confirmou TB peritoneal.</p> <p>DISCUSSÃO: A terapia com os anti-TNF está associada a um grande risco de desenvolvimento de infecções oportunistas, particularmente a TB, visto que a TNF-alfa é uma importante citocina na regulação do sistema imunológico. Existem evidências que o risco de reativação de TB aumenta de 5 a 10 vezes após o uso dos anti-TNFs, quando comparados com outros tratamentos na mesma população. Uma revisão recente sobre a incidência de infecções granulomatosas após tratamento com as drogas biológicas, relatadas ao U.S. Food and Drug Administration (FDA), de 09/1998 a 09/2002, evidenciou uma taxa que variou de 74 a 197 por 100.000 pacientes tratados, dependendo da droga utilizada. Portanto, é mandatória a realização de PPD e RX de tórax antes da infusão. Pacientes com teste PPD > que 5 mm e RX de tórax normal devem receber isoniazida por seis meses, podendo o anti-TNF ser iniciado após o primeiro mês desse tratamento. O caso relatado teve manifestação habitual em relação à literatura, no entanto, é necessário ressaltar que mesmo com os cuidados preventivos e preocupações para evitar a emergência de TB nos pacientes em uso de imunossuppressores, esta pode ocorrer.</p>

PO 281-1	PO 282-1
<p>REPARO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA INCISIONAL ENCARCERADA EM PACIENTE OBESA: RELATO DE CASO</p> <p>Leticia Moreira Fontes, Amanda Vilas Calheiros, Thayssa Araujo de Sa Barreto, Ana Beatriz Campelo Campos, Aline Vaz Borges, Bernardo Luiz Campanário Precht, Matheus Vieira dos Santos, Gabriel da Silva Morfin</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnias agudamente encarceradas devem ser corrigidas emergencialmente para evitar isquemia e necrose do conteúdo herniário. A laparoscopia deve ser utilizada com cautela nessa situação, principalmente pelo risco de acidentes de punção. Entretanto, em pacientes obesos, a técnica pode ser vantajosa, com menos morbidade em relação ao reparo laparotômico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 52 anos, obesa, atendida na urgência do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, com dor abdominal paraumbilical esquerda há 13 horas associada a abaulamento não redutível nessa região. Ao exame físico havia abaulamento de grande volume, através de defeito na parede abdominal, irreduzível manualmente. A presença de hérnia foi confirmada através de tomografia computadorizada, que evidenciou protrusão de gordura e alças entéricas com importante distensão e sinais de sofrimento do conteúdo herniário. A paciente foi prontamente encaminhada ao centro cirúrgico, estável clinicamente. Inicialmente realizada punção supraumbilical para exploração da cavidade e posteriormente os demais trocateres introduzidos sob visão direta. Posicionados um em região epigástrica, para a óptica, e dois em flanco direito, para manipulação com pinças. Identificado defeito de 6x4 cm, com presença de epíplon parcialmente necrosado e alças intestinais viáveis. Realizada portanto ressecção do saco com extração das alças para a cavidade e remoção de parte do epíplon. Colocada tela dupla face em posição underlay, fixada com clipador. Retirado epíplon necrosado pela punção em epigastro. Feito curativo abdominal compressivo com tenoplast. A paciente evoluiu sem intercorrências em leito de enfermaria, aceitando dieta oral no primeiro dia pós-operatório (DPO). Recebeu alta no terceiro DPO, com manutenção do curativo compressivo e uso de cinta abdômnal. Compareceu para revisão no sétimo DPO sem relato de intercorrências, referindo pouca necessidade de analgesia e mostrando-se satisfeita com o resultado da operação. Sem evidência de coleções ao exame físico após retirada do curativo.</p> <p>DISCUSSÃO: A técnica cirúrgica ideal para reparo de hérnias agudamente encarceradas varia dependendo da anatomia, estabilidade e comorbidades do paciente e do grau de contaminação do campo operatório. Dados da literatura atual apontam para superioridade da técnica laparoscópica, com menor incidência de infecção de sítio cirúrgico, menos dor, recuperação mais rápida e índice de recidiva menor ou comparável ao reparo laparotômico. Além disso, a curva de aprendizado é potencialmente pequena para a realização segura do procedimento por cirurgiões com treinamento básico em laparoscopia. Em pacientes obesos, é evidente a maior associação com internação prolongada, maior índice de infecção de sítio cirúrgico, recorrência e reinternações após correção de hérnias ventrais. Para esses pacientes, a laparoscopia é particularmente vantajosa, tendo sido associada com menores índices de complicação, com tempo operatório equivalente em relação ao reparo aberto.</p>	<p>RESSECÇÃO VISCERAL NO TRATAMENTO DA HERNIA VENTRAL COMPLEXA</p> <p>Márcio Barroso Cavaliere, José Dias de Castro Araujo, Aline de Quadros Teixeira, Victor Ammar Vidal, Augusto Campeão Rodrigues, Carlos Eduardo Peçanha de Barros, Gabriel Torres de Castro Innocencio, Thiago Lopes Firmino Pinto</p> <p><i>Hospital Municipal Lourenço Jorge - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A correção de hérnias incisionais abdominais (HIA) permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns uma vez que ela ocorre em cerca de 11% das laparotomias. Vários são os fatores de risco que incluem: obesidade, idade avançada, desnutrição, múltiplas laparotomias, tipo de incisão e cuidados técnicos no fechamento da parede abdominal (incluindo a qualidade e diâmetro dos fios utilizados), infecção pós-operatória da ferida cirúrgica, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes. As HIA surgem, em geral, nos primeiros cinco anos após a operação. Nas grandes hérnias a quantidade de vísceras que, progressivamente, ocupam e distendem o saco herniário é tal que podem formar um "segundo abdome". O aumento do volume das alças e de seu meso e a retração da cavidade abdominal fazem com que as alças intestinais percam o "direito à moradia" dificultando a sua re-introdução na cavidade e, em especial, quando se tenta reconstruir a anatomia normal do abdome pela aproximação dos músculos retos na linha mediana; nestas condições, pode ocorrer aumento exagerado da pressão intra-abdominal com graves repercussões sistêmicas, especialmente da parte respiratória. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de correção de hérnia incisional abdominal em que a ressecção visceral foi essencial para a boa técnica de fechamento da parede abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: D.C.A, 88 anos, feminino, sem comorbidades, com história de cirurgia prévia abdominal – cesárea há 50 anos por incisão mediana, dá entrada na emergência com quadro de distensão abdominal, parada de eliminação de gases e fezes, vômitos e anorexia. Ao exame físico apresentava hérnia incisional volumosa, endurecida, sem flogose. Encaminhada para laparotomia exploradora, apresentava hérnia com conteúdo de delgado e cólon direito, com grande perda de domicílio, sem sinais de sofrimento de alça. Durante a cirurgia, optou-se por realizar colectomia direita com anastomose primário íleo-cólon transverso, latero-lateral, para conseguir melhor aproximação da aponeurose do músculo reto abdominal. Realizado fechamento primário da aponeurose com prolene 0, pontos contínuos, e colocação de tela de Marlex onlay. Da parte abdominal, paciente evoluiu com bom pós operatório, recebendo alta no 14º dia de PO, devido a complicações clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias incisionais abdominais podem ser abordadas de diversas maneiras, como a colocação de próteses, realização de pneumoperitônio progressivo perioperatório e a ressecção visceral, além da associação de duas ou mais técnicas. A escolha da técnica cirúrgica (aberta ou laparoscópica) e da prótese e modo de fixá-la permanecem controversas. Existem três opções com relação à localização da prótese: pré-musculoaponeurótica (onlay), retromusculoaponeurótica (underlay ou sublay) ou retromuscular, e intraperitoneal (inlay). A ressecção visceral tem se mostrado por diversas vezes como uma solução eficaz disponível no tratamento da doença herniária em tempo cirúrgico único, com resultados satisfatórios.</p>
<p>PO 283-1</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA DE TUMOR DESMOIDE RECIDIVADO COM RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL</p> <p>Gabriela Nascimento Cruz, Bárbara Andrade Borges, Ana Paula Sousa Machado, Gabriela Ferreira Cunha, Isabella Martins Monteiro, Iasmim Rodrigues Paula Silva, Guilherme Freire Angotti Carrara, Luiz Carlos Furtado Almeida Junior</p> <p><i>Universidade de Uberaba - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores desmoides são constituídos de proliferação fibroblástica e crescem de fâscias ou estruturas musculoaponeuróticas. São mais frequentes no sexo feminino, na terceira década de vida e podem ocorrer de forma esporádica ou, mais comumente, associada a Polipose Adenomatosa Familiar. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas fatores como trauma cirúrgico e exposição ao estrogênio estão associados ao aparecimento desse tipo de tumor. Apesar de benignos sob microscopia e seu baixo potencial metastático, possuem alta taxa de recidiva e tendem a infiltração local levando a deformação, morbidade e mortalidade, devido ao efeito de massa e obstrução de órgãos e estruturas vitais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 32 anos, sexo feminino, havia sido submetida a exérese de lesão medindo 5 x 6 cm, no mesmo local da massa atual, cuja análise anatomopatológica evidenciou tumor desmoide com margens livres, porém exiguas. Após 18 meses da primeira abordagem, houve surgimento no mesmo local de massa prévia, que evoluiu com crescimento rápido, alcançando grandes dimensões. Foi, então, encaminhada a serviço de oncologia e ao exame físico apresentava massa em parede abdominal abaixo da transição tóraco abdominal direita, de consistência pétreia, aderida, com desconforto a palpação local, medindo 8,5 x 6 cm, sem outras queixas. Diante dos achados, foram solicitados exames complementares. Em tomografia computadorizada de tórax e abdome foi evidenciada lesão expansiva de parede abdominal, que envolvia o último arco costal a direita, sem comprometimento de outras estruturas. Foi programada intervenção cirúrgica. Mediante realização do procedimento foi removida peça de 12 x 10 x 3 cm com técnica poupadora de pele e feita reconstrução de parede abdominal com uso de tela de polipropileno dupla face. Análise anatomopatológica mostrou tumor desmoide com infiltração extensa do músculo estriado e margens livres. Foi feito seguimento com colonoscopia para investigação de Polipose Adenomatosa Familiar, que não demonstrou nenhum achado. Paciente evoluiu com seroma no local abordado que foi devidamente drenado. Após cinco meses do procedimento, paciente ainda está em seguimento e exames de imagem não mostram novas recidivas da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: A raridade dos tumores desmoides associado a variabilidade de seu curso clínico, torna essas lesões uma entidade vexatória, e torna difícil a identificação de uma intervenção específica. A falha em reconhecer o potencial para comportamento maligno desse tumor, os torna suscetíveis a tratamento inadequado. O tratamento desta patologia ainda é controverso e como opção há tratamento farmacológico com anti-inflamatórios não hormonais e agentes hormonais, quimioterápico, que tem demonstrado boa eficácia para lesões progressivas ou sintomáticas que não respondem ao tratamento convencional, radioterápico, mais indicado para tumores extra-abdominais ou de parede abdominal, e cirúrgico, levando-se em consideração o comprometimento de estruturas adjacentes.</p>	<p>PO 285-1</p> <p>HERNIA DOMICILIADA CRONICA MULTIFATORIAL POR MIOMA UTERINO VOLUMOSO E OBESIDADE</p> <p>Paula Toledo Almeida, Wendy Nataly Calvimontes Vargas, Rodrigo Leonardo Passos Carvalho Bahia Sapucaia, Rodolfo Damian Machado, Sara Penteado Pinheiro Silveira, Barbara Mançor Lacerda Silva, Giovana Raserá Ambrosano, Bernardo Fontel Pompeu</p> <p><i>Hospital Heliópolis - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias ventrais acometem aproximadamente 5% da população. Destes, a maioria, 75%, trata-se de hérnias inguinais. As hérnias epigástricas e umbilicais são calculadas em 10% das hérnias de parede abdominal. A hérnia epigástrica é considerada doença congênita por falhas de formação da linha alba, se manifesta com mais propriedade na idade adulta em muitos casos associados a aumento da pressão intra-abdominal e correlacionadas com a piora da qualidade de vida dos nossos pacientes. Como causas de aumento da pressão intra-abdominal temos lesões intracavitárias benignas que causam efeito de massa. Uma dessas lesões são os leiomiomas, tumores benignos do miométrio presentes em até 40% das mulheres. Podem cursar com dor, sensação de pressão e menorragia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 46 anos, branca, obesa, atendida no Hospital Heliópolis devido queixa de dor abdominal decorrente de abaulamento com aumento de volume progressivo nos últimos 4 anos. Politransfundida devido a anemia sintomática e menometrorragia. Ao exame físico observava-se hérnia epigástrica gigante com discreta ulceração em pele, conteúdo domiciliado, sem sinais de encarceramento ou estrangulamento. Tomografia de abdome e pelve: hérnia epigástrica de colo de 7,5 x 5,5 cm contendo alças de delgado, cólon e ascite, além de útero aumentado atingindo a região epigástrica, caracterizando um "segundo abdome". Optou-se por realizar a histerectomia e hernioplastia em um ou mais tempos cirúrgicos a depender da complacência da parede abdominal. No ato cirúrgico foi feita incisão em cunha com ressecção do saco herniário, lise de bridas, seguida de histerectomia abdominal total, apendicectomia e colecistectomia tácticas, seguidas de redução do conteúdo herniário. Aproximamos a parede abdominal sem tensão, sutura da aponeurose, colocada tela de polipropileno onlay, e dermolipectomia. Exame anatomopatológico: útero de 21,0x19,0x12,0 cm de peso 6,5 Kg, microscopia evidenciou leiomiomas intramurais e subserosos, ausência de processo malignos. Paciente evoluiu bem em uso de cinta abdominal. Não apresentou infecção de ferida operatória ou da prótese. Mantém sem sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Dessa forma, foi possível o tratamento de ambas patologias da paciente, tanto da parede abdominal quanto ginecológica. De acordo com a literatura deve-se preparar o paciente com quadros de hérnias volumosas que cursam com "segundo abdome" para evitar complicações no pós-operatório. Compensar clinicamente as patologias de base, além de preparar o espaço intracavitário que irá receber o conteúdo herniário após a cirurgia, seja com incisões relaxadoras durante o ato operatório, toxina botulínica na musculatura da parede abdominal, pneumoperitônio progressivo, ou até colectomia parcial, como já foi relatado na literatura. Nesse caso apresentamos a particularidade do espaço na cavidade abdominal estar preservado devido a uma patologia benigna, a qual foi tratada simultaneamente ao tratamento da hérnia epigástrica.</p>

PO 286-1	PO 287-1
<p>USO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PRE OPERATORIA NO PREPARO DE HERNIA VENTRAL COMPLEXA</p> <p>Marcio Barroso Cavalière, Vitoria Rangel Oliveira, Aline de Quadros Teixeira, Gabriel Henrique Elisio Santos Rocha, Laila Magliano Leite, Bernardo Gonçalves Bastian Pinto, Matheus Rangel dos Santos, Patrick Silveira Guimarães</p> <p><i>Hospital Municipal Lourenço Jorge - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento das hérnias incisionais volumosas continua sendo um desafio. Nas hérnias com maiores volumes, onde o saco herniário pode possuir grande parte do conteúdo abdominal, causando redução na pressão intra-abdominal (PIA), hipotonia progressiva do diafragma e restrição ventilatória. Se o paciente não tiver o preparo adequado, na devolução do conteúdo herniado, pode ocorrer síndrome do compartimento abdominal, com hipertensão abdominal, insuficiência respiratória e isquemia esplâncnica, o que aumenta a morbimortalidade do doente. Para evitar esse quadro clínico, sugere-se aumentar previamente o volume da cavidade abdominal para acomodar o conteúdo herniado, sem hipertensão. Uma alternativa promissora para esse resultado é o uso da toxina botulínica tipo A (TBA).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 56 anos sexo masculino, submetido à laparotomia exploradora por trauma abdominal contuso em 2014 com reabordagem (nova laparotomia exploradora) no pós operatório imediato por complicações. Procurou atendimento no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge em 2017 para correção da hérnia incisional, diagnosticada por exame físico + TC de abdome com hérnia incisional gigante com defeito herniário maior de 15 cm com conteúdo de alças intestinais. Optado por aplicação de toxina botulínica tipo A guiada por USG em centro cirúrgico 4 semanas antes da hernioplastia. Não apresentou reações adversas a aplicação. TC de abdome de controle antes do procedimento evidenciou diminuição do defeito herniário. Realizada então hernioplastia incisional com utilização de tela de polipropileno sublay + TAR (transversus abdominis release) + incisões de relaxamento com instalação de dreno hemovac em subcutâneo. Paciente evoluiu sem sinais de complicação respiratória ou hipertensão intra-abdominal. Até o presente momento paciente sem sinais de recidiva da hérnia.</p> <p>DISCUSSÃO: A expansão da parede abdominal antes de cirurgias de reparo de hérnias com perda de domicílio, auxilia no retorno do conteúdo herniado a cavidade abdominal. Uma das opções mais utilizadas para tal expansão é o Pneumoperitônio progressivo pré-operatório (PPP), que consegue ampliar a cavidade abdominal, fortalecer o diafragma e promover adesíolise. Porém, se trata de um procedimento invasivo, com custos elevados, que pode cursar com infecções e costuma necessitar de sessões frequentes que são mal toleradas pelos pacientes. Uma alternativa para realização da expansão é a Toxina Botulínica tipo A (TBA) que é uma neurotoxina produzida pelo Clostridium botulinum, que provoca a inibição da liberação de acetilcolina na placa motora, causando bloqueio da contração muscular. O efeito é iniciado de 2-5 dias mas pode persistir por até 6 meses. O TBA é eficaz na ampliação do continente e diminuição da PIA, o que ajuda no fechamento da parede sem causar tensão, mediante a reaproximação e sutura das bordas. No caso reportado a paciente evoluir satisfatoriamente, sem complicações respiratórias e nem recidivas até o momento.</p>	<p>PSEUDOCISTO DE PAREDE ABDOMINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Paulo Vicente Santos Filho, Rafael Silva Santos, Marcelo Protasio dos Santos, Debora Silva Pereira, Felipe Meireles Doria, Maria Aline Moura Reis, Vinicius Santos de Oliveira, Valdinaldo Aragao Melo</p> <p><i>Universidade Tiradentes - ARACAJU - Sergipe – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Um pseudocisto da parede abdominal é uma coleção de fluido dentro de uma cápsula não revestida pelo epitélio. Essa complicação após a correção da hérnia incisional se desenvolve mais tardiamente após o procedimento, é rara e subnotificada. Foi descrito pela primeira vez em 1993 por Waldred et al. que descreveram dois casos de formação de cistos fibrosos após reparo de hérnia ventral com tela de Marlex. Apesar da literatura limitada sobre a incidência dessa complicação, alguns autores acreditam que ela seja mais comum do que se pensava anteriormente. Aqui, relata-se o caso de um pseudocisto de parede abdominal formado após reparo de tela de polipropileno de uma hérnia incisional e descreve o manejo e o desfecho clínico.</p> <p>RELATO DE CASO: Uma mulher de 80 anos foi encaminhada ao nosso departamento devido a um tumor na parede abdominal. Sua história médica inclui uma histerectomia por mioma há quatro anos. Dois anos após a histerectomia, ela desenvolveu uma hérnia incisional que foi corrigida com uma laparotomia mediana e reparo com tela de polipropileno. Na admissão em serviço ambulatorial a paciente queixava-se de tumoração em abdome, de evolução progressiva nos últimos dois anos, além de dor abdominal e dificuldade de locomoção devido ao tamanho do tumor. A tomografia computadorizada mostrou um cisto septado medindo 20 cm x 16 cm x 17 cm no músculo reto abdominal. A lesão foi completamente ressecada com fechamento primário do defeito, colocação de uma tela de polipropileno onlay e drenagem abdominal por sucção. Em estudo anatomo-patológico, a macroscopia revelou um tumor de 4 kg com evidência de granulação. Microscopicamente, identificou-se inflamação crônica (parede anterior), reação granulomatosa a corpo estranho, fibrose (parede posterior) e ausência de malignidade. O dreno abdominal foi retirado no oitavo dia de pós-operatório (menos de 30 mL de líquido em um período de 24 horas). Recebeu alta no oitavo dia de pós-operatório sem queixas. Ela não teve complicações em um ano de follow-up.</p> <p>DISCUSSÃO: O único tratamento definitivo efetivo é a excisão cirúrgica da parede do pseudocisto. A excisão total da parede do pseudocisto pode ser realizada, no entanto, a parte que é anexada à tela é difícil de remover sem danificar a mesma ou a parede abdominal. Portanto, a maioria dos autores relatou excisão parcial da parede do pseudocisto que retém a parte fixa à tela. Em nosso caso, optou-se por excisão total, e uma parte da tela e da aponeurose também foi ressecada com o pseudocisto. Portanto, tivemos que reparar a parede abdominal com sutura e uma tela de baixa gramatura onlay. Mehrotra et al. relataram que uma abordagem laparoscópica pode ser considerada um procedimento seguro e eficaz. A drenagem adequada e prolongada além de compressão pós-operatória também são necessárias, e aconselhamos compressão pós-operatória por dois meses, a partir do procedimento, com bandagem de hérnia.</p>
<p>PO 289-2</p> <p>ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO GINECOLÓGICO DEVIDO A ROTURA DE TUMOR DE CELULAS DA GRANULOSA DO OVÁRIO</p> <p>Bruno Amantini Messias, Renata Salvino Zanon, Flavia Munhos Granja, Bruno Bignardi, Juliana Borelli Rodrigues da Cunha, Jaques Waisberg</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo pode ser definido como uma dor em região abdominal, não traumática, de início súbito e intensidade variável, geralmente associado a outros sintomas. Pode ser dividido em inflamatório, perfurativo, obstrutivo, vascular e hemorrágico. No abdome agudo hemorrágico ginecológico as principais causas são a gravidez ectópica rota e cisto ovariano hemorrágico. O tumor de células da granulosa (TCG) é um tumor raro de ovário e representa 3 a 5% das neoplasias ovarianas. Pode ser dividido em tipo adulto e juvenil e acomete 0,4 a 1,7 casos a cada 100 mil mulheres. Relatamos um caso de abdome agudo hemorrágico em paciente com rotura de neoplasia rara de ovário.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 59 anos, feminina, deu entrada com queixa de dor e aumento do volume abdominal há 7 dias. De antecedentes pessoais relatava cirurgia para correção de hérnia abdominal há 6 meses e estilismo. Na admissão, encontrava-se em regular estado geral, sem alterações dos sinais vitais, com abdome globoso, doloroso à palpação difusa, descompressão brusca positiva, hepatomegalia e massa palpável em flanco direito. Solicitado ultrassonografia de abdome que evidenciou lesão heterogênea na pelve medindo 154x113x136 mm e limites mal definidos e tomografia computadorizada de abdome e pelve que mostrava as mesmas alterações anteriores. Hemoglobina 7,9 g/dL, Leucócitos 12.700 mm³ com desvio à esquerda, plaquetas 632.000 mm³, DHL 620, Proteína C Reativa 300 mg/L. Optado por laparotomia exploradora. No intra-operatório, foi identificado moderada quantidade de líquido sero-hemático, massa ovariana direita, de aspecto hemorrágico com laceração de 3 cm. Realizado salpingo-ooforectomia direita e encaminhamento da peça para o anatomopatológico (AP). O resultado do AP concluiu: tumor de células da granulosa, tipo adulto de 16 cm, Índice mitótico 1 mitose/10 CGA. Atípia nuclear leve com ruptura capsular. Ausência de corpos call exner. Hilo ovariano com infiltração focal por tumor. Marcadores tumorais CA125 386,7 U/mL; CA15.3 16,8 U/mL. Recebeu alta no 4º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O TCG são tumores raros e representam 70% dos tumores dos cordões sexuais e do estroma. São tumores pouco agressivos e geralmente apresentam bom prognóstico, entretanto, a presença de rotura da capsula tumoral é fator de prognóstico desfavorável. Em sua maioria, apresentam-se com massa pélvica assintomática, sangramento vaginal anormal e dor abdominal. Histologicamente possui células da granulosa, com núcleo escasso ou grãos de café e células de Call-Exner em 30 a 60% dos casos. No TCG o marcador mais utilizado é a dosagem da inibina A, entretanto, não apresenta sensibilidade e especificidade comprovada. No caso atual foi dosado o marcador CA 125, marcador utilizado em neoplasias epiteliais de ovário, devido a preponderância desse tipo histológico. O tratamento padrão é cirúrgico, ficando a adjuvância indicada para casos com invasão extra-ovariana. A salpingo-ooforectomia é o tratamento de escolha nos casos de doença restrita ao ovário.</p>	<p>PO 291-1</p> <p>Hérnia de Spiegel: relato de caso</p> <p>Mariana Angelica Berardi Cioffi, João Gabriel Mello Ramos, Gabriela Silveira Diesel, Paulo Eduardo Macedo Caruso, Alexandre Deves, Vitor Deves, Marco Aurelio Azevedo Casanova, Sandra Brandão</p> <p><i>Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Junior - Rio Grande - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Considera-se Hérnia de Spiegel (HS) a protrusão de gordura pré-peritoneal ou de um saco peritoneal contendo ou não órgão intra-abdominais, por um defeito, congênito ou adquirido, na região aponeurótica do músculo transversso abdominal, situada entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto abdominal¹. As HS não são frequentes, o que pode dificultar o seu diagnóstico. A correção cirúrgica está indicada devido ao risco de estrangulamento de 20% dos casos². As técnicas de abordagem pré-peritoneal têm se mostrado mais satisfatórias, porém a experiência do cirurgião também deve ser considerada para a escolha da técnica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 36 anos, branca, obesa, natural e procedente de Rio Grande, foi atendida no ambulatório de Cirurgia Geral, com queixa de dor em quadrante abdominal inferior esquerdo (QAIE) há 5 anos. Apresentava abaulamento na região e referia aumento progressivo do mesmo. De história mórbida progressiva, relatava cirurgia ginecológica há 5 anos para investigação de neoplasia, hipótese a qual foi descartada após o procedimento. Ao exame físico apresentava abdome globoso, flácido, com presença de massa redutível em QAIE, dolorosa à palpação. A hipótese diagnóstica foi de Hérnia de Spiegel, sendo indicada cirurgia eletiva para correção do problema. No procedimento cirúrgico foi realizada incisão transversa em QAIE com a identificação da HS. Após a redução do saco herniário, optou-se por um fechamento primário da aponeurose do músculo transversso abdominal (AMT) com Prolene 0 e a fixação de uma tela de polipropileno com Prolene 2.0 para reforço da parede abdominal. O espaço subcutâneo foi aproximado com PDS 2.0 e nele posicionado um dreno de Portovac médio, fixado na pele com Seda 2.0. A pele foi suturada com Mononylon 3.0. A paciente evoluiu bem, sem complicações, recebendo alta no 3 dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A região anatómica onde essas hérnias são encontradas, apresenta algumas particularidades, as quais a torna mais propícia ao surgimento de defeitos na parede aponeurótica originando as hérnias^{3,4}. Os fatores predisponentes da HS descritos na literatura consistem no aumento da pressão intra-abdominal, como obesidade, pneumobroncopatia crônica, multiparidade, constipação intestinal e ascite, também a diálise peritoneal, cirurgias abdominais prévias e perda rápida de peso^{4,5}. Uma HS pode permanecer por anos assintomática ou escondida sob a fáscia do oblíquo externo, quando esta permanece intacta, o que dificulta seu diagnóstico, assim como a falta de experiência no reconhecimento deste tipo de hérnia. O tratamento da HS é sempre cirúrgico, visando a prevenção de complicações⁶. A técnica tradicional baseia-se em incisão transversa com reparo primário, com utilização ou não de telas sintéticas, porém as técnicas de hernioplastia pré-peritoneal tension-free tem apresentado melhores resultados, sendo realizada até sob anestesia local.</p>

PO 291-2	PO 292-2
<p>GESTAÇÃO ECTÓPICA ABDOMINAL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO TRATADA CIRURGICAMENTE: RELATO DE CASO</p> <p>PAULA CRISTINA SANTOS SOARES, WESLEY TROBILIO VIEIRA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - UBERABA - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gestação ectópica abdominal (GEA) é definida como implantação do embrião dentro da cavidade peritoneal, representando cerca de 1-1.3% das gestações ectópicas com incidência estimada de 1:10000 nascidos vivos (BOUYER et al., 2002). Relata-se um caso de GEA de difícil diagnóstico tratado com laparotomia por incisão de pfannenstiel.</p> <p>RELATO DE CASO: A.G.F.S., feminino, 17 anos, deu entrada na emergência do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, em Caldas Novas - GO, com dor intensa em baixo ventre e histórico de, no último mês, dor abdominal e sangramento vaginal de leve a severa intensidade associados com distensão abdominal, disúria e vômitos. Nesse período, exames físico, laboratorial e de imagem estavam normais, recebendo diagnóstico de abortamento completo de 6 semanas há 5 semanas (ultrassonografia transvaginal - US-TV com ausência de saco embrionário no útero e anexos). Resultado exames atuais: β-HCG positivo; blumberg positivo; tomografia de abdome com massa densa arredondada heterogênea de +/- 8 cm entre útero e bexiga, densificação anormal do mesentério e de gordura intraperitoneal pélvica; US-TV com volumosa massa na região véscico uterina; hemoglobina 9,3 g/dL hematócrito 28,9% hemácias 3,31 milhões/μL. A hipótese diagnóstica foi de abdome agudo hemorrágico com suspeita de gestação ectópica (GE) rota. Paciente foi encaminhada para laparoscopia, evidenciando um bloqueio epiloico da pelve devido massa de coágulo. Houve conversão para laparotomia por incisão de pfannenstiel. Foi feita extração dos coágulos e omentectomia distal. Foram visualizados: útero, trompas e ovários normais; grande quantidade de fibrina na região véscico uterina. Não foi encontrado lesão ou perfuração nas estruturas. A pelve foi lavada, drenada e fechada. A paciente recuperou bem. A análise histopatológica de epíplon e coágulos revelou quadro compatível com GEA, com embrião alojado entre bexiga e parede anterior do útero.</p> <p>DISCUSSÃO: A dificuldade em diagnosticar GEA é preocupante visto a alta morbimortalidade materna associada (ABDULJABBAR et al., 2018). O diagnóstico pode ser feito pela dosagem de β-HCG, US-TV e sinais clínicos, como dor abdominal intensificada pela movimentação fetal; vômitos; alterações gastrointestinais; sangramento vaginal (DUBEY et al., 2016). De incomum, A.G.F.S. relatou disúria, que pode estar associada ao local de implantação do embrião. Ademais, na primeira US-TV não foram encontradas alterações, possivelmente pela morte precoce do feto (ALMEIDA et al., 2008). O tratamento cirúrgico é o mais recomendado nesses casos (FRÓIS et al., 2010). Na laparoscopia, a massa de coágulo prejudicou a visualização da pelve. Com reversão para laparotomia, o procedimento terminou sem complicações. A análise histopatológica dos tecidos confirmou GEA, já que não foi identificado feto ou placenta no intra-operatório. Em suma, é essencial a investigação de GEA em casos assim, pois o prognóstico materno depende do diagnóstico recente e tratamento adequado.</p>	<p>PROLAPSO GENITAL CONCOMITANTE COM PROLAPSO RETAL</p> <p>Laís Ribeiro Vieira, Paula Faria Campos, Rodrigo Caires Campos, Pedro Henrique Nunes de Araújo, Fernanda Guedes Ferreira, Fernando José Silva de Araújo, Nadja Nóbrega de Queiroz, Gilmária Borges Sousa</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Sociedade Internacional de Continência Urinária define prolapso genital como descenso de órgãos pélvicos pelo canal vaginal. A sustentação dos órgãos pélvicos é mantida por interações complexas e coordenadas entre musculatura do assoalho pélvico, fâscia endopélvica e parede vaginal. A ruptura da integridade desses fatores gera prolapso dos órgãos da pelve, afetando o funcionamento dos sistemas relacionados e a qualidade de vida da paciente. Essa condição é mais prevalente em mulheres (30-60%) e aumenta com a idade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 82 anos, G5PN5A0, viúva, buscou o serviço de uroginecologia de sua regional de saúde, referindo prolapso uterino há 5 anos, associado a incontinência urinária e fecal devido a prolapso retal há 1 ano. Foi realizado POP-Q evidenciando prolapso uterino estadiamento 4C (BUMP: Aa=+3, Ba=+8, C=+10, D=+7, Bp=+7, Ap=+3, Hg=5, Cp=3, CVT=10), prolapso retal sem perda urinária e incontinência fecal a manobra de Valsalva. USG transvaginal: prolapso uterino total. Videocolonosopia: pólipos colônicos com biópsia revelando adenoma tubular em ceco e cólon transverso, ambos com neoplasia intra-epitelial de baixo grau. Risco cirúrgico Classe III de Goldman. Paciente fora submetida a Colpocleise a LeFort com Perineoplastia e Retossigmoidoscopia de Altermeier. Evoluiu sem intercorrências, com alta no 4º dia pós-operatório. Após 7 dias da alta hospitalar, apresentou melhora do tônus retal e da continência. Acompanhamento uroginecológico programado anualmente.</p> <p>DISCUSSÃO: O prolapso genital possui etiologia multifatorial como sexo feminino, multiparidade, hipoestrogenismo, idade avançada e doenças crônicas associadas ao aumento da pressão intra-abdominal. Os sintomas estão relacionados a sensação de peso na vagina e incontinência urinária. As opções terapêuticas devem ser individualizadas, considerando o grau do prolapso, sintomas e a saúde geral da paciente. A correção cirúrgica reconstrutiva ou oclerativa costuma ser opção de escolha para tratamento das distopias genitais. A Colpocleise a LeFort, realizada no caso, é preferencialmente realizada em idosas, que não desejam uma vida sexual. Relatos de casos permitem concluir que essa técnica é eficaz, com taxas de sucesso de 91-100%, a longo prazo, taxa de arrendimento de 5% e taxa de satisfação 85-100%. A incontinência urinária de esforço comumente está associada aos prolapso genitais e estudos mostram que realizar a cirurgia de continência no momento da cirurgia de prolapso pode ser benéfico. O prolapso retal está presente em 2,5/100.000 habitantes e caracteriza-se pela eversão de toda espessura da parede retal através do ânus. A sintomatologia é vaga, pode ocorrer tenesmo, dor, incontinência ou sangramento ao evacuar. A conduta é cirúrgica, uma das técnicas é a de Altermeier (retossigmoidectomia via perineal) recomendada em idosos e pacientes com comorbidades. Apesar de taxa de recidiva (16%), tem baixas taxas de complicações e possibilita rápida recuperação.</p>
<p style="text-align: center;">PO 293-1</p> <p>ENDOMETRIOMA DE PAREDE - ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>Felipe Giacobbo Nunes, Reinaldo Martins de Oliveira Neto, Andre Soares Gallo, Carlos Roberto Puglia, Paulo Roberto Corsi, Jessica Mendes Paes, Beatriz Souza Santos</p> <p><i>Hospital Samaritano de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é uma doença benigna que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, a qual pode ser difusa ou localizada. Uma das formas de endometriose localizada é a que acomete o ovário (forma mais frequente), formando um cisto que chamamos de endometrioma. O modelo mais aceito para explicar essa doença é a hipótese da menstruação retrógrada: fragmentos do endométrio chegam a cavidade pélvica via fluxo retrógrado transtubário, se implantam no peritônio ou em órgãos abdominais, e se proliferam causando inflamação crônica com formação de adesões. É uma doença estrogênio dependente, se manifesta durante a idade reprodutiva, e está associada a dor e infertilidade. Os sintomas mais frequentes são dismenorrea, dispareunia, disquesia e disúria. O diagnóstico é realizado por visualização direta e exame histológico das lesões. O tratamento pode ser cirúrgico em alguns casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 23 anos, notou há cerca de um ano o aparecimento de nódulo doloroso em região inguinal esquerda, aumento de volume lentamente progressivo, mas com tumefação e dor durante o período menstrual. Os ciclos menstruais eram regulares, e a paciente não tinha queixas ginecológicas. O nódulo não aumentava de tamanho com esforço, e não havia queixas abdominais ou digestivas. No exame físico encontrou-se nodulação endurecida em região inguinal esquerda medindo cerca de 3cm, bastante dolorosa ao toque, próxima a topografia do anel inguinal externo. Foi realizado ultrassonografia abdominal e pélvica, sem alterações, e ultrassonografia inguinal esquerda, que indicava o nódulo. Diante disso, foi indicada inguinotomia esquerda. Na cirurgia realizou-se ressecção em bloco do ligamento redondo e nódulo junto ao anel inguinal, e reforço da região com tela de prolene autofixante. Alta no primeiro dia pós-operatório, com boa evolução. Exame anatomopatológico revelou endometrioma com 3,2 cm, de padrão glandular, e aos cortes com cavidade menstrual no centro.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento de endometriomas mais complexos consiste na retirada do cisto (que na maior parte das vezes está nos ovários). Em casos de menor complexidade, o tratamento é feito apenas induzindo a supressão de lesões, abolindo a ovulação e a menstruação através de manipulação hormonal com progesterona, contraceptivos orais e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina. Os sintomas apresentados pelo paciente que orientam a escolha do tratamento.</p>	<p style="text-align: center;">PO 293-2</p> <p>TRATAMENTO DA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRAU ATRAVÉS DA EXCISÃO DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO POR CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA: RELATO DE CASO</p> <p>Alessandra Colman Pacifico, Maria Cristina Chavantes, Renata Belotto, Giovana Monteiro Serrano, Rubens Eduardo Paiva</p> <p><i>Universidade Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O terceiro tipo de câncer que mais afeta as mulheres no mundo é o de colo uterino, sendo a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) sua lesão precursora, causada pelo Papiomavírus humano (HPV). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer cervical foi de 16.370 mulheres (INCA, 2018). A Excisão da Zona de Transformação (EZT) através da cirurgia de alta frequência (CAF) é um tipo de tratamento proposto para a NIC, na qual a região lesionada é retirada por meio de uma alça elétrica de baixa voltagem. A grande vantagem dessa técnica é o baixo-custo-benefício, pode ser ambulatorial, com anestesia local, a excisão da lesão é rápida, a EZT é simultânea com a cauterização, proporcionando poucos efeitos adversos, como a hemorragia pós-operatória.</p> <p>RELATO DE CASO: No Hospital Pérola Byington- Centro de Referência da Saúde da Mulher, duas pacientes com 27 e 39 anos de idade foram tratadas através de EZT após o diagnóstico cito-colpo-histológico de NIC de alto grau e DNA-HPV positivos para grupo de alto risco. A EZT por CAF foi realizada após a anestesia local com Lidocaína 2% sem vasoconstritor, em 4 pontos do colo uterino. A alça de alta frequência utilizada foi a número 19 (2,5X 1,5 cm) e no procedimento foi removido 1,7 cm de profundidade cervical (EZT tipo 2) e enviado para anatomopatológico o produto conizado, cujo diagnóstico demonstrou neoplasia intraepitelial de alto grau com margens livres. As pacientes não apresentaram complicações cirúrgicas e o colo uterino teve regeneração completa em 30 dias. Após o controle de 6 meses do tratamento, pode-se observar que a paciente de 27 anos de idade evidenciou colposcopia - citopatologia normais e DNA-HPV negativo, enquanto a paciente de 39 anos de idade apresentou colposcopia-citopatologia normais e DNA-HPV positivo para grupos de alto risco.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com os resultados, é possível perceber que a paciente abaixo de 30 anos de idade demonstrou clareamento viral em 6 meses pós-tratamento, sugerindo que a idade é um fator relevante para a eliminação precoce da infecção viral. Enquanto a outra paciente submetida ao mesmo procedimento manteve DNA-HPV positivo após 6 meses, podendo-se levantar a possível hipótese que a resposta imunológica da paciente com mais idade possui progressão mais lenta quando comparada com a mais jovem, baseando-se no fato que ambas obtiveram margens livres. Por outro lado, assim como descrito na literatura atual, os dois casos relatados não foram observados complicações intra e pós-operatórias, demonstrando ser uma técnica segura para o tratamento independente da faixa etária, não sendo necessário a internação, proporcionando a redução dos custos de saúde pública.</p>

PO 294-1	PO 294-2
<p>HIDROCELE DE NUCK: UM RELATO DE CASO CIRÚRGICO</p> <p>Davi Farias Pereira, Ricardo Alves Mesquita, Izabella Rezende Oliveira, Eduardo Lenza Silva, Arnaldo Velloso da Costa Filho</p> <p><i>Hospital Regional de Samambaia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O canal de Nuck é uma bolsa anormal de peritônio que se estende anteriormente ao ligamento redondo do útero até os lábios maiores. A obliteração incompleta desse canal (patente processus vaginalis) pode resultar em hérnia inguinal ou hidrocele de Nuck, uma condição rara no sexo feminino.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, com queixa de abaulamento indolor em região inguinal direita há oito meses, sem relato de sinais flogísticos ou trauma prévio. Durante avaliação médica, observou-se abaulamento em região inguinal esquerda, móvel, indolor, friável e sem alterações à manobra de Valsalva. Na investigação diagnóstica, realizou uma ultrassonografia da região inguinal direita, que evidenciou: "lesão circunscrita de conteúdo anecóico e paredes finas algo lobuladas, medindo nos maiores eixos cerca de 56x21x75mm, sem fluxo evidente ao Doppler, continuidade com a cavidade peritoneal, protusão de conteúdo intra-abdominal, alteração do volume à manobra de Valsalva ou à manobra de redução sonográfica. Lesão compatível com hidrocele encapsulada de Nuck". Paciente foi submetida à exérese do cisto por meio de incisão transversa em região inguinal direita, sob raqui anestesia. No intraoperatório, foi identificado volumoso cisto de aspecto loculado e conteúdo líquido, protruindo pelo canal inguinal interno. Não foi identificado hérnia inguinal. Realizado dissecação do cisto com ligadura em seu pedículo e posterior ressecção (com envio à Anatomia Patológica). Ato cirúrgico e anestésico sem intercorrências. Paciente teve boa evolução pós-operatória e encontra-se em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, com queixa de abaulamento indolor em região inguinal direita há oito meses, sem relato de sinais flogísticos ou trauma prévio. Durante avaliação médica, observou-se abaulamento em região inguinal esquerda, móvel, indolor, friável e sem alterações à manobra de Valsalva. Na investigação diagnóstica, realizou uma ultrassonografia da região inguinal direita, que evidenciou: "lesão circunscrita de conteúdo anecóico e paredes finas algo lobuladas, medindo nos maiores eixos cerca de 56x21x75mm, sem fluxo evidente ao Doppler, continuidade com a cavidade peritoneal, protusão de conteúdo intra-abdominal, alteração do volume à manobra de Valsalva ou à manobra de redução sonográfica. Lesão compatível com hidrocele encapsulada de Nuck". Paciente foi submetida à exérese do cisto por meio de incisão transversa em região inguinal direita, sob raqui anestesia. No intraoperatório, foi identificado volumoso cisto de aspecto loculado e conteúdo líquido, protruindo pelo canal inguinal interno. Não foi identificado hérnia inguinal. Realizado dissecação do cisto com ligadura em seu pedículo e posterior ressecção (com envio à Anatomia Patológica). Ato cirúrgico e anestésico sem intercorrências. Paciente teve boa evolução pós-operatória e encontra-se em acompanhamento ambulatorial.</p>	<p>TUMOR OVARIANO BORDERLINE EM PACIENTE COM HEPATOPATIA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Suzy Moura Trindade Viana, Gustavo Sousa Arantes Ferreira, Andre Luis Conde Watanabe, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Leticia Batista Sandré, Poliana Ferreira Vieira, Bárbara Elis Araujo, Paola Cristine Ferigolo</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores ovarianos borderline (BOTs) foram descritos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO) em 1971, e fazem referência a uma neoplasia epitelial do ovário que histologicamente apresenta proliferação celular com anormalidades nucleares, mas não invasão destrutiva estromal. São responsáveis por 10 a 20% dos tumores epiteliais ovarianos, com pico de idade aos 40 anos. No tratamento quase sempre se opta pela cirurgia radical, na tentativa de evitar recidiva do tumor.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 44 anos, com histórico de Cirrose Biliar Primária e Hepatite Autoimune há 9 anos, inicialmente com astenia, prurido e icterícia e antecedente de duas internações por ascite e peritonite bacteriana espontânea além de apresentar duas internações por encefalopatia hepática, encontrava-se inscrita em fila de espera para transplante hepático, com um escore Child-Pugh de 9, classe B e escore do Model for End-Stage Liver Disease (MELD) de 12. Durante avaliação pré-operatória para o transplante, realizou Tomografia Computadorizada que evidenciou lesão cística multiloculada em ovário direito com moderada ascite. Realizou Ressonância Magnética (RM) que corroborou a hipótese de neoplasia anexial. Foi então submetida a salpingooforectomia bilateral, histerectomia, ressecção de tumor peritoneal aderido à bexiga e cistografia, procedimento realizado sem intercorrências. Na anatomia patológica identificou-se lesão mucinosa de baixo grau em ovário e lesão mucinosa de baixo grau em peritônio, compatíveis com tumor borderline de ovário. A paciente foi então inativada na fila de transplante hepático, até melhor caracterização do comportamento biológico do tumor. Durante esse período apresentou dois quadros de encefalopatia hepática necessitando de internação. Há 4 meses, nova RM mostrou um espessamento peritoneal inespecífico. Devido ao aumento nos níveis de Antígeno Cancerígeno 125 (CA 125) outra RM foi solicitada e identificou-se nódulo de 16 mm em espaço retouterino. Foi realizada laparoscopia com ressecção da lesão e hernioplastia incisional, com um resultado anatomopatológico de reação gigantocelular de corpo estranho, sem sinais de recidiva da doença. Houve redução importante do CA125, e como não apresentava mais sinais de neoplasia, foi incluída novamente na fila de espera para transplante hepático 10 meses após a ressecção do tumor, em que segue ativa, com baixos níveis de CA 125 e sem sinais de recidiva em exames de imagem.</p> <p>DISCUSSÃO: Os Tumores Ovarianos Borderline são considerados tumores autônomos do ovário, uma vez que, ao contrário do câncer invasor, não possuem a característica de invasão e destruição estromal. São identificados, normalmente em estágio I da FIGO, em 70% dos casos, sendo a invasão além da pelve (estádios IV, da FIGO), uma exceção. No caso relatado, havia a presença de um implante peritoneal, um fator de risco para recorrência do tumor que deve ser considerado.</p>
<p>PO 295-1</p> <p>UMA HERNIA LOMBAR INFERIOR PRIMÁRIA DIAGNOSTICADA ERRONEAMENTE COMO UM LIPOMA</p> <p>Adêblio José da Cunha, Cirênio de Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Hospital São Lucas - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Esse trabalho foi publicado na revista RCS Annals (2019) por B Kadler, Um Shetye, DK Patten, Um Al-Nowfal. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto. Introdução: As hérnias lombares podem ser superiores (Grynfelt) e inferiores (Petit). As hérnias lombares inferiores são extremamente raras e, portanto, estão associadas à dificuldade diagnóstica.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresentar um caso de uma hérnia lombar inferior espontânea primária em uma mulher de 65 anos que foi inicialmente diagnosticada como um grande lipoma na ultrassonografia. A operação inicial de sutura tecidual biológica foi abandonada em função das altas taxas de recidivas e um reparo de malha aberta foi a cirurgia proposta.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias lombares podem ser primárias adquiridas (55%), secundárias adquiridas (25%) ou congênitas (20%). A imagem transversal por TC ou RM parece ser o padrão ouro no diagnóstico, uma vez que a ultrassonografia pode levar a erros de diagnóstico. Estrangulamento, encarceramento e obstrução são complicações reconhecidas, requerendo intervenção cirúrgica imediata. Atualmente, não há diretrizes para manejos cirúrgicos, embora a cirurgia laparoscópica possa dar os melhores resultados. Tendo em vista a escassez de casos publicados, pretende-se adicionar à literatura para levantar o índice de suspeita e promover o tratamento cirúrgico imediato das hérnias lombares.</p>	<p>PO 296-1</p> <p>HERNIA DE SPIEGEL ASSOCIADA A HERNIA INGUINAL</p> <p>GABRIELA DE SENA CABRAL, ELISA ESTEVES ROSSINI, GABRIELA LOSS BASTO COSTA, LUCAS DE LIMA FERREIRA, VICTOR MARANHÃO ROCHA, GUILHERME COSTA FARIAS, TERESA AMÉLIA DA SILVA OLIVEIRA, RINALDO DE AGUIAR BARBOSA</p> <p><i>HOSPITAL MEMORIAL ARTHUR RAMOS - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias abdominais são caracterizadas por protrusões do conteúdo da cavidade abdominal mediante o defeito, congênito ou adquirido, da parede do abdome com risco de obstrução, encarceramento e necrose. Os principais tipos de herniação constituem em hérnia incisional, umbilical, epigástrica, femoral, inguinal e, por fim, a hérnia de Spiegel, tipo mais raro. O diagnóstico diferencial entre elas deve ser preciso e rápido, pois o alto risco de complicação na hérnia de Spiegel exige intervenção cirúrgica o mais breve possível. Para o cirurgião, saber identificar e diferenciar os tipos de herniações é fundamental para a eficácia no tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 69 anos, hígida, admitida no hospital queixando-se de náuseas e dores abdominais. Nega comorbidades. História prévia cirúrgica de laqueadura e histerectomia. O abdome apresenta-se globoso com massas endurecidas e irreductíveis em região epigástrica e fossa ilíaca esquerda. A história e o exame físico, com técnicas provocativas do tipo Valsalva, evidenciaram hérnia de Spiegel, inguinal à esquerda e epigástrica, posteriormente confirmadas pela tomografia computadorizada de abdome total. O tratamento foi hernioplastia inguinal e spigeliana. Durante a dissecação dos sacos herniários havia alça intestinal encarcerada na hérnia de Spiegel e a parede anterior da bexiga encarcerada na hérnia inguinal. Após redução dos respectivos conteúdos e ligadura dos sacos herniários separadamente, foi colocada uma tela de polipropileno subaponeurótica, a qual abrangia as duas regiões, e fixada no espaço pré-peritoneal. No espaço subcutâneo foi posicionado um dreno de sucção.</p> <p>DISCUSSÃO: A região da fâscia spigeliana encontra-se entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, acima dos vasos epigástricos inferiores, com maior largura e espessura ao nível da linha arqueada de Douglas. O defeito aponeurótico, nessa região, está frequentemente relacionado ao paralelismo dos músculos transverso abdominal e oblíquo interno, onde somente as fibras do oblíquo externo fornecem firmeza, pois a aponeurose muscular ântero-lateral está anterior ao músculo reto. Haja vista, o fato de o músculo oblíquo externo revestir essa área pode dificultar a evidência da hérnia de Spiegel no exame físico e retardar o diagnóstico. Além disso, a artéria epigástrica inferior cria um espaço ao acompanhar a fâscia transversal na borda lateral do músculo reto, perto da linha arqueada. Por outro lado, a região inguinal possui o orifício miopectíneo de Frouchaud delimitado superiormente pelo músculo oblíquo interno e transverso, inferiormente pelo ligamento pectíneo, lateralmente pelo músculo iliopsoas e medialmente pelo músculo reto abdominal. Neste espaço não existe parede muscular anterior, há somente a fâscia transversal e o peritônio, o que torna vulnerável ao surgimento de hérnias. O tratamento, nesse caso, deve ser cirúrgico com colocação de tela para reforçar a parede abdominal e diminuir as recidivas.</p>

PO 296-2	PO 297-1
<p>ADENOCARCINOMA MUCINOSO BILATERAL DE OVÁRIO: RELATO DE CASO</p> <p>Bárbara Elis de Araujo, Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes, Iago Icaro Murad Moura, Suzy Moura Trindade Viana, Poliana Ferreira Vieira, Paola Cristine Ferigolo, Pedro Henrique Nunes de Araujo, Leticia Maiara Nunes Araujo</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de ovário corresponde a menos de 2% dos cânceres ginecológicos, porém é a primeira causa de morte por câncer ginecológico em mulheres. O adenocarcinoma mucinoso é responsável por cerca de 5 a 10% dos casos de neoplasias malignas de ovário e comumente é diagnosticado em estádios precoces, na contramão dos outros tipos histológicos com foco primário em ovário. A disseminação dos tumores de ovário ocorre principalmente por esfoliação, com liberação de células malignas na cavidade peritoneal, as quais podem se implantar em qualquer parte do abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 62 anos, consciente, orientada, deambulando, normocorada, hidratada, com fala preservada, pele e mucosas íntegras foi submetida à laparotomia exploradora no Hospital Regional de Samambaia (DF). Durante o procedimento encontrou-se grande tumoração em ambos os ovários, bastante quantidade de muco espesso de aspecto gelatinoso, além de ascite. Foram visualizados implantes tumorais na cavidade e na superfície dos órgãos abdominais, com sinais de carcinomatose peritoneal. Realizou-se histerectomia total e anexectomia bilateral. Após 3 dias do procedimento, a paciente recebeu alta hospitalar. Exame histopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso bilateral de ovário, de grau histológico bem diferenciado (G1), com acometimento de corpo uterino e tubas uterinas, sem evidência de invasão angiolinfática. A análise de líquido ascítico apontou malignidade compatível com metástase de tumor papilar. A paciente foi encaminhada para seguimento ambulatorial em ginecologia oncológica, onde será avaliada a necessidade de laparotomia de second look.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento do câncer de ovário é realizado por meio de cirurgia e quimioterapia. Além de fazer parte do tratamento, a cirurgia é fundamental para o diagnóstico e permite estabelecer o estadiamento da paciente. O tratamento cirúrgico consiste na realização de salpingooforectomia bilateral, histerectomia total, excisão de linfonodos paraórticos e pélvicos suspeitos, omentectomia infracólica, ressecção de implantes macroscópicos e múltiplas biópsias em pelve, peritônio e cápsula de Glisson. Este procedimento permite que seja feito o estadiamento da neoplasia, e assim, acompanhar adequadamente a paciente e tomar conhecimento do prognóstico. A paciente deste caso encontra-se no estágio IIc (tumor com extensão e/ou metástases para o útero e/ou trompa, e ascite com células malignas presentes). É menos comum no momento do diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de ovário a paciente se encontrar em estádios acima do I, o que ocorre em apenas 17% dos casos deste tipo histológico. Outro fato incomum é o acometimento de ambos os ovários, o que ocorre em 20% dos casos de adenocarcinoma mucinoso de ovário. A taxa de sobrevivência em 5 anos para este estágio e tipo histológico é de aproximadamente 80%, chegando a 18% em estádios mais avançados.</p>	<p>UM ENCONTRO RARO DE HERNIA INGUINAL DIRETA OBSTRUÍDA DA VARIEDADE DE DESLIZAMENTO</p> <p>ADÉBLIO JOSÉ DA CUNHA, CIRENIO ALMEIDA BARBOSA, RONALD SOARES DOS SANTOS, WEBER CHAVES MOREIRA, THALES ALVES DE SOUZA, TUJAN SANTIAGO CERQUEIRA, THAIS OLIVEIRA DUPIN, WILSON SANTANA SILVA JÚNIOR</p> <p><i>Hospital São Lucas - BELO HORIZONTE - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Esse trabalho foi publicado no Jornal Internacional de Relatos de Casos Cirúrgicos (2018) por M.Kamat et al (2019). Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto. Introdução: Introdução: A hérnia inguinal da variedade de deslizamento, do tipo direta, com bexiga como o seu conteúdo é extremamente rara.</p> <p>RELATO DE CASO: paciente de sexo masculino de 83 anos de idade, com edema irreduzível e doloroso na região inguinal direita e que exacerba com a tosse na região inguinal direita. Na exploração do lado direito, constatou-se que a hérnia obstruída era uma hérnia de deslizamento do tipo direta com camada de cobertura anterior e contendo alças congênicas do intestino delgado (íleo) e bexiga, formando a parede medial do saco herniário. Depois de ganhar a viabilidade, o conteúdo foi reduzido, o defeito da parede posterior foi fechado e o reparo livre de tensão de Lichtenstein foi feito.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia inguinal direta obstruída da variedade de deslizamento com bexiga sendo um dos seus conteúdos é extremamente rara e nenhum caso foi relatado ainda. Embora o encarceramento e até mesmo o estrangulamento sejam extremamente incomuns na hérnia inguinal direta em comparação com a hérnia inguinal indireta. Uma hérnia inguinal direta de longa duração pode se apresentar como obstrução intestinal aguda ou subaguda, especialmente em pacientes idosos. Portanto, o paciente idoso com hérnia inguinal obstruída pode ser de variedade direta e precisa ser reparada imediatamente. As hérnias deslizantes são diagnosticadas no intra-operatório e é muito difícil de identificar clinicamente. As hérnias deslizantes são mais comuns na idade avançada do sexo masculino, de variedade indireta no lado esquerdo de acordo com a maioria das literaturas. A boa técnica cirúrgica e o uso de materiais protéticos modernos devem nos permitir ter o mesmo risco de complicações precoces e tardias depois de operarmos com uma hérnia inguinal deslizante e não deslizante. Desse modo, a hérnia inguinal direta da variedade de deslizamento obstruída é rara. Hérnia deslizante direta no lado direito com íleo como conteúdo e bexiga formando a parede é extremamente rara.</p>
<p>PO 297-2</p> <p>GIGANTOMASTIA GESTACIONAL UNILATERAL SECUNDÁRIA A HIPERPLASIA LOBULAR DA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, MARIA LUIZA GONÇALVES DOS REIS MONTEIRO, JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX, BRUNO LEONARDO PEGORATO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - VITORIA - Espírito Santo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gigantomastia gestacional é condição rara na gravidez caracterizada por hipertrofia das mamas, geralmente bilateral. Raros casos são unilaterais e podem persistir após a gestação.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 21 anos, na 24ª semana gestacional, apresentou crescimento rápido da mama direita, associado a peau d'orange e sinais flogísticos. À ultrassonografia, a mama direita media cerca de 20 cm no maior diâmetro, com aspecto irregular e heterogêneo, pequenas coleções homogêneas anecóicas laminares em quadrantes laterais e aumento discreto e difuso da vascularização ao Doppler. À Ressonância Magnética, a mama direita apresentava hipersinal em T2 e STIR, sem áreas de restrição à difusão, lesões focais ou acometimento da parede torácica subjacente. Indicou-se core-biopsy cujo diagnóstico foi hiperplasia lobular gestacional, sem atípicas. A paciente evoluiu com crescimento mamário expressivo, com áreas de necrose da pele no quadrante superior externo. Foi submetida a mastectomia simples na 32ª semana gestacional, com boa evolução. A mama pesou 2626g e mediou 22x21x8,5cm. Aos cortes, observou-se aspecto lobulado e acinzentado. A microscopia mostrou lóbulos aumentados com alterações secretórias lactacionais e secreção intraluminal. O estroma era edemaciado, com áreas mucóides. A paciente foi submetida a cesariana na 39ª semana gestacional e está em aleitamento materno exclusivo pela mama contralateral.</p> <p>DISCUSSÃO: Gigantomastia gestacional não tem etiologia e fatores de risco bem estabelecidos. Neste caso, de acometimento unilateral, fatores locais, como maior sensibilidade dos receptores hormonais, parecem estar envolvidos. São diagnósticos diferenciais: mastite infecciosa, hipertrofia mamária juvenil, sarcoma primário ou metastático, tumor phyllodes e carcinoma inflamatório. A indicação de mastectomia neste caso foi devida ao volume excessivo e necrose parcial da pele. O tratamento pode ser conservador, medicamentoso ou cirúrgico com mamoplastia redutora ou mastectomia. Este caso ilustra o curso clínico-patológico de uma entidade rara, que se apresentou de forma ainda mais incomum, unilateralmente. O diagnóstico patológico foi importante para guiar o tratamento e permitiu afastar outras doenças que entraram no diagnóstico clínico diferencial incluindo mastite infecciosa, sarcoma primário ou metastático, tumor phyllodes e carcinoma inflamatório.</p>	<p>PO 298-1</p> <p>HERNIA ABDOMINAL POS-TRAUMÁTICA CONTUSO</p> <p>Elisa Esteves Rossini, Gabriela de Sena Cabral, Gabriela Loss Basto costa, Guilherme Costa Farias, Teresa Amélia da Silva, Rinaldo de Aguiar Barbosa, Lucas de Lima Ferreira, Victor Maranhão Rocha</p> <p><i>cesmac - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de parede abdominal traumática é uma entidade clínica pouco frequente apesar do aumento estatístico do trauma abdominal contuso, que é resultante de uma força súbita e violenta ocasionado pelos mais diversos agentes. A hérnia pode ser decorrente de pequenos defeitos abdominais tipicamente de trauma contuso dirigido ou defeitos maiores relacionados a acidentes automobilísticos.</p> <p>RELATO DE CASO: Relatamos um caso raro de hérnia abdominal por trauma contuso de um paciente de 58 anos, vítima de acidente automobilístico, com exames físicos e complementares sugestivos de hérnia em parede abdominal em flanco esquerdo, com sinais de ruptura pós-traumática. O tratamento foi correção primária e redução do conteúdo herniário com utilização de tela sintética de polipropileno para reforçar a parede abdominal e prevenir recidivas. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, com clínica favorável. Após 2 meses apresentava parede abdominal íntegra, sem sinais de recidivas.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico é frequentemente realizado somente com a história clínica e o exame físico, no entanto um exame de imagem mais elaborado como a TC é importante para definir o local e o defeito da parede. O reparo cirúrgico da herniação é sempre indicado. O tratamento consiste na redução da herniação e na correção do orifício herniário.</p>

PO 298-2	PO 299-2
<p>CISTO ADENOMA OVARIANO GIGANTE</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, SAMUEL OLIVEIRA SILVA JÚNIOR, ANDRE LUIS COSTA BARBOSA, AMANDA CARLA VALENTIM SOUZA, SENIVAL ALVES OLIVEIRA JÚNIOR, DENED MYLLER BARROS LIMA, REBECCA GOMES FERRAZ, ANTONIO BRAZ SILVA NETO</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As massas ovarianas são mais comuns na quarta e quinta década de vida, sendo a grande maioria dos casos benignos. Os cistoadenomas mucinosos representam cerca de 15% dos tumores benignos e chamam a atenção por poderem atingir grandes dimensões, que levam a significativo aumento do volume abdominal, com casos relatados de tumores de até 20kg. Por se tratar de uma patologia pouco sintomática, não é tão raro que as massas cheguem a dimensões maiores, como o caso que vamos descrever. O tratamento preconizado para tumorações malignas ou massas maiores que 10cm é a laparotomia exploradora.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 33 anos, casada, do lar. Hipertensa. G3P3A0 (03 partos cesarianos). Chega ao ambulatório de um Hospital Universitário, em Março de 2018, com queixas de dores eventuais em flanco esquerdo e coluna lombar por cerca de 4 meses. Nota aumento do volume abdominal há um ano. Trouxe USG de Outubro de 2017 que mostra tumoração cística gigante, ocupando toda a região abdominal, medindo cerca de 5.315cm³. Foi solicitada TC de Abdome e Pelve realizada em Abril de 2018: Volumosa formação cística na cavidade abdominal, multiloculada, apresentando loculações com conteúdo de densidades diferentes e algumas septações espessadas, sem realce pelo contraste. Mede 29,4 x 29,4 x 20,7cm, com volume estimado em 9,303ml. Além de CA 19-9: 161,4 e Citologia oncológica: Negativa para neoplasia. Em Outubro de 2018, foi realizada uma laparotomia exploradora com incisão mediana xifo-púbica e exérese de grande cisto ovariano a esquerda. Boa evolução clínica e alta hospitalar com dois dias. E mantendo acompanhamento ambulatorial. O histopatológico revela Cistoadenoma mucinoso de ovário esquerdo, com dimensões de 36,0 x 31,0 x 22,0 cm e peso de 14Kg.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores benignos do ovário cursam com poucos sintomas, dificultando o diagnóstico precoce. O melhor método é o USG que pode não ser disponível em regiões mais remotas do país, por ser operador dependente, bem como a TC por ser um exame caro. O diagnóstico acaba ocorrendo tardiamente, permitindo às massas tornarem-se volumosas, como o caso acima descrito, elevando a morbi-mortalidade da doença.</p>	<p>DISTOPIA UTERINA INCOMUM POS-CIRURGIA DE TRAUMA: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Caroline Mendes Benigna Sales Armstrong, Bruna Benigna Sales Armstrong, Maria Dallara Barroso e Silva, Carlo Victor Sousa Rodrigues, Francisco Fernando da Silva Amorim Júnior, Guilherme Victor Sousa Medeiros, Izaías Barboza Junior</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As complicações da laparotomia emergencial como abordagem única na cirurgia do trauma ainda não foram suficientemente investigadas. No entanto, as evidências existentes apontam obstrução do intestino delgado, hérnia incisional e infecção como suas complicações mais comuns, como também que o órgão do trato geniturinário mais acometido nas cirurgias pélvicas e vaginais é a bexiga. Apesar da constante subestimação dessas lesões no trato geniturinário inferior, seu diagnóstico e seu manejo adequados são importantes para evitar aumento da morbimortalidade. Este artigo apresenta um caso raro de mudança iatrogênica de posicionamento envolvendo útero e bexiga, como complicação da cirurgia do trauma.</p> <p>RELATO DE CASO: M.R.A.G, 16 anos, sexo feminino, queixando-se de dor pélvica crônica intensa desde a menarca, sem alteração de fluxo menstrual, associada a isolamento social decorrente de constante exalação de odor fétido genital. Possui histórico de laparotomia exploratória aos 2 anos por trauma automobilístico. Ao exame físico do aparelho genital, não se evidenciou alteração à inspeção. Prosseguiu-se a propedêutica diagnóstica pelos exames complementares, pois negava início da atividade sexual. A ultrassonografia pélvica transabdominal apresentou resultado inconclusivo, necessitando de complementação pela ressonância magnética da pelve, suscitando imagem sugestiva de hematometria e hematocolpo decorrentes de estenose vaginal. Foi submetida à vaginoscopia diagnóstica com histeroscópio, apresentando abaulamento de parede vaginal anterior e vagina de 5 cm em fundo cego. Optou-se por sondagem vesical, a fim de diminuir o abaulamento de parede vaginal anterior, identificando-se hematúria no coletor. No mesmo tempo cirúrgico realizou-se cistoscopia, onde a bexiga apresentava distensão com conteúdo hemático e paredes trabeculadas. Além disso, identificou-se, em fundo vesical, estrutura semelhante à ectocérvice uterina, esta foi cateterizada para radioscopia, confirmando tratar-se do colo uterino. Em abordagem subsequente, procedeu-se uma cistostomia com recanalização vaginal, fixação uterina em sua posição anatômica e cistorrafia com interposição de omento maior entre bexiga e útero. Concluiu-se o procedimento com introdução de molde vaginal e sonda vesical de demora tipo Foley. Retirou-se a sonda após 15 dias e progrediu-se, gradativamente, o aumento do tamanho do molde até atingir o comprimento vaginal de 11 cm.</p> <p>DISCUSSÃO: A ciência médica já afirma que cabe a cada especialidade o estudo da iatrogenia que esteja em seu domínio. Todavia, até o presente momento, não foi por nós encontrado caso semelhante na literatura. Logo, é de responsabilidade fundamental aos profissionais o conhecimento dessa condição, uma vez que pacientes submetidos à abordagem abdominal única possuem aumento da morbiletalidade, podendo resultar em uma taxa de readmissão de até 30%.</p>
<p>PO 300-2</p> <p>SINDROME DE MEIGS: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Eid Gonçalves Coelho, João Vilarinho Cavalcante Filho, Elson Gomes de Castro, Caio Victor Almeida Sampaio, Francisco Fernando da Silva Amorim Júnior, Bruna Benigna Sales Armstrong</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Meigs (SM) caracteriza-se pela presença de neoplasia ovariana sólida benigna associado à ascite e/ou à derrame pleural que apresenta resolução espontânea após ressecção tumoral. Ocorre em aproximadamente 1% dos casos de fibroma ovariano e acomete mulheres na 5ª década de vida. Por ser uma síndrome rara, faz-se importante o diagnóstico diferencial com tumores malignos do ovário que cursam com quadro clínico semelhante, entretanto com tratamento e prognóstico diferentes. Este caso reporta uma SM clássica.</p> <p>RELATO DE CASO: Indivíduo de 65 anos, sexo feminino, admitida com 1 mês de dispneia e tosse não produtiva. Ao exame físico encontrava-se hipocorada +/-, murmúrios vesiculares diminuídos em base direita sem ruídos adventícios e massa palpável em hipogástrico. Raios-x de tórax evidenciou derrame pleural. Tomografia computadorizada tóraco-abdominal com contraste apresentou micronódulos pulmonares sólidos bilaterais, ascite de pequeno volume e volumosa formação expansiva mista predominantemente sólida localizada na região pélvica mediana/paramediana direita. Ca-125: 502 U/mL. Procedeu-se toracostomia com drenagem pleural e análise do líquido pleural a qual se mostrou negativa para células neoplásicas. Realizou-se laparotomia exploratória com salpingo-ooorectomia bilateral. A citologia de líquido ascítico mostrou-se negativa para células neoplásicas. O resultado do histopatológico foi de fibroma ovariano em ovário direito. Evoluiu sem complicações e com resolução da ascite, do derrame pleural e do marcador CA-125.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Meigs ainda tem sua etiologia e sua fisiopatologia pouco conhecidas. Os fibromas ovarianos podem apresentar níveis séricos elevados de CA-125, como no caso descrito acima, o que pode gerar dúvidas em relação à sua benignidade, uma vez que embora o Ca-125 possua baixa especificidade, é de fundamental importância no diagnóstico, pois é expressado pela superfície do omento e peritônio em detrimento da própria superfície tumoral. Além disso, a presença de ascite e derrame pleural também se relaciona a níveis aumentados desse biomarcador. Porém, sabe-se que esse é um marcador inespecífico que pode estar aumentado tanto em malignidades quanto em doenças benignas, sendo necessário estudo tumoral anatomopatológico por congelamento para definir a proposta cirúrgica. A resolução do quadro usualmente ocorre após a exérese tumoral.</p>	<p>PO 301-2</p> <p>Gravidez Ectópica Abdominal Secundária Rota – relato de caso.</p> <p>ANDRÉ LUÍS SILVA AMARAL, ERIKA MOREIRA DA SILVA, ANA KAREN MOZER, CAMILA PAIXÃO MARQUES</p> <p><i>HRCFA UNEMAT - CACERES - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gravidez ectópica abdominal (GEA) corresponde a implantação e desenvolvimento do saco gestacional fora da cavidade uterina e nos limites da cavidade abdominal, sendo rara, encontrada em 0,5% das gestações. O diagnóstico da GEA é feito por sinais clínicos, dosagens do βHCG e USG transvaginal. O objetivo do estudo é relatar um caso de gravidez ectópica abdominal assistida no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes, analisando a importância do diagnóstico precoce para prevenção de complicações emergenciais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.L.V.E 28 anos, solteira, nuligesta, ciclos menstruais regulares, proveniente da Bolívia, deu entrada no serviço no dia 20/09/2016 com quadro de dor abdominal há 2 semanas. Traz consigo USG transvaginal mostrando útero com endométrio aspecto trilaminar e líquido em fundo de saco de Douglas, interrogando doença inflamatória pélvica (DIP). Exame físico: face algíca em MEG, descorada +/-, PA: 90/50 mmHg, FC: 89 bpm, FR: 22 irpm e Tx: 37,9°C, abdome: dor em hipogástrico a palpação profunda e DB(-). Diante deste quadro, suspeitou-se de prenhez ectópica rota. Outro diagnóstico possível seria um acidente hemorrágico ginecológico ou DIP. Devido a esta suspeita clínica, solicitamos exames laboratoriais de rotina: β-HCG e USG trans-abdominal. Hemograma: Hb: 9,9g/dl, Ht: 30 e β-HCG(+). USG trans-abdominal: evidenciou líquido em fundo de saco de Douglas, com útero e ovários sem particularidades. Diante destes resultados, a paciente foi encaminhada imediatamente para o centro cirúrgico para laparotomia exploradora. No inventário cirúrgico dos órgãos abdominais, encontrou-se implantação do ovo no fundo de saco de Douglas envolto em uma bolsa de coágulo. Realizou-se exérese cirúrgica da peça e em seu interior havia presença de feto compatível à 6 semanas. A paciente recebeu alta curada no 2º dia pós-operatório sem necessidade de hemotransfusão.</p> <p>DISCUSSÃO: A GEA pode ser resultado de aborto tubário (GEA secundária) ou da direta implantação do ovo na cavidade peritoneal (GEA primária). O sintoma mais comum da GEA é a dor abdominal. O diagnóstico precoce da GEA mostra-se essencial na redução do risco de ruptura, além de melhorar o prognóstico. Na maioria das vezes o diagnóstico de GEA é intraoperatório (40%). Alguns autores defendem que a USG transvaginal proporciona um grande percentual de acertos (>75%) no diagnóstico da prenhez ectópica abdominal. Porém, é um tema controverso, já que a maioria defende que esse diagnóstico deve basear-se em dados clínicos, USG e dosagem do βHCG. A GEA deve ser interrompida no momento do diagnóstico para evitar complicações maternas como hemorragia, infecção, anemia, CIVD, TEP. Em nosso caso, o aparelho ginecológico estava normal sem sinais de gestação, como se a peça estivesse envolto em uma bolsa de coágulo. Não foi possível verificar implantação do feto no peritônio do fundo do saco de Douglas. Caso tivesse sinais de implantação da placenta, estaríamos diante de um caso mais raro: gravidez ectópica abdominal primária.</p>

PO 302-2	PO 303-1
<p>MELANONA VAGINAL INVASOR EM PACIENTE POS-MENOPAUSA: RELATO DE CASO</p> <p>ALOISIO VIEIRA SILVA, BEATRIZ DE JESUS FURTADO BATALHA, ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE, NATALIA REIS DE SÁ, TAYANA AGOSTINHO AYUB</p> <p><i>UFES - VITORIA - Espírito Santo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A importância de relatar este caso de melanoma vaginal invasor advém da necessidade de considerar dentre as causas de sangramento vaginal, causas remotas e que nem sempre são cogitadas dentre os diagnósticos diferenciais para o sinal apresentado. Os melanomas são neoplasias agressivas que tem origem na transformação maligna dos melanócitos. Constituem uma doença fenotípica e microscopicamente heterogênea que podem ter origem cutânea, uveal e mucosa. Apresentam entre si diferentes cursos clínicos, perfis de mutações e fatores de risco.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 62 anos, multipara G4P3A1, menarca aos 13 anos, coitaca aos 18 anos, última menstruação aos 49 anos. Último COT realizado em 2016. Hipertensa, com história prévia de cesariana e polipectomia uterina. Iniciou em março de 2018, quadro de corrimento vaginal aquoso ocasionalmente apresentando estrias de sangue, sem odor, negou dor abdominal ou pélvica, negou dispareunia. Buscou atendimento no ambulatório de Ginecologia do Hucam, onde foi realizado exame especular parede vaginal apresentando múltiplas manchas enegrecidas difusas de variados tamanhos, friáveis. Colo posterior com orifício fechado sem corrimento aparente. Coletado COT em 27/04/2018 que evidenciou ASC-H com flora escassa e indefinida; realizada de biópsia de placas de 27/04 apresentou Melanoma in situ com margens cirúrgicas laterais comprometidas. Encaminhada ao ambulatório de Oncologia Ginecológica, solicitado exame anatomopatológico em 17/07 evidenciou lesão vegetante enegrecida em mucosa uretral, com manchas enegrecidas por toda parede vaginal que se estende até o colo uterino, friáveis com sangramento leve associado. Conclusão: Melanoma maligno intraepitelial. Diante disso, foram propostas histerectomia total tipo I, colpectomia total, anexectomia esquerda, vulvectomia radical e uretrectomia com reconstrução a Mitrofanoff realizados em 27/08. Exame anatomopatológico de 28/08 evidenciou melanoma invasivo de células epitelioides com 55 mm em todos os espécimes, componente in situ extenso, útero miomatoso, margens, uretra e linfonodo sentinela livres de lesão. Paciente com boa evolução pós-operatória, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de uma neoplasia pouco frequente e de localização ainda mais rara que pode facilmente ser confundida com outras causas de sangramento vaginal e requer inicialmente a realização do exame especular para visualização da lesão e coleta do espécime para a biópsia. A idade da paciente desse caso corrobora com a idade em que essa neoplasia é mais frequentemente observada que é no período pós-menopausal. Contudo o quadro clínico só apresenta dois dos sinais e sintomas mais comuns, nesse caso, sangramento e corrimento vaginais, estavam ausentes massa palpável ao exame ginecológico e a dor, portanto, pode apresentar-se com uma clínica mais sutil e que pode ser pouco valorizada pelo paciente, passando despercebida.</p>	<p>TUMORES SINCRONICOS DE ESOFAGO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Rodrigo Silveira Rocha, Mariana Magalhães Rodrigues dos Santos, Caroline Damas de Andrade Oliveira, Deborah Roberta Liduário Raupp, Caroline Ferrari, Ekaterine Apostolos Dagios, Victoria Fátima Sabino Bernardo Guinhoni, Isabella Fernandes</p> <p><i>Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de esôfago é a sexta neoplasia maligna mais comum no mundo, representando 4,5% de todos os carcinomas do trato digestivo, apresentando incidência considerável e alta letalidade. Pode ser classificado histologicamente em carcinoma espinocelular (CEC) e adenocarcinoma, sendo este mais prevalente sobre o CEC em algumas populações. Vários trabalhos mostraram a possibilidade de sincronismo entre o CEC de esôfago e CEC de cabeça e pescoço, porém, pouquíssimos estudos relataram a presença de adenocarcinoma e CEC, concomitantemente, no esôfago.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 56 anos, etilista e tabagista há 35 anos, com história de dispepsia e êmese há 3 meses associado a perda ponderal, disfagia progressiva, atualmente para líquidos, bem como parada das evacuações há 20 dias. Nega hematêmese e outros sintomas. Endoscopia digestiva alta (EDA) com lesões em esôfago proximal e distal e exame anatomopatológico confirmando CEC e adenocarcinoma, respectivamente. Tentado passagem de sonda nasoesofágica sem sucesso sendo indicado via alimentar cirúrgica. Durante a internação apresentou dois episódios de crises convulsivas com pesquisa de metástase cerebral negativa. Após estabilização clínica, submetido a jejunostomia e iniciado o processo de recuperação nutricional. Atualmente se encontra em tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: A alta incidência do câncer de esôfago e seu comportamento agressivo tanto em crescimento local e capacidade de disseminação linfática e hematogênica, o tornam um importante problema de saúde pública. Considerando os tipos histológicos, o carcinoma espinocelular, acomete principalmente o terço médio e proximal do esôfago, enquanto o adenocarcinoma acomete o terço inferior, originando-se das glândulas superficiais e profundas do esôfago. São muitos os fatores de risco, entre eles o etilismo, tabagismo, obesidade, envelhecimento e hábitos inadequados, como a ingestão de alimentos ricos em carcinogênicos, com algumas diferenças entre os tipos histológicos citados. No caso em questão, o paciente apresenta os dois tipos histológicos simultaneamente, sendo um caso raro e de prognóstico reservado, principalmente pelo diagnóstico tardio. Como tratamento de cada tipo possui suas especificidades, o caso em questão continua em discussão quanto a melhor abordagem, estando, no momento, realizando quimioterapia e radioterapia.</p>
<p>PO 303-2</p> <p>EXTRUSAO TARDIA DE TVT RETROPUBLICO APÓS 10 ANOS DE CIRURGIA: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Nunes de Araujo, Leticia Maiara Nunes Araujo, Laís Ribeiro Vieira, Nathana do Prado Oliveira, Paula Faria Campos, Rodrigo Caires Campos, Fernando José Silva de Araújo, Gilmária Borges Sousa</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A incontinência urinária de esforço (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como perda involuntária de urina. No Brasil, cerca de 10% das consultas ginecológicas apresentam queixa principal a IU, afecção que interfere na vida social, emocional e nas atividades laborais das pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, feminina, 58 anos, G3PN2C1, com histórico de cirurgia TVT retropúbico (Transvaginal Tension-free Tape ou Sling) há 11 anos. Procurou o ambulatório de uroginecologia com queixas de incontinência urinária mista (IUM), vaginose crônica, infecção do trato urinário (ITU) de repetição e relato de tentativas de exérese do TVT em centro de saúde. Ao especular, notou-se retração de mucosa sub-uretral cerca de 01cm, com área friável e sangrante, sugestivo de granuloma. Não foi visualizada erosão no local de sling retropúbico na ocasião do especular ou ao toque vaginal, Teste de Azul de Metileno negativo. Uretrocistoscopia inalterada. Estudo urodinâmico (05/2017): cistometria e estudo miccional dentro da normalidade. Submeteu-se a raqui-anestesia para exérese de granuloma sub-uretral, na ocasião do procedimento visualizou-se tunelização retropúbica a esquerda, cruenta, hiperemiada contendo fragmento de tela sintética de Sling cerca de 04cm de aspecto necrótico. Realizado remoção do fragmento exposto, encaminhado para cultura e desbridamento de mucosa vaginal uretral. No 6º dia de pós-operatório evoluiu com farmacodermia por Aines, quadro sugestivo de Síndrome de Steven Johnson. Segue em acompanhamento uroginecológico com resolução de ITU e vaginose, tratou cultura da tela positiva para E. coli. Aguarda convalescença cirúrgica para realização de fisioterapia de assoalho pélvico.</p> <p>DISCUSSÃO: A IU é condição com impacto direto na qualidade de vida das pacientes, o que demanda adequado manejo a fim de reduzir a morbidade. De acordo com o tipo de IU (Esforço, Hiperatividade do Detrusor ou Mista), opta-se pelo tratamento clínico por meio de mudanças comportamentais, fisioterapia, neuromodulação, farmacológico ou cirúrgico. Existem várias técnicas cirúrgicas para o tratamento da IU, sendo as técnicas TVT retropúbico e transobturatório as mais indicadas atualmente devido a maior taxa de cura. Cirurgias convencionais como Colpoplastia, Kelly-Kennedy, Burch ou Marshall-Marchetti podem ser uma opção para o tratamento. Complicações pós-operatórias como infecção, retenção urinária, perfuração de parede vaginal, lesão de nervo e erosão da tela são comuns. A extrusão da tela de Sling é uma complicação tardia do procedimento, com incidência na literatura entre 7,5% a 15%. Alguns fatores predispoem o risco erosão da tela, tal como tabagismo, obesidade e diabetes. Inicialmente, a erosão pode ser conduzida clinicamente com antibioticoterapia e estrogênio local por 6 a 8 semanas. Na persistência dos sintomas, é indicado a exérese da tela associada ao desbridamento dos tecidos ao redor. É necessário seguimento rigoroso a fim de avaliar a recorrência dos sintomas miccionais.</p>	<p>PO 304-1</p> <p>OS TIPOS DE CANCER NO ESOFAGO: CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS E ADENOCARCINOMAS; E AS PRINCIPAIS TECNICAS CIRURGICAS REALIZADAS NO TRATAMENTO DESSA PATOLOGIA.</p> <p>Manuela Bandeira da Silva Filha, ADRYELLA DE OLIVEIRA CÂNDIDO, Day'ane Matosinhos de Carvalho, Caio willer Brito Gonçalves, Caroline Figueira Barros, Jéssica Costa Aguiar, Leandro Augusto Alves Oliveira, RODRIGO DISCONZI NUNES</p> <p><i>Universidade de Gurupi - gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relacionar as principais características dos tipos de câncer de esôfago: Carcinoma de células escamosas (CCE), mais prevalente até a década de 70 e Adenocarcinoma, atualmente o mais incidente, com os procedimentos cirúrgicos mais utilizados no tratamento. O principal tratamento decorre da mucosectomia, que não é necessariamente uma cirurgia, mas que é preferível em relação a esofagectomia pela menor chance de recidiva e maior sobrevida dos pacientes com CCE. No entanto, quando acomete a região esôfago gástrica a cirurgia (esofagectomia) é o melhor tratamento, por se tratar de uma região de transição, seguida de uma reconstituição do trato alimentar. Se ocorre metástase, a linfadenectomia é essencial para evitar o espalhamento.</p> <p>RELATO DE CASO: O câncer de esôfago acomete mais homens que mulheres, na faixa etária acima de 50 anos. O CCE, derivado do epitélio estratificado não queratinizado presente nos terço médio comumente relacionado ao álcool e cigarro. E o Adenocarcinoma, ou carcinoma esôfago-gástrico (JEG) localizado geralmente na porção distal do esôfago, relacionado ao refluxo gastroesofágico, a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e a metaplasia do epitélio (esôfago de Barrett). Existe uma forte relação de JEG com paciente obesos. O carcinoma esofágico tem um início duvidoso, no entanto, geralmente apresenta disfagia, odinofagia e pirose. A metástase a distância mais importantes são fígado e pulmão. As principais formas de diagnóstico é o exame radiológico, quando superficial, a endoscopia onde a neoplasia apresenta-se infiltrante e a biópsia; além da clínica do paciente, instigada pelos sintomas de DRGE. As modalidades de tratamento endoscópico da neoplasia esofagiana incluem as técnicas de ressecção (Mucosectomia ou Dissecção Endoscópica da Submucosa. O carcinoma intramucoso que é um subtipo de JEG é caracterizado pela invasão de células epiteliais neoplásicas na própria lâmina, logo requerem intervenções cirúrgica como a Esophagectomia. A esophagectomia subtotal, consiste na retirada do esôfago, exceto o seguimento proximal do esôfago (cervical), que será anastomosado ao estômago ou a um seguimento do colón para a reconstrução do trânsito.</p> <p>DISCUSSÃO: Na literatura brasileira predomina a técnica de Pinott, um procedimento antirefluxo, em que a gastroesofagoexia, abrange a face posterior a partir de um eixo longitudinal, a face esquerda e a face anterior do esôfago, envolvendo-a a uma altura de 5 a 6 cm, em cerca de dois terços de sua circunferência. Faz a miotomia, coma retirada de uma fita da parede muscular, da face anterior do esôfago, estendendo-se 3 cm a baixo e 6 m a acima da transição esôfago gástrica.</p>

PO 304-2	PO 305-2
<p>HISTERECTOMIA POR ATONIA UTERINA COM MENORRAGIA POS-PARTO VAGINAL</p> <p>Izabela Fernanda da Silva, Laís Ribeiro Vieira, Igor Diego Carrijo dos Santos, Bruna da Silva Feitosa, Ana Luiza Dias Moreira, Nathana do Prado Oliveira, Pedro Henrique de Oliveira, Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hemorragia pós-parto consiste na perda igual ou maior que 500ml de sangue após o parto e é responsável por 25% das mortes maternas no mundo. Dentre as principais etiologias, estão presentes as lacerações de trajeto genital (10%), a retenção placentária (20%) e, principalmente, a atonia uterina (70%). Assim, a possibilidade de instabilidade clínica e hemodinâmica requer um diagnóstico célere, com condutas que corroborem a diminuição da morbimortalidade materna devido à hemorragia. Este relato visa discutir condutas tomadas diante do caso clínico de uma paciente de 31 anos, G4P2C1A0, submetida à histerectomia por atonia uterina.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente foi admitida na emergência por hemorragia transvaginal pós-parto, em choque hipovolêmico. Após insucesso na tentativa de estabilização com hidratação vigorosa e transfusão sanguínea, foi submetida a curetagem, sob suspeita de restos placentários. O procedimento ocorreu sem intercorrências com saída de grande quantidade de restos placentários e coágulos. Paciente persistiu com instabilidade hemodinâmica, apesar da administração de ácido tranexâmico, metilergotamina, ocitocina e misoprostol. Assim, a paciente foi submetida a histerectomia subtotal abdominal. A instabilidade hemodinâmica persistiu, e uma ecografia de abdome total sugeriu 200 mL de líquido livre em fundo de saco posterior. Assim, foi indicada uma laparotomia exploradora, por meio da qual foi vista a metade inferior do corpo uterino; tubas uterinas edemaciadas, a que havia sido ligada com pontos e hematoma; ovário esquerdo com borda sangrante e hematoma em região lateral pélvica à direita com emplastamento deste lado; coágulo na região da sutura do que seria o colo uterino. A cirurgia finalizou com histerectomia total e lavagem cavitária. Paciente evoluiu bem até receber alta.</p> <p>DISCUSSÃO: A hemorragia pós-parto secundária define-se pelo sangramento iniciado entre 24h e 12 semanas após o parto. Quando pós parto vaginal, como no relato de caso, tem incidência de 4 a 8%, sendo o choque hipovolêmico uma de suas principais complicações. Tal complicação, observada no caso através dos sinais vitais e dos sintomas, sugere, pela PAM de 40mmHg, uma perda sanguínea de 35-45% pela paciente, ou 2000 a 3000 ml. O diagnóstico da hemorragia é clínico, contudo exames complementares auxiliam. As condutas iniciais seguem uma ordem de complexidade, com a utilização de drogas uterotônicas, como a ocitocina, e a reposição volêmica inicialmente. Diante da não responsividade, adotaram a curetagem para saída de restos placentários, tamponamento uterino e a laparotomia exploratória por instabilidade hemodinâmica, onde observou-se um útero apoplético, direcionando a alternativa de histerectomia subtotal. No terceiro dia pós-operatório, uma relaparotomia por líquido livre em fundo de saco posterior e febre levou a exérese de colo uterino e drenagem de hematoma. Com melhora do quadro clínico, a paciente foi liberada com alta hospitalar e com as devidas orientações e medicamentos.</p>	<p>MASTECTOMIA RADICAL APLICADA EM CARCINOMA DUCTAL "IN SITU" NO PACIENTE JOVEM DO SEXO MASCULINO: RELATO DE CASO CLÍNICO</p> <p>NATÁLIA ANGELA NAVARRO LIMA DA COSTA, AMANDA MARIA GONÇALVES DE LUCENA, CARLA NAYARA MILHOMEM LEÃO MORAIS, LARA MONTEIRO COSTA ARAÚJO, SAMARA JÉSSICA NERI TORRES</p> <p><i>FAKULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de mama é o segundo tipo de tumor maligno mais frequente na população mundial, é considerado raro no sexo masculino, com cerca de 1%. O diagnóstico apresenta um aumento da sua incidência com a idade, em torno dos 60 anos, ou seja, dez anos mais tarde do que a idade média prevista para as mulheres. Nos homens, os principais fatores de risco são: antecedente familiar, insuficiência hepática, tratamentos hormonais prolongados, ginecomastia, envelhecimento, além de apresentar receptores de estrogênio e progesterona positivos.</p> <p>RELATO DE CASO: JAFS, 43 anos, masculino, natural de Campina Grande/PB, procedente de Caruaru/PE; com queixa de descarga sanguinolenta em mamilo direito de forma espontânea há dois anos, relata irmã com história de câncer de mama. No exame físico, inspeção das mamas simétricas, ausência de retrações, abaulamentos, edema e presença de ginecomastia discreta. Na palpação, sem nódulos, linfonodos palpáveis ou outras alterações. E na expressão papilar é visto descarga sanguinolenta à direita. Para investigação, o citopatológico resultou em amostra de células ductais atípicas, suspeitas de carcinoma. A mamografia relata na mama direita pequeno nódulo retroareolar, com lesão proliferativa, BIRADS 6. Na ultrassom uma diminuta lesão hipoecóica na região retroareolar superior direita, correspondente ao nódulo sólido. Após a biópsia incisional dos ductos mamários da mama acometida, o resultado histológico foi carcinoma ductal SOE in situ baixo grau nuclear, de padrões micropapilar, cribriforme e aderente, baixo grau nuclear, sem comedonecrose e com microcalcificações intraluminais e agrupadas. Sendo realizada a mastectomia radical modificada à direita segundo a técnica de Madden, com preservação dos músculos peitorais. No histológico observou mastite crônica e margens cirúrgicas livres de neoplasia. No intraoperatório realizou o exame do linfonodo sentinela sendo negativo. E no exame imunohistoquímico foi diagnosticado no setor direito carcinoma mamário revelando positividade para receptores de estrogênio e progesterona, com índice de proliferação celular em 7% das células neoplásicas.</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer de mama no homem é uma doença rara, na literatura a idade média descrita é de 68-71 anos, sendo difícil em jovens; uma porcentagem de 20% na história familiar de 1º grau como relatado pelo paciente; na classificação 75% são do tipo ductal invasivo e 8% in situ, divergindo do caso descrito. E sobre o receptor cerca de 75-92% dos pacientes apresentam positividade para estrogênio e 54-77% para progesterona, no relato, o paciente apresentou ambas positivamente. O tratamento para a doença é a mastectomia e o de escolha é a radical modificada. Na literatura, 81,25% e 68,75% realizaram adjuvância de tratamento com quimioterapia e radioterapia, respectivamente; no paciente estudado foi feita pesquisa do linfonodo sentinela, durante a cirurgia, apresentando resultado negativo, dessa forma conclui-se que não há metástase, não necessitando de tratamento adjuvante.</p>
<p>PO 306-2</p> <p>SALPINGITE por corpo estranho intravaginal</p> <p>Neemias moreira da silva junior, Andy Petroianu, Kelly Renata Sabino</p> <p><i>Santa casa de belo horizonte - belo horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A presença de corpos estranhos intravaginais corresponde a mais de 10% das causas de corrimento vaginal sanguinolento em adolescentes e é responsável por 4% das consultas médicas nessa faixa etária. Sua principal causa é abuso sexual seguida de distúrbio comportamentais. As manifestações clínicas encontradas em presença de corpos estranhos intravaginais são dor vaginal e pélvica, corrimento sanguíneo, febre, inapetência e recolhimento da adolescente acompanhado de tristeza. Por medo ou vergonha, a adolescente pode esconder essa agressão e permanecer com o corpo estranho por tempo prolongado. Este relato apresenta o caso de corpo estranho intravaginal retido por dois anos.</p> <p>RELATO DE CASO: Uma adolescente de 15 anos, viciada em drogas procurou o serviço médico do da Santa Casa de Belo Horizonte com queixa de dor abdominal, associada a disúria e corrimento vaginal fétido durante o período de dois anos. Nesse tempo, a paciente emagreceu 10 kg. Essas manifestações surgiram após abuso sexual, que a paciente não soube relatar adequadamente, por ter ocorrido enquanto ela estava sob efeito de alucinógeno. Ao exame físico o abdome era doloroso à palpação no hipogástrico, onde era percebida uma massa rígida. Ao toque vaginal, foi diagnosticou-se um corpo estranho semelhante a um copo, com orifício de 2,5 cm de diâmetro e que foi confirmado ao exame especular. O exame ultrassonográfico confirmou o corpo estranho endovaginal e revelou espessamento das tubas uterinas. Desde a introdução do corpo estranho, a paciente foi tratada de infecções urinárias recorrentes e salpingite crônica por vários médicos, que não a examinaram. Sob bloqueio anestésico raquidiano e após cateterização vesical apenas peroperatória, o corpo estranho foi removido completamente por via vaginal. Constatou-se ser uma tampa de frasco de aerossol. Não houve lesão da vagina, uretra ou útero decorrente do corpo estranho ou de sua retirada. A paciente foi tratada com ciprofloxacino 400 mg 12/12h associado a clindamicina 600 mg 8/8h durante sete dias a partir do pré-operatório imediato. A evolução pós-operatória foi sem intercorrências e a alta foi dada ao final da antibioticoterapia, no sétimo dia. Durante o acompanhamento ambulatorial pelo período de um ano, não foram registradas complicações nem novos episódios infecciosos.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões por corpos estranhos intravaginais causam até em 10% das vaginites nessa faixa etária e manifestam-se com corrimento vaginal sanguinolento, acompanhado de dor local e pélvica. O exame físico cuidadoso detecta o corpo estranho. Exames de imagens incluindo ultrassom, radiografia pélvica, tomografia e ressonância magnética são utilizados para dimensioná-lo e indicar sua relação com as estruturas da região, bem como outras afecções locais, que podem ou não ser causadas pelo corpo estranho. Um corpo estranho intravaginal negligenciado pode provocar isquemia, necrose por pressão e úlcera com perfuração da vagina, causando fístulas vesicovaginal, retovaginal.</p>	<p>PO 307-2</p> <p>LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR TORÇÃO ROTA E TERATOMA</p> <p>Nathana do Prado Oliveira, Laís Ribeiro Vieira, Raissa Arcoverde Borborema Mendes Dytz, Igor Diego Carrijo dos Santos, Ana Luiza Dias Moreira, Rayssa Mayra Figueira de Alencar, Pedro Henrique Nunes de Araujo, Demétrio Antonio Gonçalves Silva Gomes</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília, Hospital Regional de Samambaia - DF - Samambaia - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Torção ovariana refere-se à rotação dos ovários em torno de seus suportes ligamentares e vasculares, o que compromete a perfusão sanguínea para estes e para as tubas uterinas, demandando, portanto, manejo clínico emergencial. É uma patologia de maior prevalência nas mulheres em idade reprodutiva e de sintomatologia inespecífica, caracterizada principalmente por dor abdominal, náuseas, vômitos ou diarreia. Entre os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento estão: a neoplasia ovariana, quarto tipo de câncer ginecológico mais frequente, o cisto paraovariano ou massa ovariana igual ou superior a 5 cm. Dentre as neoplasias ovarianas, cita-se o teratoma ou cisto dermoide. Este deriva de células germinativas e corresponde a 32,6% da totalidade dos tumores malignos ovarianos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 20 anos, G1P0A1, admitida com quadro de abdome agudo inflamatório há 6 horas. Ao exame físico: hipocorada, PA: 125x75mmHg, FC:88bpm, afebril. Ao USG, foi detectado cisto ovariano esquerdo complexo, com dimensões 8,7 x 7, x 8 cm e cisto dermoide no ovário direito. Foi encaminhada para laparotomia exploradora de urgência, na qual foi confirmada torção ovariana direita, presença de cisto em ovário direito e cisto dermoide em ovário esquerdo. Dessa forma, decidiu-se pela realização de ooforectomia esquerda e ooforoplastia direita. Foi confirmado, macroscopicamente, o diagnóstico de teratoma no ovário direito. Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no 3º dia pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de torção ovariana é clínico e, muitas vezes, baseado em dor pélvica aguda associada à presença de massa anexial com aparência ultrassonográfica sugestiva de torção. A torção anexial pode abranger todo o ovário ou apenas as tubas, sendo mais comum a torção ovariana direita. O tratamento padrão-ouro é cirúrgico, podendo ser conservador ou radical, optando-se pela ooforectomia total caso haja risco de necrose hemorrágica. Diante do quadro clínico de abdome agudo inflamatório e dado o histórico progressivo da paciente, optou-se pela laparotomia exploradora como abordagem cirúrgica diagnóstica e terapêutica. Após análise cirúrgica, fez-se necessária a ooforectomia esquerda, devido à torção ovariana detectada; em relação ao ovário direito, em virtude de um cisto ovariano e com objetivo de manutenção da fertilidade da paciente na menacme, realizou-se ooforoplastia, abordagem conservadora e padrão-ouro para remoção de cistos, nódulos ou massas ovarianas. Após a ooforoplastia direita, diagnosticou-se, macroscopicamente, teratoma no ovário direito. Vale ressaltar que o teratoma é uma patologia silenciosa e muitas vezes, seu diagnóstico ocorre mediante a torção do ovário, complicação mais comum (10,9%).</p>

PO 308-1	PO 308-2
<p>A UTILIZAÇÃO DA ECMO (OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA) NO REPARO DE LESÃO DE TRAQUEIA COMO COMPLICAÇÃO POS ESOFAGECTOMIA DE EMERGÊNCIA POR PERFURAÇÃO ESOFÁGICA NO MEGAESÓFAGO: RELATO DE UM CASO.</p> <p>PAULA SREBERNICH PIZZINATO, JOSÉ LUIS BRAGA AQUINO, DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA, JOÃO PAULO ZENUN RAMOS, FELIPE RAULE MACHADO, LUIS ANTONIO BRANDI FILHO, GUSTAVO CALADO DE AGUIAR RIBEIRO, EDUARDO TOSHIMITSU WATANUKI</p> <p><i>Hospital Puc-Campinas - CAMPINAS - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A opção terapêutica inicial para a Acalásia é a dilatação esofágica. Já a abordagem cirúrgica apresenta vantagens como menor risco de perfuração esofágica mantendo, porém, elevada morbimortalidade associada a esofagectomia. Dentre as complicações a lesão traqueal, normalmente por trauma cirúrgico direto, frequentemente leva a morte. Mais da metade das perfurações esofágicas são iatrogênicas, a maioria durante a endoscopia com taxa de mortalidade de até 20%. Pacientes em que detecta-se a perfuração precocemente apresentam bom prognóstico, diferentemente do diagnóstico tardio, com taxa de mortalidade é de até 50%.</p> <p>RELATO DE CASO: O.L.M., 83 anos, portadora de Megaesôfago grau IV, em acompanhamento ambulatorial por recusa cirúrgica, submetida a Endoscopia Digestiva Alta para dilatação esofágica. Durante procedimento no Hospital da Puc-Campinas, notou-se laceração do esfôgado distal com perfuração. Houve tentativa de reparo com clipagem, sem sucesso. Após 12 horas, a tomografia evidenciava sinais de mediastinite. Indicada esofagectomia de emergência pela equipe de Cirurgia Torácica. Durante disseção da porção esofágica cervical houve lesão inadvertida da parede membranosa da traquéia. Confeccionada traqueostomia com passagem de tubo orotraqueal além da lesão e realizada esofagectomia e jejunoestomia. Após 72h, foi submetida a toracotomia direita para reparo de lesão traqueal com auxílio de ECMO devido impossibilidade de manutenção da via aérea no intraoperatório. Identificada lesão de 5 cm suturada e realizado reforço com patch de pericárdio bovino e cola biológica. Após 24 horas, paciente evoluiu com hemotórax maciço devido à heparinização para ECMO. Realizada toracotomia para contenção de danos e colocação de compressas que foram retiradas após 48h sem intercorrências. Tratada pneumonia, segue estável em leito de UTI com dificuldade de desmame ventilatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Estudos randomizados comparam a esofagectomia com a dilatação por balão. Um deles aponta para eficácia semelhante quanto ao alívio dos sintomas. Outro estudo indica superioridade da cirurgia (95 vs 65%), com falha de 30% nos casos tratados com dilatação. Estudos com um seguimento mais longo revelam a vantagem cirúrgica, devido as menores taxas de recidiva. Em revisão retrospectiva de 726 pacientes com perfuração esofágica entre 1990 e 2003 a taxa de mortalidade foi de 18%. Outros resultados mostram que para um diagnóstico dentro de 24 horas a mortalidade foi significativamente menor (14%) em comparação a um atraso do mesmo (27%) bem como quando realizado um reparo primário dentro de 24 horas após a perfuração (4%), em comparação com um reparo após 24 horas (14%). Outros estudos sugerem que a taxa de perfuração associada à dilatação de estenoses benignas está entre 0,1 e 0,3%. Quanto às lesões traqueobrônquicas após esofagectomia, estudos mostraram taxa de mortalidade de 32,2% sendo que desses, aproximadamente 50% dos pacientes com fístula de origem isquêmica foram a óbito.</p>	<p>BENEFÍCIOS DA VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM DETRIMENTO A VIA LAPAROTOMICA PARA TERATOMAS OVARIANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Vanessa Araújo Alves, Gabriella Bento de Moraes, Bárbara Madruga Cavalcanti, Beatriz Bastos Motta Barreto, Melissandro Almeida de Lacerda, Bianca Kelly Dantas de França</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os teratomas são os tumores de células germinativas mais comuns dos ovários, especialmente na menarca, sendo também denominados de cistos dermóides. Originam-se de células germinativas primitivas que migram para o ovário no início da vida embrionária. Podem atingir a forma madura, quando se diferenciam em tecidos mais especializados, ou podem permanecer indiferenciados, caracterizando os teratomas imaturos. São tumores congênitos, benignos e relativamente pequenos, além de assintomáticos na maioria dos casos. Apesar de raramente evoluírem para a malignização, a retirada é sempre indicada. Apresentamos um relato de caso de paciente que teve a opção de tal procedimento ser realizado por duas vias (videolaparoscópica ou laparotômica), evidenciando, portanto, a melhor escolha para seu caso.</p> <p>RELATO DE CASO: V.A.A, sexo feminino, 21 anos, com história de dismenorria que teve início um ano após menarca. Paciente, aos 13 anos iniciou tratamento com anticoncepcional oral, que gerou redução significativa na dismenorria. Em 2014 ao realizar ultrassonografia pélvica de rotina, solicitada por outro médico, evidenciou-se um teratoma cístico maduro em ovário direito, medindo cerca de 7cm. Foi informada que seria necessária a efetuação de laparotomia para retirada do tumor, em que na qual ocorreria exérese do ovário acometido. A fim de sanar suas dúvidas acerca da cirurgia e por medo da ooforectomia, decidiu buscar uma segunda opinião. O segundo médico a tranquilizou e informou que tal procedimento poderia ser feito por videolaparoscopia, cuja recuperação seria mais rápida, com cicatrizes menores e esclarecendo que seria retirada apenas a porção que estava em contato com o teratoma. Duas semanas após a consulta a cirurgia ocorreu, na qual a exérese do teratoma foi completa, retirando apenas o tumor e a pequena parte do ovário que estava em contato com o mesmo; a operação não teve complicações. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e as cicatrizes foram mínimas; a mesma teve alta na manhã do dia seguinte, retornando ao consultório após 7 dias para a retirada dos pontos.</p> <p>DISCUSSÃO: Esse relato de caso é relevante pois evidencia os benefícios de uma abordagem videolaparoscópica em detrimento à laparotomia, que nessa situação não traria vantagens. No tratamento dos teratomas, a via endoscópica se destaca pelo menor tempo de internação, diminuição da dor e de eventos adversos da cirurgia. O tratamento conservador é o mais adequado, ao contrário do que foi inicialmente proposto à paciente, visto que a mesma era jovem e estava no início de sua fase reprodutiva, logo o procedimento deve visar a preservação do tecido ovariano. Outro fator que deve ser considerado é o tamanho do cisto dermóide, tendo em vista que os tumores menores de 10cm e sem torção axial, devem ser abordados por via laparoscópica, demonstrando mais uma vez, que o procedimento realizado foi condizente com as condutas preconizadas pela medicina mais atual.</p>
<p>PO 309-1</p> <p>TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DA CARDIA TRATADO COM ESOFAGECTOMIA</p> <p>Felipe Aguiar Pinto Dias, Carlaile Soares Franco, Carlos Henrique Quintão Valeriano, Ana Júlia Lopes Valério, Amanda Campos Franco, Marcos Roberto Paiva Villela, Maria Clarice Albuquerque Vasconcelos</p> <p><i>HOSPITAL MARCIO CUNHA - FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - IPATINGA - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é um raro lesão, caracterizada por infiltrado inflamatório, composto por linfócitos e eosinófilos, podendo atingir diversos órgãos (principalmente os pulmões) e sistemas e com baixo potencial de malignidade. Sua etiologia é desconhecida, com algumas teorias indicando origem em infecções, traumas ou múltiplas cirurgias. Por não apresentar clínica específica, o diagnóstico é dado basicamente pelo anatomopatológico. Descreve-se neste relato um raro caso de acometimento da cárdia, com infiltração de esfôgado distal e fundo do estômago em paciente jovem, tratado com sucesso através de esofagectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: D.C.N.S.M., 30 anos, feminino, procedente de Ipatinga-MG, procurou atendimento médico em 05/09/18 com queixa de engasgos e disfagia progressiva, iniciados há 3 anos. Paciente previamente hígida e sem queixas relacionadas à alimentação. Apresentou piora dos sintomas nos últimos 12 meses da admissão, passando a apresentar disfagia nos últimos 120 dias. Encontrava-se bastante emagrecida, com relato de perda de 8 kg nos últimos 12 meses. Paciente já vinha realizando acompanhamento ambulatorial, tendo sido solicitadas EDAs com biópsias seriadas, tratamento para erradicação de H. pylori e tomografia de tórax/abdome. Anatomopatológico de EDAs prévias evidenciando mucosa de JEC com processo inflamatório crônico inespecífico moderado, erodida e com formação de tecido de granulação sem critérios para Barrett ou malignidade. Mucosa gástrica com hiperplasia foveolar polipóide com processo inflamatório crônico ativo leve e tecido de granulação. Tomografia com evidência de espessamento parietal posterior na transição esofago-gástrica, com captação venosa pelo meio de contraste com espessura de até 14mm, bem como espessamento da cárdia e fundo gástrico por contiguidade. Devido ao comportamento clínico agressivo, optou-se pela realização de esofagectomia laparotômica. Observada lesão tumoral volumosa em junção esofago-gástrica com invasão de cárdia e de 4 cm do esfôgado distal. Realizada esofagogastrectomia com confecção de tubo gástrico e anastomose cervical. Encaminhado material para anatomia patológica com o laudo de proliferação de células fusiformes de natureza indeterminada com inflamação associada. Após realização de imuno-histoquímica chegou-se ao diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatório (ALK-1 negativo, SMA 1A4 positivo, S-100 negativo e desmina positivo). Intercoreu com fístula e estenose da anastomose, tratada com antibioticoterapia e drenagem cervical, com boa evolução. Atualmente, em acompanhamento clínico e com programação de dilatação da anastomose por endoscopia.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TMI são lesões raras que podem acometer virtualmente qualquer órgão ou tecido, no entanto, o acometimento de esfôgado/cárdia/estômago é pouco habitual, com poucos casos descritos na literatura. Portanto, é um diagnóstico que deve ser lembrado na presença de disfagia rapidamente progressiva em pacientes jovens.</p>	<p>PO 309-2</p> <p>TORÇÃO DE CISTO OVARIANO EM CRIANÇA DE 7 ANOS: UM RELATO DE CASO.</p> <p>LUCAS PACHECO VITAL CALAZANS, Erica BRITO MARQUES CRUZ, ALICE FRANÇA RESENDE BULHÕES, ALVARO BULHOES SILVA NETO, LUCAS GAZZANEO GOMES CAMELO, MARIA LAVINIA BRANDAO SANTIAGO</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDAO VILELA - MACEIÓ - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A torção anexial consiste em importante fator de dor abdominal no abdome inferior em mulheres, apesar de ser uma causa atípica e de difícil diagnóstico diferencial. Na maioria das vezes está associada a massas ovarianas císticas ou sólidas, as quais podem desenvolver um pedículo, predispondo à torção parcial ou completa. Neste trabalho, apresentamos um caso de torção de cisto ovariano (condição incomum para a idade da paciente) que cursou com necrose de ovário e anexos direitos.</p> <p>RELATO DE CASO: E.S.S., sexo feminino, 7 anos, residente de São Sebastião-AL apresentou-se ao Hospital Geral do Estado de Alagoas, na madrugada do 20/01/2019, com queixa de dor abdominal e disúria. Ao exame físico: hidratada, normocorada, eupneica e abdome flácido e doloroso à palpação em baixo ventre. A hipótese diagnóstica inicial foi de infecção do trato urinário. Foram solicitados hemograma e sumário de urina e prescrito hidratação venosa e antiespasmódico venoso, em caso de dor. Não foi realizado PCR pois não havia reagente na unidade hospitalar. Os exames laboratoriais demonstraram: EAS com 10 a 20 piócitos por campo, 2 a 4 hemácias por campo, numerosas bactérias e leveduras e 11.000 leucócitos sem desvio a esquerda. Os resultados confirmaram a hipótese inicial de infecção urinária. Mesmo com as medidas clínicas tomadas, a paciente mantém quadro de dor abdominal em baixo ventre. No dia 21/01/2019 foi realizada ultrassonografia abdominal total, que demonstrou aumento do ovário direito (49 cm3) e parênquima mais ecogênico contendo folículos. No ovário esquerdo um leve aumento (2,9cm3). Útero de volume e configuração normais para a faixa etária. A partir da avaliação clínica e o resultado do exame de imagem procedeu com intervenção cirúrgica. Paciente foi submetida à incisão de Pfannestiel, abertura por planos anatômicos, que revelou cisto ovariano torcido sobre seu pedículo, com necrose do ovário e anexos direito. Foi realizada ooforectomia e anexotomia direita com limpeza da cavidade e sutura por planos. No pós-operatório evoluiu bem, com aceitação de dieta, trânsito intestinal normal e sem queixas. Paciente recebeu alta hospitalar após 72 horas de internação nosocomial.</p> <p>DISCUSSÃO: A torção de tumor anexial tem como apresentação clínica mais comum a dor abdominal de início súbito, por isso deve ser considerada um diagnóstico diferencial de quadros de dor abdominal, além de ser um diagnóstico incomum em crianças. A torção do pedículo evolui para estase circulatória venosa, com posterior acometimento do componente arterial por conta do edema progressivo ocasionado pela primeira. Se o suprimento arterial for obstruído, pode haver necrose hemorrágica-gangrenosa do ovário (condição presente no caso explanado). Em um quadro emergencial, a ultrassonografia é o exame solicitado, o estudo Doppler verifica a viabilidade das estruturas anexiais torcidas. Em caso de torção completa, a terapêutica deve ser cirúrgica.</p>

PO 310-1	PO 310-2
<p>CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ESÓFAGO EM PORTADORES DA SÍNDROME DE BLOOM: RELATO DE DOIS CASOS</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Mateus Silva Viyulela, Jurandir Batista da Cruz Júnior, Flávio Roberto Takeda, Francisco Tustumi, Rubens Antonio Aissar Sallum, Ulysses Ribeiro Júnior, Ivan Ceconello</p> <p><i>Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Bloom é uma doença autossômica recessiva rara, causada por mutação no gene BLM (15q26.1), que codifica a proteína DNA helicase, essencial à manutenção da estabilidade cromossômica. A instabilidade cromossômica é responsável por seu fenótipo característico e sua tendência para malignidades, de maneira que tumores malignos surgem em quase metade dos portadores desta síndrome, de forma precoce e em sítios variados, constituindo a principal complicação e causa de óbito desta síndrome. O tipo histológico mais frequente nesses pacientes é o CEC. Neste relato, dois casos de síndrome de Bloom com desenvolvimento de carcinoma de esôfago são reportados.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: E.S.S, 27 anos, feminino, procurou serviço médico em virtude de disfagia progressiva com perda ponderal. Antecedente pessoal de síndrome de Bloom, e nefrectomia por tumor de Wilms. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que revelou lesão vegetante em início da hipofaringe, e se estendia até 16cm da Arcada Dentária Superior (ADS). A biópsia evidenciou CEC. À Tomografia de estadiamento, neoplasia esofágica aderida à parede posterior da traqueia, não havendo nítido plano de clivagem com a artéria carótida comum esquerda. Paciente foi encaminhada à quimiorradioterapia definitiva. Caso 2: J.P.F.L., 26 anos, masculino, buscou atendimento médico por regurgitação e perda de peso. Apresenta antecedente de síndrome de Bloom. Ao exame, KPS 70, IMC 16. Realizou EDA, que observou lesão ulcerada a 28cm da ADS com extensão até a transição esofagagástrica. Biópsia evidenciou CEC invasivo. Ao exame de PET-CT, dois linfonodos torácicos periesofágicos, linfonodo abdominal frênico inferior e linfonodo no nível cervical IV direita, todos suspeitos para acometimento neoplásico secundário. O paciente demonstrou piora progressiva do performance status. Optou-se por cuidados paliativos exclusivos. Após 6 meses do diagnóstico, evoluiu a óbito por broncopneumonia.</p> <p>DISCUSSÃO: As mutações somáticas oriundas da síndrome de Bloom são responsáveis pelo aumento do risco de câncer. Os casos apresentados revelam pacientes jovens, diagnosticados com carcinoma espinocelular de esôfago em estadiamento avançado, sem condições para esofagectomia. Atualmente não existe tratamento específico para a anormalidade genética da síndrome, e portanto, pacientes com esta síndrome devem ter seguimento e vigilância cuidadosos para detecção precoce de neoplasias.</p>	<p>ENDOMETRIOSE EM CÔLON SIGMOIDE CAUSANDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO</p> <p>Silvanio Araujo Do Ó Filho, Eduardo Sarmento Do Ó, Rafael Almeida Almeida, Paulo Leão De Menezes, Sabrina Severo de Macêdo Duarte, Rigoberto Rodrigues Lima Filho, Lucas Lenine Dantas Formiga, Bianca Lopes Barros</p> <p><i>Faculdade de medicina nova esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é definida pela presença de tecido glandular e/ou estromal do endométrio fora do útero. Acomete, primordialmente, o reto e cólon sigmoide, estando presente em cerca de 5% das mulheres que têm endometriose pélvica. Entre as disfunções que essa patologia pode causar estão: dor pélvica, constipação, hematoquezia, dispareunia, dismenorreia, entre outros. Durante o ciclo menstrual outros agravos podem surgir, evidenciando o caráter hormônio-dependente da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: A.P.V.M., 52 anos, branca, portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, deu entrada no serviço de urgência com queixa de dor abdominal do tipo cólica com cerca de uma semana de duração. Referiu associação com cefaleia, náuseas e constipação. Iniciou-se o tratamento clínico de suporte e realização de tomografia computadorizada de abdome que mostrou espessamento retossigmoide. Posteriormente, a paciente evoluiu com distensão abdominal, vômitos e pior da dor, sendo então submetida a laparotomia exploradora. Durante a cirurgia evidenciou-se tumor que obstruía a porção distal do cólon sigmoide, realizou-se retossigmoidectomia e anastomose. A análise histopatológica revelou presença de mucosa pardo-escura, com pregueamento irregular e área sobrelevada medindo 3,8cm no seu maior eixo, com margem proximal de 1,2cm e distal de 4,6cm. Mucosa do cólon extensamente invadida por endometriose, além de linfonodos com hiperplasia linfóide reativa. Após melhora do estado geral, a paciente recebeu alta e foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Pode-se perceber a partir deste caso a importância da endometriose intestinal como diagnóstico diferencial em casos de tumoração colorretal. Mesmo com o exame clínico e a disponibilidade de exames de imagem, o exame anatomopatológico faz-se imprescindível nesse contexto, sendo o método padrão-ouro para elucidação diagnóstica. Pois, a partir deste consegue-se dá seguimento à terapêutica e avaliar o prognóstico real da patologia.</p>
<p>PO 311-1</p> <p>RELATO DE CASO DE PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO COM ESTADIAMENTO INICIAL CT3N1M1, SUBMETIDO A ESOFAGECTOMIA E HEPATECTOMIA COM INTUÍTO CURATIVO</p> <p>Francisco Tustumi, Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Mateus Silva Viyuela, Jurandir Batista da Cruz Júnior, Lucas Lucas Cata Preta Stolzenburg, Miller Barreto de Brito e Silva, Ulysses Ribeiro Júnior, Ivan Ceconello</p> <p><i>Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma corresponde a aproximadamente 20% dos casos de câncer de esôfago no Brasil. Dentre os pacientes com adenocarcinoma com câncer esôfago distal, estima-se que 69,5% terão metástases viscerais, sendo o fígado o sítio mais acometido.</p> <p>RELATO DE CASO: S.A.S., sexo feminino, 66 anos, ex tabagista, relatou queixa de disfagia progressiva há 6 meses. Realizou endoscopia digestiva alta, que diagnosticou Adenocarcinoma de Transição EsôfagoGástrica (TEG). Exame de PET-SCAN demonstrou hiper captação em segmento hepático III, compatível com metástase única hepática (cT3N1M1). Paciente com IMC de 23 e KPS de 100. Caso foi discutido em reunião multidisciplinar e optado por terapia neoadjuvante, seguida de esofagectomia e nodulectomia hepática, uma vez que lesão seria de fácil acesso cirúrgico e metástase única, em paciente com bom status performance. Realizou quimioterapia neoadjuvante em agosto de 2015, e esofagectomia trans hiatal e hepatectomia não regrada do segmento III videolaparoscópica, em setembro de 2015. Ao anatomopatológico, ypT2ypN0M0 (nódulo hepático com área cicatricial com lagos de mucina). Realizou quimioterapia adjuvante. Atualmente segue em acompanhamento clínico com bom estado geral, boa aceitação alimentar, sem sintomas de disfagia, com peso mantido. Realizada Endoscopia Digestiva Alta semestralmente e todas sem evidência de lesão após 3 anos de seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer de esôfago apresenta alta morbimortalidade, com sobrevida global em torno de 20% em cinco anos. Usualmente, o estadiamento clínico evidenciando doença a distância no adenocarcinoma de esôfago confere sobrevida curta, uma vez que casos assim em geral contra-indicam tratamento com intuito curativo. No entanto, alguns relatos de casos de neoplasia de esôfago com metástase hepática única submetidos a tratamento curativo com sucesso foram previamente reportadas. No presente caso em particular, paciente apresentava bom status performance, eutrófica, com nódulo hepático compatível com metástase de fácil acesso cirúrgico. Portanto, foi optado por tratamento curativo. Paciente até a presente data, sem recidivas</p>	<p>PO 311-2</p> <p>TROMBOSE EM VEIA OVARIANA ESQUERDA POS CURETAGEM: UM RELATO DE CASO</p> <p>JESSYK MARIA LOPES NUNES, ANTONINO NETO COELHO MOITA, PRISCILA FAVORITTO LOPES, ISAQUE LANND CARVALHO BEZERRA BONFIM, LORENA RAMOS BARROSO, MARIA VICTORIA BASTOS ARAUJO, FRANCISCO CLEZION FRANCA VASCONCELOS JÚNIOR, RENESON DOS SANTOS FERNANDES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - PARNÁIBA - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Fenômenos tromboembólicos são cinco vezes mais incidente em grávidas devido à produção placentária de inibidores plasminogênicos, ocasionando um estado de hipercoagulabilidade. A Trombose da Veia Ovariana (TVO) é uma complicação que ocorre, geralmente, na gravidez e no pós-parto. Apresenta-se por meio da tríade febre, dor e massa abdominal. Assim como em outras doenças tromboembólicas, a TVO é mais comum após a cesárea. O seguinte relato de trata-se de um caso de uma mulher com trombose de veia ovariana esquerda pós procedimento de curetagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 38 anos, G10 A2 P8, deu entrada queixa de dor pélvica, disúria e polaciúria no dia 20/05/18. Realizou 4 dias antes curetagem uterina após aborto. Ao exame físico, evidenciou-se dor à palpação em região hipogástrica e temperatura axilar de 38,8°C, chegando a um diagnóstico de Infecção do Trato Urinário. Uma ultrassonografia pélvica transvaginal realizada em 21/05 evidenciou espessamento endometrial e moderada quantidade de líquido em endométrio, compatível com endometrite. Foram solicitados outra USG Pélvica e Hemograma completo em 24/05, em que o USG foi concordante com o já realizado antes e, no hemograma, redução dos parâmetros da classe vermelha do sangue. À TC de abdome total, realizada em 28/05/18, evidenciou sinais de trombose em veia gonadal esquerda, útero com dimensões aumentadas e relevos serosos preservados, ovário esquerdo com dimensões levemente aumentadas e pequena quantidade de líquido livre na pelve. Em 03/06 foi solicitado bioquímica, na qual uréia, creatinina, atividade protrombínica, RNI e tempo de tromboplastina parcial ativada se mostraram normais e o tempo de protrombina estava levemente aumentada. No dia 04/06, foram feitos, novamente, exames de uréia e creatinina, mostrando baixa taxa de creatinina (0,21 mg/dl), além de tempo de sangramento, tempo de coagulação, prova do laço e retração do coágulo, dos quais todos estavam normais. Após isso, foi requisitado avaliação de profissional angiologista. No dia 05/06, a paciente realizou-se uma USG Abdominal total que mostrou achados habituais normais. Paciente seguiu sem alterações ou reclamações sobre algias na data de 06/06 e em 07/06 referiu apenas cefaleia. Mostrando resposta adequada ao tratamento realizado após avaliação, recebeu alta em 08/06.</p> <p>DISCUSSÃO: Durante a gravidez o diâmetro da veia ovariana é triplicado e ocorre um aumento em 60 vezes no seu volume gerando incompetência valvar. A veia direita é a mais acometida, sendo este caso ainda mais raro. A paciente apresentou dor à palpação na região hipogástrica e febre após um aborto retido, sendo estes dois sintomas característicos da TVO, que, inclusive é diagnóstico diferencial. Entretanto, devido à disúria e à polaciúria, o primeiro diagnóstico sugerido foi Infecção do Trato Urinário. Há relatos sobre TVO no pós-parto sendo rara pós aborto. Ademais, estes casos podem apresentar um quadro atípico, justificando ausência de um dos componentes da tríade clássica na paciente deste relato.</p>

PO 312-1	PO 312-2
<p>ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL COMO METODO DE ESCOLHA PARA O TRATAMENTO DE DOLICOMEGAESOFAGO CHAGASICO: RELATO DE CASO</p> <p>STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES, MÓNICA PATRICIA MONTAN MONTANO, CARLOS EDUARDO RODANTE CORSI, JAQUES WAISBERG, ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES, SANDRA DI FELICCI BORATTO</p> <p><i>Centro Hospitalar Municipal de Santo André Dr. Newton da Costa Brandão – Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) - SANTO ANDRE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas é uma doença crônica, altamente prevalente na América do Sul, com predominância na região central do Brasil. Possui diversos acometimentos, sendo que dentre os do aparelho digestivo, o mais representativo é o megaesôfago. Diversas são as opções terapêuticas, sendo que de modo geral, todas são consideradas tratamentos paliativos. Quanto ao tratamento do megaesôfago grau IV, não há consenso. Diversos estudos advogam a favor de terapêuticas como a miotomia a Heller, que apesar de menos invasiva que a proposta neste trabalho, apresenta altas taxas de recidiva, em torno de 60%, nos casos de megaesôfago terminal. Por tal motivo, apesar de ser uma cirurgia extensa e com morbimortalidade mais elevada, a esofagectomia transhiatal deve ser considerada para o tratamento desta doença na fase avançada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 56 anos, natural do estado de Minas Gerais. Sabidamente portadora e sintomática de megaesôfago chagásico há 19 anos, com progressão importante da sintomatologia, impossibilidade de alimentação e perda ponderal significativa. Realizados exames diagnósticos que demonstraram a progressão da doença com dolicoesofago, apresentando intensa dilatação esofágica e retenção alimentar importante. Optado inicialmente por terapêutica nutricional e imunomoduladora baseada no protocolo acerto por 28 dias. Após, como terapêutica definitiva, realizada a esofagectomia transhiatal e reconstrução com tubo gástrico. Paciente apresentou uma evolução favorável, recebendo alta hospitalar assintomática e com boa aceitação de dieta branda.</p> <p>DISCUSSÃO: A forma esofágica da doença de Chagas apresenta diversos graus de acometimento e possui, portanto propostas terapêuticas variadas. Um estudo de meta análise sugeriu que a esofagectomia para o tratamento do megaesôfago grau IV é uma alternativa segura e efetiva, com baixa recidiva e importante ganho de qualidade de vida, com alimentação via oral precoce e definitiva. Devendo esta, ser realizada sem hesitação em pacientes com status clínico permissivo a um procedimento de grande porte, e de preferência como alternativa inicial de tratamento, uma vez que pacientes submetidos previamente a outros procedimentos apresentam morbidade mais elevada.</p>	<p>GRAVIDEZ ECTOPICA ABDOMINAL COM IMPLANTE EM GRANDE OMENTO: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Victor Vargas de Oliveira, Evandro Leite Bitencourt, Renata Rossato Araújo, Bruno de Oliveira Araújo Sousa</p> <p><i>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gravidez ectópica ocorre em cerca de 0,6% a 3% das gestações e é a principal responsável pelas mortes maternas no 1º trimestre de gestação. Em 1% dos casos ocorre no peritônio, caracterizando uma gravidez ectópica abdominal. É responsável por 5% a 10% das causas das mortes relacionadas com gravidez, com incidência de 1 em cada 100 gestações normais nos Estados Unidos, possuindo taxa de mortalidade de 4 para cada 10.000 casos. No Brasil, um estudo realizado por Fernandes et. al. (2004), constatou a prevalência de 11% de gravidez ectópica em mulheres submetidas à laparotomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 31 anos, deu entrada em um PS de Palmas/TO queixando-se de dor abdominal difusa e de início súbito, sem fator de melhora ou piora, associada a náuseas, vômitos, taquicardia e palidez mucocutânea. Primípara, com ciclos menstruais regulares, refere DUM há 2 meses. Ao exame físico, consciente e orientada, normocárdica e normotensa, com palidez mucocutânea leve. Abdomen plano, doloroso difusamente a palpação superficial e profunda, com descompressão brusca positiva em todos os quadrantes. Vinte dias após a DUM, sentiu dor em cólica no baixo ventre com secreção vaginal descrita como “borra de café”, com β-HCG positivo. USG TV não evidenciou saco gestacional em útero ou anexos, sendo realizada videolaparoscopia diagnóstica, que também não evidenciou alterações. Na admissão no PS, apresentou valores adequados de Hb e Ht, e USG de abdome total e pélvica TV evidenciando líquido livre em grande quantidade de aspecto espesso, com útero e anexos sem alterações. TC de abdome total com contraste sem informações adicionais. Foi encaminhada para laparotomia exploradora devido à peritonite, evidenciando-se útero e anexos de aspecto habitual e presença de massa sólida aderida ao grande omento, com sangramento ativo. Optou-se por ressecção de parte do omento com hemostasia através de ligaduras e limpeza da cavidade. A análise histopatológica da peça evidenciou saco gestacional implantado no epíplon. A paciente manteve-se estável durante todo o procedimento cirúrgico e também no PO, sem necessidade de hemotransfusão, recebendo alta hospitalar em 72 h. Durante revisão ambulatorial pós-operatória nenhuma intercorrência foi constatada.</p> <p>DISCUSSÃO: A gravidez ectópica é uma condição rara, principalmente quando se trata de uma implantação abdominal. Seu diagnóstico deve ser precoce e pode ser realizado por sinais clínicos, dosagem plasmática de β-HCG, e USG TV. No caso relatado, não foi possível o diagnóstico de gravidez ectópica por meio de exames de imagem. O tratamento pode ser realizado de forma clínico-conservadora, ou de forma cirúrgica através de laparoscopia ou laparotomia. Para a paciente do caso não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso pré-operatório e, apesar de manter estabilidade hemodinâmica, apresentava palidez cutânea, peritonite e grande quantidade de sangue em cavidade abdominal, o que justificou a abordagem cirúrgica de urgência.</p>
<p>PO 313-2</p> <p>HIDROCELE FEMININA – UM DESAFIO AO DIAGNOSTICO</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Thaisa Pestana Sousa, Bárbara Magalhães Munhoz, Débora Faria Nogueira, João Lucas Gonçalves Morais, Fernando Mendonça Vidigal, Maria Cristina Vasconcelos Furtado, Bruna Teixeira Almeida</p> <p><i>Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hidrocele feminina ou cisto do canal de Nuck é uma afecção rara decorrente da obliteração incompleta do processo vaginal, após passagem pelo canal inguinal. Clinicamente, apresenta-se como massa palpável, não redutível, na maioria das vezes indolor, que pode projetar-se desde a região inguinal até grandes lábios. Importante seu diagnóstico diferencial na avaliação de pacientes com queixa de abaulamento e/ou edema na região genital. O presente trabalho se propõe a apresentar um caso clínico de cisto do canal de Nuck tratado cirurgicamente com êxito.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 36 anos, refere surgimento de nódulo em região de grande lábio direito, indolor, não aderido a planos profundos, de aparecimento espontâneo e crescimento progressivo ao longo de 3 meses. Nega trauma ou sinais flogísticos durante ou prévios à evolução do quadro. Relatou ainda protuberância crônica na região inguinal direita, associada a desconforto local ao levantar-se, curvar-se ou levantar peso. Optado por iniciar propedêutica com ultrassonografia abdominal, que mostrou hérnia inguinal indireta à direita, com saco herniário contendo alça intestinal, redutível, além de imagem cística alongada, com paredes espessas e lisas, no grande lábio direito, que aparenta se estender pelo canal inguinal ipsilateral, sugerindo cisto de canal de Nuck. Realizada tomografia e ressonância magnética de abdome inferior e pelve que revelaram uma formação cística na cavidade pélvica insinuando-se para região inguinal direita, estendendo-se até grande lábio. Diante da hipótese diagnóstica de hidrocele de Nuck, a paciente foi submetida a exérese do mesmo, através de acesso cirúrgico por inguinoctomia, com ressecção total do cisto.</p> <p>DISCUSSÃO: A hidrocele feminina, também chamada de cisto do canal de Nuck ou hidrocele de Nuck, tem uma baixa incidência. Aparece mais frequentemente em mulheres durante a infância, embora às vezes seja diagnosticado em pacientes na idade adulta. Na maioria dos casos, a paciente apresenta um pequeno abaulamento na região inguinal próximo aos grandes lábios, de consistência macia, que cresce progressivamente com o tempo. O diagnóstico exige exame de imagem para sua elucidação, podendo ser feito por métodos mais simples, como ultrassonografia. Quando o diagnóstico não é conclusivo ou há dúvidas, é possível recorrer à tomografia computadorizada e / ou à ressonância magnética, onde se observa uma massa cística tensa com paredes finas no canal inguinal. O diagnóstico diferencial deve incluir hérnia inguinal, hérnia crural, adenopatias, neoplasias benignas e malignas, afecções inflamatórias e ginecológicas. O tratamento de escolha é a intervenção cirúrgica eletiva.</p>	<p>PO 314-1</p> <p>Relato de caso: leiomioma de terço distal do esôfago abordado cirurgicamente</p> <p>Estevan Taube Borré, André Vicente Bigolin, Luis Paulo Andrioni, Roberta Dreyer Fernandes, Alice Bianchi Bittencourt, Eduardo Taube Borre, Helena Palin Botter, Bruna Beck Nunes</p> <p><i>SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Leiomiomas esofágicos são a neoplasia benigna mais comum do esôfago. Compreendem em tumores mesenquimais originados nas células do músculo liso, de etiologia ainda desconhecida. Localizam-se principalmente nos terços inferiores e são tumores de crescimento lento, com baixo potencial maligno. A maioria é detectada com menos de 5cm, sendo raros os gigantes maiores que 10cm. O curso clínico pode ser assintomático em lesões pequenas ou apresentar-se com disfagia e dor torácica em tumores maiores. Seu achado é frequentemente incidental. O diagnóstico pode ser feito por raio x contrastado, endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada e ecoendoscopia. Embora não haja consenso, a eleição para indivíduos sintomáticos tem sido a abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de paciente feminina, 48a, com história de disfagia, sensação de corpo-estranho em região cervico-torácica, dispepsia, plenitude e vômitos pós-prandiais. Endoscopia digestiva alta demonstrou lesão em esôfago distal há 5cm da junção esôfago-gástrica. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou lesão expansiva em esôfago distal de 4.3 por 2.8cm. Ecoendoscopia apresentou lesão em muscular própria, tendo o exame anátomo-patológico associado a imunohistoquímica confirmado o diagnóstico de leiomioma esofágico. Resultados: a lesão foi abordada cirurgicamente por via videolaparoscópica abdominal. Foi ressecada a lesão após abertura da camada muscular e submucosa. Foi realizada esofagorrafia e reconstrução do esôfago distal, seguida por hiato plastia e fixação do ângulo de His. Endoscopia digestiva alta transoperatória foi utilizada para localização da lesão e revisão da mucosa após ressecção. O paciente recebeu alta hospitalar 3 dias após. Não ocorreram intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Conclusão: a abordagem cirúrgica tem sido a escolha para pacientes com leiomiomas esofágicos sintomáticos. A abordagem convencional envolve toracotomia com enucleação ou ressecção. Ressecção esofágica está indicada em leiomiomas gigantes ou envolvendo grandes porções. A video cirurgia vem ganhando aceitação e é preferida para lesões dos dois terços proximais. O tratamento endoscópico também ganha adeptos, bem como a cirurgia assistida por robô Da Vinci. Tumores pequenos e assintomáticos podem ser acompanhados com tratamento expectante.</p>

PO 314-2	PO 315-1
<p>TERATOMA DE OVÁRIO EM ADOLESCENTE</p> <p>THAYSE DA ROCHA FERRO CAVALCANTI, CARLOS AUGUSTO DE oliveira CAVALCANTI</p> <p><i>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Teratoma é o tumor de células germinativas mais comum nos ovários. Representa de 40 a 50% de todos os tumores de ovários até os 40 anos de idade. O sintoma principal é a dor pélvica e o diagnóstico inicial com exames de imagens.</p> <p>RELATO DE CASO: Relata-se um caso clínico de uma paciente de 15 anos de idade com sintomas de dor pélvica intensa, em crises. Na ultrassonografia realizada na urgência foi identificada tumoração cística no ovário direito com 9,1 x 8,8 cm. Na ressonância magnética com contraste foi identificada como neoplasia complexa, com múltiplos septos, com material amorfo no anexo direito, sem linfonodos comprometidos, sugerindo teratoma. Achado operatório de tumoração mista de ovário direito, sem aderências, sem linfonodos aumentados e cápsula bem delimitada. Realizada ooforectomia direita por videolaparoscopia. O exame de congelação não demonstrou malignidade. A histopatologia inicial demonstrou ser teratoma, confirmada pela imunohistoquímica. Apresentou boa evolução no seguimento pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A história clínica coincide com a literatura quanto a dor como sintoma principal, o que induz ao diagnóstico pelos exames de imagem. A ooforectomia é o tratamento de escolha e o seguimento é mandatório.</p>	<p>LIGADURA ELÁSTICA PRIMÁRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM VARIZES DE ESÓFAGO</p> <p>Anna Carolina Brehm, Anna Carolina Mendes Zanetti, Cassia Hideko Nakaya, Célio Hasegawa, Horrana Oliveira Cavalcante da Silva Souza</p> <p><i>Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A profilaxia primária para varizes esofágicas em crianças ainda é um assunto controverso, já que existem poucos grandes estudos randomizados na área, fato que gera uma falta de consenso entre especialistas.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 11 anos, diagnosticada com cirrose hepática por hepatite auto-imune há cerca de 1 ano. Em sua primeira endoscopia digestiva alta (EDA) foram observados 3 cordões varicosos esofágicos de pequeno calibre e sem outras alterações. Após um ano uma nova EDA mostrou evolução para 4 cordões varicosos de médio/grosso calibre, sem cherry-spots, com sinais de gastropatia hipertensiva discreta - classificação de Child-Pugh tipo B- e sem histórico de sangramento digestivo alto ou baixo. A equipe de gastroenterologia do Hospital Angelina Caron solicitou realização de ligadura elástica primária para as varizes esofágicas. O procedimento foi realizado utilizando um kit ligadura multibanda, disparando 5 elásticos com sucesso sem nenhuma intercorrência e a paciente recebeu alta no dia seguinte. Após 2 meses foi realizada uma nova EDA, evidenciando as cicatrizes das ligaduras elásticas anteriores, a presença de 2 cordões varicosos esofágicos de fino calibre e a ausência de cherry-points e de sinais de gastropatia hipertensiva. Atualmente a paciente aguarda na lista de transplante hepático.</p> <p>DISCUSSÃO: São causas de hipertensão portal (HP) na criança: Atresia biliar, fibrose cística, doença policística hereditária, hepatite auto-imune e idiopática. A profilaxia primária de varizes esofágicas visa a prevenção do primeiro episódio hemorrágico, já que pacientes pediátricos, com HP, podem ter evolução do quadro durante a adolescência, fato observado em mais de 50% dos casos. Na prática ligadura elástica endoscópica (LEE) vem se mostrando uma excelente opção hemostática, tanto na profilaxia primária quanto na secundária, sendo considerada por alguns, superior aos métodos de escleroterapia e farmacológicos. Na literatura mundial, as indicações de profilaxia primária na população pediátrica ainda são controversas, há poucos estudos randomizados comparando diferentes métodos e, atualmente, não existe nenhum protocolo a ser seguido. Entretanto, diversos trabalhos publicados mostraram a segurança e eficácia da LEE para varizes de esôfago em crianças, com taxa de erradicação entre 81 a 90% após duas sessões; sendo que a média de bandas elásticas fixadas giram em torno de 2 a 3 por procedimento. O seguimento endoscópico deve ser mantido por 12 a 16 meses e uma nova LEE pode ser realizada, se necessária, após 3 meses. Assim como em outros relatos, este corrobora para o sucesso da ligadura elástica primária como tratamento inicial para varizes esofágicas em pacientes pediátricos e enfatiza a necessidade da formulação de um protocolo adequado e atualizado para o tratamento desses pacientes.</p>
<p>PO 315-2</p> <p>RELATO DE UMA PACIENTE COM DISGENESIA GONADAL PURA XY CUJO DIAGNÓSTICO FOI REALIZADO APOS A DESCOBERTA DE UM DISGERMINOMA DE OVÁRIO</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Bibiana de Souza Boger, Samuel Carel Land, Larissa Prado da Fountora, Fabiana Tabegna Pires, Thaisa Hanemann, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a disgenesia gonadal pura (DGP) XY é um distúrbio do desenvolvimento sexual associado a anomalias do desenvolvimento gonadal, descrito em cerca de 1 caso para cada 80.000 indivíduos. Ele resulta na presença de genitais externos e internos femininos, apesar do cariótipo 46,XY. Nosso objetivo foi descrever uma paciente com disgerminoma de ovário, cuja avaliação complementar levou ao diagnóstico de DGP XY.</p> <p>RELATO DE CASO: a paciente veio encaminhada aos 20 anos de idade para avaliação por história de amenorréia primária. Apresentava história de telarca aos 16 anos e de pubarca com 14 anos, após início de hormonioterapia. Tinha história de dor em cólica em andar inferior do abdome há cerca de 2 meses, que se acompanhou de distensão abdominal. A ecografia abdominal havia revelado a presença de uma lesão expansiva, presumivelmente sólida, hipocóica, com vários focos hiperecogênicos no interior, medindo 3,5 cm X 2,5 cm X 2,5 cm. A paciente apresentava aumento dos níveis de LH e FSH e baixos de estradiol. Ela era filha de pais jovens e não consanguíneos. Não havia outros casos similares na família. Ao exame físico, a paciente apresentava estatura de 160 cm, peso de 55 Kg e perímetro cefálico de 56,5 cm, envergadura de 166 cm, palato alto, orelhas em abano e cúbito valgo O seu cariótipo revelou a presença de uma constituição cromossômica masculina normal (46,XY). A paciente foi submetida à cirurgia de ooforectomia bilateral, sendo que o anatomopatológico da lesão do anexo esquerdo foi compatível com disgerminoma de ovário.</p> <p>DISCUSSÃO: Pacientes com DGP XY, devido à presença da linhagem celular masculina, apresentam um risco aumentado de malignização gonadal. Em nosso caso, este risco era de 15 a 35%. Portanto, para tais pacientes, é crucial a realização da gonadectomia profilática bilateral o mais precoce possível.</p>	<p>PO 316-1</p> <p>ACALASIA IDIOPÁTICA NA ADOLESCÊNCIA E SEU DESFECHO: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUCAS SOLON DIAS FARIAS, RAYANI DIOGENES UMBELINO REIS, LAYANE BARRETO COSTA, NOELE GURGEL D'ÁVILA, DANIELY PESSOA MOREIRA, LUIZ FREDERICO BEZERRA HONORATO JUNIOR, NATASSIA VIANNA BOCCHESI, LEONARDO DE PAIVA AUTRAN NUNES</p> <p><i>UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A acalasia de esôfago idiopática é uma doença rara, atingindo 1:100.000 na população geral, sendo apenas 4 a 5% descritos em crianças. Causas autoimunes, infecciosas, degenerativas e genéticas podem ser responsáveis pela alteração neuronal. A doença de Chagas mais prevalente na região central do Brasil, constitui uma causa conhecida de distúrbio motor por deservação.</p> <p>RELATO DE CASO: L.S.D.F. de 17 anos, natural de Natal – RN, iniciou quadro de disfagia progressiva aos sólidos, necessitando de grande ingestão de líquidos por refeição, ultrapassando 1.000 mL. Relatava sensação de entalo, aumento de pressão durante a deglutição e dor retroesternal após as refeições. O quadro evoluiu com episódios recorrentes de regurgitação noturna, pirose e tosse culminando na necessidade de cabeceira elevada para dormir. Tal sintomatologia apresentava piora quando havia a ingestão noturna de bebidas fermentadas ou gasificadas, dificultando o sono. Ao procurar auxílio médico, houve suspeita de acalasia e iniciou-se a investigação. Realizou uma radiografia contrastada de esôfago evidenciando a presença de megaesôfago grau III. Prosseguindo com a investigação diagnóstica, foi feita manometria esofágica que constatou as diferenças pressóricas esofágicas, reiterando o diagnóstico e indicando a conduta cirúrgica. Simultaneamente à investigação, solicitou-se sorologia para doenças de Chagas, muito prevalente na região e uma das etiologias da acalasia, obtendo-se resultado negativo. Com isso, abriu-se investigação para outras etiologias, não sendo encontrado nenhum fator causal. Sendo assim, o diagnóstico foi firmado em acalasia idiopática. O procedimento cirúrgico para correção, com cardiomiectomia à Heller foi bem sucedido e com pós-operatório sem intercorrências. Após 7 anos do procedimento cirúrgico, paciente permanece estável, com dieta livre e completa aceitação alimentar. Segue sem disfagia, sem regurgitação noturna, mesmo após a ingestão de bebidas fermentadas ou gasificadas. Paciente ainda persiste ingerindo quantidade aumentada de líquidos durante as refeições, no entanto foram reduzidas drasticamente quando comparada à quantidade do quadro inicial.</p> <p>DISCUSSÃO: A acalasia envolve uma falha no relaxamento do esfíncter inferior do esôfago aliada a uma dismotilidade do corpo esofágico. Existe uma dificuldade de passagem do alimento pela transição esofagogástrica sem que haja uma verdadeira estenose orgânica ou compressão extrínseca. O espectro de sintomas é amplo, variando desde regurgitação até pneumonias aspirativas de repetição. Crianças maiores referem sintomas de disfagia progressiva. Por esses motivos, muitas vezes a doença é confundida com doença do refluxo gastroesofágico postergando seu diagnóstico.</p>

PO 316-2	PO 317-2
<p>APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ENDOMETRIOMA: RELATO DE CASO</p> <p>Marcela Rolim da CRUZ, Adriano Philippe Lisboa Bustorff Quintão, Bruno Amorim Menezes da Silva, Julie Catherine Neves Guimarães da Costa, Vanessa de Miranda Fraga, Juliana Barbosa Lima, Fernando Salvo Torres de Mello</p> <p><i>FACEULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é definida como a presença de tecido endometrial em localização extrauterina. Estes sítios ectópicos localizam-se usualmente na pelve, mas podem ser encontrados em qualquer outro lugar do corpo. Os locais mais frequentes de implantação são as vísceras pélvicas e o peritônio. Embora seja uma desordem ginecológica comum, sua prevalência é desconhecida, o que é explicado pelo fato da cirurgia representar o único método confiável para o diagnóstico, porém não é realizada em pacientes assintomáticas ou sem achados clínicos sugestivos da doença. O trato intestinal é a localização mais comum da endometriose extragenital. Corresponde a 5% dos casos de endometriose diagnosticados, sendo o reto e o sigmoide responsáveis por 70-93% das lesões. A invasão celular pode atingir toda extensão da parede intestinal e causar obstrução intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: R.R.B, 39 anos, feminina, encaminhada para investigação de anemia com necessidade prévia de transfusão e dor em FID há 6 meses, associada a melena três dias antes da consulta e perda ponderal pouco significativa. Negava febre, diarreia e outros sintomas. Ausência de comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações. Ao exame: BEG, eupnéica, hipocorada ++/4+, hidratada, normocárdica. Abdomen flácido, doloroso à palpação profunda em FID, sem peritonismo, sem massas palpáveis, RHA+. Realizou EDA, sem achados significativos. Foi submetida a colonoscopia, evidenciando-se ceco de aspecto deformado pela presença de lesão polipoide friável e sangrante com 3cm (biopsiada). Exames laboratoriais com anemia discreta (Hb: 10,8), sem leucocitose; VHS: 75mm; PCR 60; Fe: 27; IST: 7,8%; Ferritina: 29; PCR:60. O resultado do histopatológico da lesão só veio compatível com tecido de granulação. Foi submetida a laparotomia, com exérese da lesão cecal. A biópsia de congelação realizada no intraoperatório evidenciou neoplasia maligna de padrões epitelióide e fusocelular. Foi realizada colectomia por direita, com ileocoloanastomose latero-lateral e miomectomia subserosa. O resultado do histopatológico da lesão confirmou tecido ovariano com endometriose cística e cistos foliculares e o do produto da colectomia direita confirmou o diagnóstico de endometriose intestinal envolvendo as camadas subserosa e muscular própria. As margens cirúrgicas estavam livres. Paciente evoluiu bem, recebendo alta quatro dias após o procedimento, sem complicações, estando atualmente assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A forma e a localização atípicas apresentadas pela patologia no caso em tela, pseudotumor de ceco sangrante, demonstram a relevância da presente exposição, bem como da necessidade do debate para uma melhor compreensão da doença. Visto que, segundo os dados epidemiológicos disponíveis, o comprometimento cecal ocorre em 9% dos casos de endometriose intestinal, e que no período menstrual, cerca de 48% das pacientes relatam sangramento.</p>	<p>LEIOMIOMA DE OVÁRIO: RELATO DE CASO</p> <p>Beatriz Bastos, David Lucas Lisboa, Melisandro Almeida Lacerda</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomioma consiste em uma neoplasia mesenquimal benigna de músculo liso, em que a transformação maligna é extremamente rara. Essa neoplasia costuma ser diagnosticada no trato genital, principalmente no útero e na vagina, entretanto é rara a sua ocorrência nos ovários, sendo esse o principal motivo que despertou o estudo desse caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M. F. F. M., feminino, 30 anos, realizou ultrassonografia de abdome total e endovaginal que evidenciou ovário esquerdo com volume aumentado, apresentando imagem ovoide hipocóica de permeio, merecendo controle evolutivo. Após três meses foi realizada ultrassonografia transvaginal, encontrando imagem nodular anexial esquerda, inespecífica. Foi recomendado, então, um prosseguimento diagnóstico através da ressonância magnética da pelve. Com a obtenção do resultado cinco dias depois, foram evidenciadas imagens císticas no ovário esquerdo, podendo corresponder a endometriomas ou cistos hemorrágicos. Três meses depois, ao ser realizada nova ultrassonografia pélvica endovaginal, observou-se adjacente e em contiguidade com o ovário esquerdo formação nodular com aspecto sugestivo de endometrioma, com discreto aumento em relação ao último exame. Quatro meses depois, à ultrassonografia transvaginal com Doppler, as formações císticas no ovário esquerdo continuavam com aspecto sugestivo de endometriomas. Foi realizada, no mesmo mês, uma videolaparoscopia, com achado cirúrgico de tumoração sólida exofítica ao ovário esquerdo de 3cm. Fez-se, portanto, a ooforoplastia, com ressecção do nódulo e envio para análise anatomopatológica. O resultado consistiu em múltiplos fragmentos teciduais irregulares, variáveis de tamanho entre 2,5 e 0,8cm no maior eixo. Aos cortes, notou-se tecido de consistência firme-elástica, compacto e homogêneo. O diagnóstico foi de leiomioma de ovário, em múltiplos fragmentos.</p> <p>DISCUSSÃO: O leiomioma de ovário representa menos de 1% das patologias ovarianas e ocorre em mulheres de 20 a 65 anos de idade. Estrogênios e progesterona podem desempenhar um papel no crescimento de muitos leiomiomas do trato genital feminino, já que são observadas neoplasias positivas para receptores desses hormônios. No caso em questão, um adequado diagnóstico pré-operatório não foi possível, e o leiomioma acabou por ser confundido com um endometrioma pela sua semelhança aos exames de imagem somada à raridade da sua ocorrência, o que acabou por diminuir suspeitas a respeito. A ressonância magnética é fundamental para o diagnóstico e tratamento apropriado das patologias benignas do ovário na mulher em idade fértil, por isso foi escolhido para prosseguimento diagnóstico. Apesar de todas as tentativas, contudo, o diagnóstico correto só foi possível após a realização da cirurgia por via laparoscópica e posterior análise anatomopatológica. Fica evidente, portanto, que à presença de uma massa sólida nos tecidos ovarianos, deve-se confirmar ou descartar uma hipótese de leiomioma.</p>
<p>PO 318-1</p> <p>MEGASOFAGO GRAU III COM ACALASIA, SUBMETIDO A CARDIOMIOTOMIA + VALVOPLASTIA: RELATO DE CASO</p> <p>Ademario Cardoso Neto, Julia Pinho Costa, Adolfo Rodrigues Neto, Gustavo Almeida Leão, Murilo Pereira Cappellesso, Arthur Henrique Shimidt, Victoria Macedo Maia, THIAGO MELO Espírito Santo</p> <p><i>Faculdade São Francisco de Barreiras - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A abordagem de tal temática tem como motivação o número significativo de casos de chagas que ocorrem, o que torna um problema de saúde pública e dentro disso as consequências que a essa doença pode causar ao indivíduo, a exemplo do megaesôfago. O megaesôfago é uma das formas clínicas do mal de Chagas que, embora de natureza benigna, tem caráter crônico e progressivo, o que determina repercussões relevantes sobre o estado nutricional e psíquico dos pacientes. Ele pode ser diagnosticado em qualquer idade, mas é mais frequente entre 20 e 40 anos e predomina no sexo masculino. A destruição e a ausência de plexos nervosos intramurais de Auerbach do esôfago determinam a ausência de peristaltismo ao nível do corpo do órgão e a não abertura de seu esfíncter inferior (acalasia), em resposta à deglutição. Ocorre, em consequência, estase esofágica e, inicialmente, falta de coordenação motora, dilatação e diminuição da capacidade de contração do esôfago.</p> <p>RELATO DE CASO: M.P.S, feminino, 48 anos, chagásica, procedente do município de Riachão das Neves- Bahia, relata disfagia, odinofagia e perda de peso. Diagnosticada com megaesôfago grau III com acalasia foi submetida a um procedimento cirúrgico de cardiomiotomia a Heller e Valvoplastia anterior (Lothar). Apresentou boa evolução pós-operatória, com regressão quase total dos sintomas, ganho ponderal e melhora expressiva na qualidade de vida. Durante a internação de 3 dias, o primeiro dia teve dieta zero com sonda, segundo dia foi retirada a sonda e passada uma dieta líquida e terceiro dia foi feita dieta pastosa. Após a internação passou a uma dieta pós-prandial.</p> <p>DISCUSSÃO: A cardiomiotomia à Heller mais a Valvoplastia anterior (Lothar) é método cirúrgico utilizado para a acalasia como consequência do megaesôfago, esse procedimento apresenta resultados satisfatórios a longo prazo e com baixa morbimortalidade. Consiste na secção longitudinal da musculatura esofagiana, por via abdominal, na extensão do EEI. Este procedimento diminui a pressão do esfíncter, aliviando a disfagia de forma eficaz em 80 a 90% dos pacientes. Nas miotomias, faz-se uma incisão com 8 cm de extensão, sendo 5 cm no esôfago e 3 cm abaixo da cárdia, separando as fibras longitudinais e circulares hipertrofiadas da parede do esôfago, responsáveis pela estenose. A esofagocardiomiotomia à Heller isolada é associada a refluxo gastroesofágico em 50-60% dos pacientes, com risco de esofagite e Barrett. A maioria dos autores recomenda então a realização de um procedimento antirrefluxo, podendo ser adotada uma entre as várias modalidades de fundoplicatura (Lind, Thal, Dor, Lind-Toupet, Pinotti) – não há um consenso sobre a melhor técnica a ser adotada.</p>	<p>PO 318-2</p> <p>RETOSSIGMOIDECTOMIA DISCOIDE PARA TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA ABDOMINAL.</p> <p>DAVID LUCAS LISBOA, BEATRIZ BASTOS, MELISSANDRO ALMEIDA LACERDA</p> <p><i>UFPE - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A retossigmoidectomia discoide apresenta-se como uma técnica cirúrgica minimamente invasiva utilizada para o tratamento de endometriose profunda abdominal. Ela é indicada para lesões menores que 3 cm quando que não atingem 50% de diâmetro da alça intestinal. Estima-se que 15% das mulheres na idade reprodutiva têm endometriose; o intestino é afetado em apenas 3%-37% dos casos e desses, 90% estão relacionados com o reto ou sigmoide.</p> <p>RELATO DE CASO: M.B.N.A, feminino, 31 anos, portadora de dor pélvica crônica de caráter incapacitante, dispareunia de profundidade, tenesmo e infertilidade. Realizou exames que mostraram obstrução tubária bilateral na histerossalpingografia; e na ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, observou-se um nódulo de 1,7 cm acerca de 10 cm da borda anal envolvendo 30 % da circunferência da alça intestinal e atingindo os ligamentos uterossacros. Foi feito o diagnóstico de endometriose profunda com comprometimento intestinal e indicado tratamento cirúrgico por videolaparoscopia. Na cirurgia, evidenciou-se acometimento pélvico extenso, peritônio difusamente espessado com placas endometrióticas aderidas aos ligamentos uterossacros, ao ureter e ao torus uterino; além de um nódulo no reto de cerca de 1,7 cm. Optou-se, então, pelo maneio com ressecção dos focos de endometriose e retossigmoidectomia discoide devido ao nódulo ser menor que 3 cm e atingir menos de 50% de diâmetro da alça intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: A endometriose profunda abdominal tem como principais manifestações clínicas a dor pélvica, a dispareunia e a infertilidade. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico com ressecção completa das lesões tem sido a recomendação terapêutica com melhores resultados para o alívio sintomático em longo prazo. A cirurgia minimamente invasiva por laparoscopia é uma alternativa adequada para diminuir a morbidade e melhorar a recuperação pós operatória. As suas opções ao tratamento de endometriose profunda abdominal incluem o "shaving", a retossigmoidectomia discoide e a retossigmoidectomia segmentar. Para o caso em questão, a retossigmoidectomia discoide mostrou-se coerente considerando-se as dimensões do nódulo e seu percentual de circunferência da alça intestinal. Primeiramente, através de videolaparoscopia, a lesão foi completamente isolada e seccionada no limite do acometimento da camada muscular do reto com posterior transfixação por meio de sutura. Depois, via transanal, o gramepeador foi introduzido, de maneira a evitar a parede posterior do reto, e a lesão foi direcionada para o seu interior. Por fim, o dispositivo foi disparado e retirado pelo ânus. Os bons resultados da retossigmoidectomia discoide faz com que ela se apresente como uma alternativa à retossigmoidectomia segmentar em pacientes selecionados portadores de endometriose profunda abdominal.</p>

PO 319-1	PO 319-2
<p>CARDIOMIOTOMIA DE HELLER ROBOTICA EM MEGAESOFAGO RECIDIVANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Eduardo Augusto Borges Primo, Vanessa Mahamed Rassi, Hortência Freire Barcelos, Paula Andreza Loures, Adilon Cardoso Filho</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O megaesôfago caracteriza-se por destruição dos plexos intramurais de Auerbach de caráter irreversível e progressivo. Consequências dessa patogênese são: aperistalse do corpo, contrações acrônicas e relaxamento incompleto ou ausente do esfíncter inferior. A disfagia é o sintoma mais relevante. No Brasil o megaesôfago chagásico possui uma alta prevalência, assumindo importância no contexto epidemiológico e de saúde pública. O presente trabalho tem por finalidade relatar um caso de persistência de megaesôfago chagásico, tratado previamente com cardiomiotomia de Heller laparoscópica e discutir o seu manejo cirúrgico robótico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 72 anos, tabagista inveterado e hipertenso em controle. Relata há 35 anos, disfagia e odinofagia progressiva. Após a realização de exame sorológico para chagas, videoesoscopia digestiva alta e radiografia de tórax, foi diagnosticado com megaesôfago chagásico. A conduta terapêutica realizada foi a cardiomiotomia de Heller videolaparoscópica. Relata há 2 anos quadro recidivante de disfagia progressiva de sólidos e posteriormente a líquidos. Devido ao quadro clínico, fora submetido a ré Heller robótico.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico do megaesôfago é dado pelo estudo radiológico que permite a classificação em graus: I, II e III (não avançado) e IV (avançado). A classificação em graus também auxilia na estratificação do tratamento: Grau I-tratamento clínico medicamentoso, Grau II e III-cardiomiotomia de Heller, Grau IV-esofagectomia. A cardiomiotomia de Heller possui, atualmente, uma alta eficácia por ser simples e conservadora. Entretanto, 6 a 25% podem apresentar uma recidiva da disfagia precocemente ou a longo prazo. São as principais causas de recidiva: refluxo gastroesofágico-responsável por 45% dos casos, miotomia incompleta, migração da válvula para o tórax, má cicatrização/fibrose e progressão de megaesôfago classe IV. Na literatura, a definição do melhor tratamento para o megaesôfago recidivante é controversa. Vários estudos mostram que em pacientes em que a causa da recidiva foi miotomia incompleta pode ser tentada a remiomiotomia. O Heller Robótico quando comparado com a técnica laparoscópica, reduz de forma significativa as complicações intraoperatórias e aperfeiçoam os resultados operatórios. Este fato contribui para que novas recidivas sintomatológicas não ocorram. Afinal, a cirurgia robótica representa a fronteira tecnológica que revolucionou o manejo cirúrgico. Possui o potencial compensar os inconvenientes da técnica laparoscópica, tal como o grau de instrumentação, a visão 2D e a escala de movimento limitadas.</p>	<p>GRAVIDEZ ECTOPICA NA CAVIDADE ABDOMINAL</p> <p>Beatriz Bastos, Melisandro Almeida Lacerda, Flora Souza Brandão dos Reis, Brendha Rodrigues, Johana Lara Pinto de Carvalho, Manuella Martins do Nascimento, Gabriella Bento de Moraes, Vanessa Araújo Alves</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gravidez ectópica abdominal (GEA) ocorre quando o saco gestacional se implanta e desenvolve na cavidade abdominal. Ela pode ser consequência do aborto tubário (GEA secundária) ou, mais incommune, da direta implantação do ovo na cavidade peritoneal (GEA primária). Diferentemente das gestações ectópicas tubárias e ovarianas, a GEA pode se desenvolver até o termo, porém apresenta mais riscos de malformações das estruturas fetais. Menos de 50% desses fetos sobrevivem, devido às precárias condições de irrigação sanguínea em que se dá a nidadação.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.S.C., feminino, 38 anos, com histórico de atraso menstrual, dor pélvica aguda com sangramento vaginal discreto, realizou um teste de gravidez beta HCG quantitativo, com um resultado de 600 mIU/ml e USG transvaginal, que evidenciou endométrio fino e ausência de gestação. Realizou uma curva do beta HCG, repetindo o exame após 5 dias, que aumentou para 1300 mIU/ml. A nova USG transvaginal mostrava um endométrio fino com coleção líquida heterogênea de 3.2 cm em região anexial esquerda e provável foco de endometriose paraovariana. A paciente persistia com dor pélvica e sangramento discreto. Foi feito um diagnóstico de gravidez ectópica e indicou-se a realização da videolaparoscopia. Durante este procedimento, foi observada a presença de uma gestação ectópica abdominal em região pré-vesical próxima ao ligamento redondo esquerdo. Observou-se também múltiplas aderências pélvicas secundárias à endometriose. Foi feita a remoção da prenhez abdominal, com colocação de surgical fibrillar, material aderente utilizado para hemostasia.</p> <p>DISCUSSÃO: A mortalidade pela gravidez ectópica apresentou um importante decréscimo nas últimas décadas, sendo uma das principais causas disso o aprimoramento dos métodos diagnósticos. A detecção precoce da GEA nesse caso foi essencial para determinar a abordagem terapêutica e para diminuir maiores danos à paciente. A abordagem cirúrgica foi escolhida no caso da paciente, no entanto, existem abordagens clínicas disponíveis para o tratamento da gravidez ectópica atípica, como o uso do metotrexato. Ainda assim, optou-se pela cirurgia, um método mais invasivo, porém mais resolutivo, devido às altas taxas de morbimortalidade causadas por esse tipo de gravidez ectópica. As cirurgias para gravidez ectópica atípica normalmente envolvem inúmeras complicações, como sangramento incontrolável, terminando em cirurgias mutiladoras e com elevada morbidade. No caso exposto, devido à alta vascularização da área da área e invasão trofoblástica, houve um sangramento significativo, porém controlado sem maiores complicações. Por ser um local de implantação de gravidez ectópica bastante raro, nota-se a importância de relatar o caso e discutir um pouco mais acerca das abordagens terapêuticas utilizadas em situações semelhantes.</p>
<p>PO 320-1</p> <p>Leiomioma esofágico - Ressecção endoscópica em mulher de 68 anos de idade</p> <p>Phylipe Augusto Oliveira, Wendel Santos Furtado, Winne Noletto Martins, Carine Avello Matos, Guilherme Menezes Andrade Filho, João Marcos Monteiro Ramos, José Miguel Silva Maciel Junior</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores benignos do esôfago são incomuns e representam menos de 1% das neoplasias esofágicas. O leiomioma é o mais comum dentre estes. Mais frequente em homens, com idade variável entre 3ª e 5ª década. O local mais comum é o terço inferior do esôfago. Origina-se da camada muscular própria ou da muscular da mucosa. Apresenta-se assintomático ou com disfagia, pirose e perda de peso. O diagnóstico confirmatório é com ecoendoscopia. A endoscopia digestiva alta é indicada para retirada de tumores da mucosa e muscular da mucosa com até quatro centímetros. O tratamento baseia-se na ressecção cirúrgica ou acompanhamento nos assintomáticos, benignos e menores que cinco centímetros. O tratamento indica-se pela localização, tamanho, taxa de crescimento, estado clínico e comorbidades. Atualmente, a ressecção é por toracoscopia. A via endoscópica também é utilizada. Este método é reservado apenas para leiomioma de origem na muscular da mucosa. O presente caso apresenta uma lesão esofágica ressecada por endoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher branca, 68 anos etários, hipertensa e diabética, com epigastralgia esporádica em queimação há seis meses, perda ponderal de 18kg, disfagia, plenitude pós-prandial e vômitos esporádicos atendida no Hospital das Forças Armadas. Exame físico evidenciou língua geográfica e exames laboratoriais com alterações em glicemia de jejum. EDA apresentou a 25 cm da arcada dentária superior lesão submucosa elevada, de contornos regulares e lisos, com mucosa normal, com 1,5 cm, além de erosão linear em transição esôfago-gástrica única, inferior a 5mm e hérnia hiatal. O histopatológico de biópsia concluiu proliferação fusocelular de baixo grau na mucosa esofágica, compatíveis com leiomioma e presença de H. pylori. Ecoendoscopia demonstrou lesão subepitelial de esôfago proximal, com imagem hipocogênica e homogênea originária e restrita à camada muscular da mucosa medindo 7,5 por 2,0 mm, compatível com leiomioma. Exame imunohistoquímico apresentou resultado positivo reacional para os anticorpos Actina de músculo liso 1A4 e Ki-67, revelando achados morfológicos e imunohistoquímicos próprios de leiomioma. Após acompanhamento avaliando evolução do quadro e tratamento clínico, foi realizado terapêutica por via endoscópica devido persistência e potencialização sintomatológica. Após a polipectomia da lesão esofagiana, nova EDA e anatomopatológico de controle em 3 meses não evidenciaram lesão esofágica. Permaneceu em seguimento ambulatorial e tratamento clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: Aqui, o leiomioma esofágico apresentou-se em mulher de 68 anos de idade, em terço proximal do esôfago, discordando do habitual descrito na literatura. A EDA evidenciou lesão de contornos regulares e lisos, de aproximadamente 1,5 cm. A ecoendoscopia demonstrou lesão restrita à camada muscular da mucosa. A biópsia descreveu achados microscópicos compatíveis com leiomioma. Apesar das controvérsias, a EDA foi utilizada para a ressecção com sucesso.</p>	<p>PO 320-2</p> <p>TORÇÃO ISOLADA DA TUBA UTERINA EM ADOLESCENTE</p> <p>Beatriz Bastos, Gabriella Bento de Moraes, Vanessa Araújo Alves, David Lucas Lisboa, Bárbara Madrugada Cavalcanti, Melisandro Almeida Lacerda, Bianca Dantas</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A torção isolada da tuba uterina é um evento incomum caracterizado por dor abdominal aguda e de diagnóstico definitivo apenas intra-operatório. Estima-se que a sua incidência seja de 1 em cada 1,5 milhões de mulheres, sendo mais comum em mulheres na idade reprodutiva dotadas de alguns fatores predisponentes, como, por exemplo, cirurgia pélvica prévia, hidrossalpinge, gravidez ectópica e traumatismos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M. L. S., feminino, 12 anos, virgo, com menarca aos 10 anos de idade, apresentando há cerca de 3 meses dor pélvica de início súbito, de caráter persistente e de forte intensidade, que não melhorava ao uso de analgésico habitual. Realizou ultrassonografia pélvica e ressonância magnética que evidenciou cisto retrouterino de 7cm. Foi feito diagnóstico de cisto hemorrágico e iniciado tratamento com Dienogeste. Após 2 semanas de tratamento, paciente persistiu com muita dor pélvica, sem melhora do quadro clínico, e optou-se pela abordagem cirúrgica. Assim, realizou-se uma videolaparoscopia, em que se observou um volumoso cisto paratubário necrosado e torcido em seu próprio pedículo. A tuba uterina encontrava-se isquêmica e com sinais de necrose, porém o ovário não estava acometido. Foi realizada apenas a salpingectomia esquerda com preservação do ovário correspondente. Ao exame anatomopatológico, foi observado cisto seroso de mesossalpinge com áreas de necrose isquêmica.</p> <p>DISCUSSÃO: A torção tubária é um acometimento abdominal agudo raro em crianças e que pode ser dificultado devido a achados clínicos, radiológicos e laboratoriais inespecíficos. Para o manejo da patologia, é necessária a distorção da tuba por via laparoscópica ou laparotômica, na qual a integridade tubária deve ser preterida. Porém, o difícil diagnóstico dessa patologia resulta na cirurgia tardia, como ocorrido com a paciente, que obteve o diagnóstico definitivo 2 semanas após o início dos sintomas e evoluiu com uma necrose da tuba uterina devendo, assim, ser realizado uma salpingectomia de imediato. A salpingectomia por videolaparoscopia (VLP) mostra-se como padrão-ouro, pois é importante na medida em que permite a visualização direta das condições que constituem emergências ginecológicas, contribuindo dessa forma para o seu diagnóstico definitivo e estando relacionada à menor morbidade. Dessa forma, o diagnóstico precoce contribui para a preservação da integridade tubária e para a futura fertilidade através de manejo cirúrgico conveniente e resolutivo, principalmente em adolescentes jovens.</p>

PO 321-1	PO 321-2
<p>EXTERIORIZAÇÃO DE MATERIAL CIRÚRGICO EM LUZ ESOFAGEANA</p> <p>Vitor Doria Ricardo, Jean Lucas Benatti, Juliana Lucena de Queiroz, Guilherme Henrique Freire Costa, Danilo Gagliardi, José Carlos Esteves Veiga, Celso de Castro Pochini, Ruy F Almeida</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Independentemente da etiologia, uma perfuração esofágica é uma urgência cirúrgica. O vazamento do conteúdo esofágico e gástrico para o mediastino cria um processo inflamatório necrosante que pode levar a sepse, falência de múltiplos órgãos e morte. Mais da metade de todas as perfurações esofágicas são iatrogênicas e a maioria delas ocorre durante a endoscopia. Neste caso que relatamos, o esôfago foi perfurado após uma correção de pseudotumor da coluna cervical, representando um evento raro. Apresentamos um caso de perfuração tardia com exteriorização de material cirúrgico em luz esofágica após correção de pseudotumor da coluna cervical e a forma como foi conduzido até seu desfecho.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.Q.S., sexo masculino, 66 anos de idade, realizou tratamento cirúrgico em 2005 para correção de uma pseudotumor da coluna cervical (C3-C6). Em outubro de 2018 deu entrada no Pronto Socorro Central da Santa Casa de São Paulo, queixando-se de disfonia há 2 meses associada a disfagia para sólido há 1 mês, além de perda de peso não quantificada nos últimos meses. Foi realizada uma Endoscopia Digestiva Alta que demonstrou parte do material cirúrgico da artrodese (placas e parafusos) dentro da luz esofageana, configurando uma lesão de 4 cm na parede posterior do esôfago. A equipe médica optou pela abordagem cirúrgica desta lesão em novembro do mesmo ano, sendo realizada uma esofagoplastia e uma gastrostomia, com a retirada do material em luz esofageana. O pós-operatório seguiu sem intercorrências, com o paciente hemodinamicamente estável, sem uso de drogas vasoativas, sem sedação, eupneico em ambiente e com dieta enteral. Após tentar conter episódio de vômito, o paciente realizou broncospiração de conteúdo gástrico e evoluiu com pneumonia e sepse. Na madrugada do dia 06/12/2018 o paciente evoluiu com parada cardiorespiratória, realizado reanimação cardiopulmonar segundo ACLS com retorno à circulação espontânea. Durante a tarde paciente se manteve em ventilação mecânica sob sedoanalgesia, mantendo hipotensão e taquicardia mesmo na presença de noradrenalina em altos títulos, assim como vasopressina. Às 21:10 horas o paciente faleceu após parada PCR sem sucesso de reanimação de acordo com o ACLS.</p> <p>DISCUSSÃO: Em levantamento de dados, verificamos que as perfurações esofágicas por exteriorização de materiais cirúrgicos são caracterizadas como extremamente raras, com taxas de incidência de 0,02-1,49% e de mortalidade de 12-20%. No entanto, apesar de incomum, a identificação do deslocamento da placa como possível causa da perfuração é feita de maneira consideravelmente rápida e segura nestes casos. Apesar de sua baixa incidência, foi possível fazer a escolha do tratamento adequado rapidamente devido ao quadro clínico característico e o auxílio de exames de imagem e, mesmo com a evolução do paciente a óbito, a esofagoplastia e a gastrostomia, com a retirada do material em luz esofageana mostrou-se como a melhor alternativa frente a outras possibilidades.</p>	<p>RETOSSIGMOIDECTOMIA SEGMENTAR</p> <p>Beatriz Bastos, Victória Coelho Cassiano Diniz, Flora Souza Brandão dos Reis, Lais Vieira Araujo, Gabriella Bento Morais, Vanessa Araujo Alves, Melisandro Almeida Lacerda</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A retossigmoidectomia é realizada em casos graves de endometriose, quando há invasão da luz do intestino, quando há deformidade anatômica, ou quando a lesão é maior do que 4 cm, impossibilitando a realização da ressecção discóide. A cirurgia consiste na ressecção do cólon sigmoide e parte do reto, além do rebaixamento do cólon com duplo grampeamento, e pode ser realizada por via aberta ou por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M. F. B. B, feminino, 36 anos, portadora de infertilidade há 3 anos, com ciclos regulares e dismenorrea primária de intensidade normal, além de dispareunia ocasional. Realizou exames para avaliação da infertilidade no qual a histerossalpingografia mostrava as tubas péricas, porém edemaciadas. A ultrassonografia transvaginal evidenciava endometrioma de ovário bilateral, com os ovários retrouterinos. Foi realizada uma pesquisa avançada para endometriose que mostrou: ressonância, que evidenciou endometrioma de ovário direito, e ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, no qual indicava nódulo na parede do reto com 50% de circunferência da alça intestinal. Foi indicada, portanto, a abordagem cirúrgica da retossigmoidectomia segmentar.</p> <p>DISCUSSÃO: Endometriose é uma doença que pode atingir qualquer órgão. No caso do intestino, geralmente ocorre a endometriose profunda infiltrativa (EPI), um tipo de endometriose que adentra 5mm ou mais abaixo da superfície peritoneal, localizada nos tecidos fibromusculares. A incidência da endometriose intestinal varia entre 5 a 27% das mulheres com endometriose, enquanto o reto e retossigmoide correspondem a 70 a 93% das lesões intestinais. Os sintomas são causados por uma reação esclerosante da parede intestinal, causada por inflamação e fibrose em decorrência da endometriose profunda. O envolvimento intestinal deve ser suspeitado em toda paciente com endometriose profunda, sendo que se costuma estimar em 50% o número de pacientes com endometriose grave que possuem endometriose intestinal. A retossigmoidectomia segmentar é a cirurgia indicada para o caso em questão devido ao resultado da ressonância e da ultrassonografia transvaginal, as quais demonstraram acometimento intestinal e presença de nódulo na parede do reto. Apesar de ser uma cirurgia complexa e que exige uma equipe experiente, é uma intervenção crucial para melhorar o quadro clínico da paciente sem prejudicar sua fertilidade. A porcentagem de complicação da ressecção em casos de endometriose intestinal depende do tamanho, da extensão e da localização do tecido a ser removido. Deiscência de anastomose e lesão de ureter são as duas principais complicações decorrentes desse procedimento cirúrgico, as quais não ocorreram na cirurgia relatada. No caso da paciente em questão, a retossigmoidectomia mostrou-se coerente considerando as dimensões do nódulo e seu percentual de circunferência da alça intestinal.</p>
<p>PO 322-1</p> <p>LIPOSSARCOMA GIGANTE EM TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA - RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Fernando Fontes Souza, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Leonardo Augusto Lima Farias, Adriano Pamplona Torres, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Julio Marinho dos Santos Neto, Bruno Luis Oliveira Correa</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os lipossarcomas são tumores malignos de tecido adiposo, sendo a presença de lipoblastos o achado histológico mais característico dos mesmos. São tumores raros, ocorrendo predominantemente em retroperitônio, parede abdominal e membros, sendo sua presença no trato digestivo bastante incomum. Os sarcomas representam cerca de 1,5% dos tumores de esôfago, sendo o leiomiossarcoma o subtipo mais frequente. O diagnóstico geralmente é feito por endoscopia digestiva alta com biópsia, embora por tratar-se de lesão submucosa, pode ser necessário o uso de agulha especial para a obtenção de tecido adequado para o diagnóstico. Os tumores acima de 4 cm podem frequentemente ser visualizados em exames de imagem do tórax. Descrevemos caso de paciente com volumoso lipossarcoma de esôfago distal submetido a ressecção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 71 anos, apresentando quadro de disfagia e perda ponderal importantes, realizou endoscopia digestiva que identificou obstrução extrínseca do esôfago a cerca de 20 cm da arcada dentária superior e tomografia computadorizada que visualizou volumosa lesão com aspecto sugestivo de neoplasia de partes moles, com um componente mediastinal em íntimo contato com saco pericárdico, carina, vasos pulmonares e esôfago, e um componente abdominal sem plano de clivagem com estômago. O exame não identificou lesões sugestivas de implantes secundários, e identificou sinais de trombose venosa pulmonar crônica bilateral. Devido aos importantes sintomas compressivos apresentados pelo paciente, com disfagia, dispnéia e dor importante, foi optado pela realização de ressecção cirúrgica. A abordagem foi realizada por laparotomia mediana e esternotomia mediana. Foi realizada então esofagogastrectomia total, ressecção segmentar de lobo inferior do pulmão esquerdo e ressecção de partes do pericárdio e diafragma em íntimo contato com o tumor. Devido ao tempo cirúrgico prolongado, foi optado pela não realização de reconstrução primária, com confecção de esofagostomia cervical, jejunostomia, drenagem torácica fechada bilateral e drenagem mediastinal. Paciente permaneceu por tempo prolongado em unidade de terapia intensiva (UTI), sendo possível a retirada das drogas vasoativas e da ventilação mecânica. Evoluiu, entretanto, com quadro de pneumonia, com necessidade de reintrodução da ventilação mecânica e progressiva deterioração clínica, com óbito por sepse de foco pulmonar no 41 dia pós-operatório (PO).</p> <p>DISCUSSÃO: Os sarcomas de esôfago constituem um grupo de neoplasias raras, sendo a dificuldade no manejo cirúrgico proporcional às dimensões do tumor e ao acometimento de estruturas adjacentes. No caso apresentado, embora a ressecção completa do tumor tenha sido possível, a evolução pós-operatória foi complicada pelo estado pré-operatório do paciente, com hipoalbuminemia decorrente de disfagia prolongada e desnutrição, bem como pelas alterações ventilatórias e perfusórias pulmonares associadas à compressão da árvore traqueobrônquica, vasos e parênquima pulmonar pelo tumor.</p>	<p>PO 322-2</p> <p>LESAO ESCAMOSA DE ALTO GRAU EM COLO UTERINO: QUANDO A CIRURGIA NAO CONSEGUE CONTROLAR A DOENÇA.</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Mariana Sousa Ribeiro de Carvalho, Julie Marie Costa Sena, Caio César Chaves Costa, Nathalia Gabay Pereira, Fernanda Nascimento Rodrigues, Jéssica Rayanne Córrea da Silva, Thalita dos Santos Bastos</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará / Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de colo de útero é a terceira neoplasia maligna mais incidente entre as brasileiras e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, sendo que a infecção persistente por Papilomavírus humano (HPV) é o principal fator causal do câncer de colo uterino. A maioria das infecções por HPV são assintomáticas, no entanto diversos fatores como agressividade viral e grau de imunidade estão relacionados com o curso da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 31 anos, solteira, nuligesta, lúpica, com transplante renal há 5 anos, em uso de imunossuppressores apresentou colpocitologia oncológica (CO) evidenciando HSIL (lesão de alto grau) com biópsia de colo confirmando NIC3. Diante disso, optou-se por exérese da zona de transformação (EZT), com anatomopatológico (AP) evidenciando NIC3 e margens livres, sendo realizado o controle colposcópico em dias 30 dias e a colposcopia com CO em 3 meses após o procedimento, não apresentando alterações. No entanto, 6 meses após o procedimento, a CO apresentou-se com HSIL e biópsia de colo de NIC, sendo optado por uma nova EZT, sem sucesso, visto que 3 meses após, a paciente evoluiu com nova lesão de alto grau. Desta forma, a equipe e a paciente conversaram e optaram por histerectomia total. Mesmo assim, 3 meses após a cirurgia, a colposcopia revelou novas lesões multifocais representadas por um epitélio acetobranco denso em cúpula vaginal e terço superior vaginal bilateralmente, sendo utilizado a aplicação de laser de CO2 vaginal em 2 sessões, o que resultou em regressão colposcópica das lesões. O quadro regressou com novas lesões após 45 dias, o que levou a um diálogo com os serviços de nefrologia e reumatologia para tentar diminuir a dose de imunossuppressores e corticoides da mesma, o que estava impossibilitado. Nova sessão de laser, então, foi realizada após o uso de Imiquimod vaginal por 6 semanas. Entretanto, após 4 meses, paciente voltou a apresentar epitélio acetobranco denso em cúpula vaginal direita, com múltiplas lesões salteadas e com mesmo padrão em paredes vaginais laterais e posterior.</p> <p>DISCUSSÃO: Receptoras de transplante renal, na vigência de terapia imunossupressora, apresentam maior risco de desenvolver câncer de colo de útero associado ao HPV, sendo, geralmente, consequência da reativação de uma infecção latente. Nesta população, a abordagem cirúrgica é preferível em casos de NIC moderada a grave, no entanto, até 15% das mulheres podem apresentar lesões recorrentes, inclusive após histerectomia. Possíveis terapias alternativas envolvem o uso de imunomoduladores, visto que poucas evidências indicam redução de transformação maligna após mudança do esquema imunossupressor. A aplicação tópica de Imiquimod, além de ter poucos efeitos colaterais, aciona respostas imunológicas que culminam com boa resposta clínica em até 90% dos casos, devendo, portanto, ser sempre cogitada quando a cirurgia não puder ser estabelecida.</p>

PO 323-1	PO 323-2
<p>RELATO DE CASO: CIRURGIA DE SERRA-DÓRIA COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO DE MEGAESOFAGO CHAGASICO AVANÇADO, EM PACIENTE COM DIVERSAS COMORBIDADES</p> <p>Eduardo Garcia Pacheco, Matheus Mermejo Bontempo, Giovana Saldanha Fernandes, Giovanna Palumbo Vilhena, Henrique Pucinelli Utuni, Leonardo Cosac Oliveira Paranhos, Lucas Borges De Melo, Gabriela Felipe França</p> <p><i>Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Megaesôfago é um distúrbio caracterizado por dilatação do esôfago e diminuição do peristaltismo. É consequência da acalásia, cuja patogênese pode ser idiopática ou devido a degeneração neurogênica infecciosa, como na Doença de Chagas. Nessa doença, o agente etiológico <i>Tripanossoma cruzi</i> causa destruição dos plexos nervosos da parede esofágica, resultando em diminuição do peristaltismo e hipertonia do esfíncter esofágico inferior (1). Os sintomas principais são disfagia e regurgitação, podendo estar presentes perda de peso, pirose e dor retroesternal. Embora a literatura apresente bom entendimento do processo fisiológico, ainda persiste um grande número de casos que evoluem anos sem diagnóstico preciso, apesar de múltiplos exames complementares.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente VBC, 59 anos, masculino, natural de Turmalina – MG. Deu entrada no Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto, devido piora do quadro de disfagia para sólidos e líquidos, sendo necessária passagem de sonda nasoesofágica. Relatou episódios de pirose e negou demais queixas. Encontrava-se emagrecido. Refere início do quadro há 5 anos e ter realizado dilatação pneumática endoscópica com pouca melhora dos sintomas. Antecedentes pessoais: Morou em casa de barro por 15 anos. Sorologia positiva para Doença de Chagas. Portador de cardiomiopatia chagásica, insuficiência cardíaca congestiva e bloqueio de ramo direito. Iniciou programação terapêutica e foram realizados os seguintes exames: Esofagograma padrão: Grau III – classificação por grupos Rezende Moreira. Endoscopia digestiva alta: Esôfago muito dilatado e tortuoso, sem peristaltismo, com grande quantidade de líquido de estase espesso. Impressão diagnóstica: megaesôfago, com dólco Raio-X baritado: acentuada dilatação do esôfago, com retardo no tempo de esvaziamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O padrão-ouro para o diagnóstico é a manometria, que fornece dados quantitativos permitindo a classificação em doença avançada ou não(2). O tratamento de escolha é cirúrgico. Para casos não avançados, opta-se pela cardiomiectomia de Heller, enquanto em casos avançados opta-se pela esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, mucosetomia ou cirurgia de Serra Dória(3). Relatamos caso de paciente caquético com megaesôfago chagásico avançado que não permitia uma cirurgia de grande porte e de alta morbidade, incluindo também o risco de mediastinite, assim, optou-se pela Serra-Dória. O paciente evoluiu bem, sem intercorrências, teve alta no 6º dia de pós-operatório.</p>	<p>PERFURAÇÃO DE CÚPULA VAGINAL POS COITO EM HISTERECTOMIZADA: RELATO DE CASO</p> <p>Ticiani Rios Gudes, Tássio de Faria Huguenin, Luciana S Couto Hayashi, Lucas Araújo Andrade, Felipe Sgarbi Boralli</p> <p><i>UnifOA - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas no mundo. Só no Brasil, em 2014, foram realizadas cerca de 83 milhões de histerectomias. As complicações mais prevalentes do procedimento incluem lesão de bexiga, infecções do trato urinário, lesão de reto, tenesmo, infecção da cúpula vaginal, hematoma em cúpula além de eventos hemorrágicos. É recomendada abstinência sexual mínima de seis semanas após a cirurgia para adequada cicatrização de feridas operatórias. Visto ser evento raro a laceração de ferida cicatricial com mais de 60 dias de abordagem cirúrgica, o presente relato apresenta um caso de perfuração de cicatriz de colo uterino por coito vaginal ao 90º dia de pós-operatório.</p> <p>RELATO DE CASO: ACT, 37 anos, casada, do lar, residente da cidade de Volta Redonda, procurou o serviço de emergência do Hospital São João Batista com queixa de dor abdominal intensa iniciada logo após coito vaginal realizado na noite anterior. Afirmando parada da eliminação de fezes e flatos. Negou febre, vômito e outros sintomas associados. Como história pregressa, histerectomia total há 90 dias por leiomioma. Ao exame físico a paciente estava lúcida e orientada, hidratada, deambulando em posição antálgica. Abdômen algo distendido, com peristaltese débil, hipertimpânica, doloroso à palpação em todo abdômen, com sinais de irritação peritoneal. Trazia consigo exame radiológico realizado em outro serviço evidenciando pneumoperitônio. Foi indicada Laparotomia Exploradora de emergência: realizada incisão supra e infraumbilical e diérese por planos. Inventário da cavidade: ausência de líquido livre, bloqueio em região suprapúbica de grande omento. Aderências e fibrina em topografia de útero. Identificada perfuração em cicatriz de colo vaginal, confirmada por toque. Reto sem perfurações. O colo uterino foi suturado com Vicryl 2.0 e deixado dreno portovac em topografia de perfuração. Realizada revisão da hemostasia e síntese por planos. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sendo liberada para acompanhamento ambulatorial pela Cirurgia Geral do mesmo serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: Por ser a histerectomia uma abordagem cirúrgica altamente difundida e executada no Brasil, é imperativo que se discuta as possíveis complicações atreladas a sua realização. Perfuração de cicatriz de cúpula vaginal ocasionada por coito em pós-histerectomizadas é evento raro, principalmente após meses de pós-operatório, sendo pouco documentada em literatura médica, principalmente em nosso país. Visto isso, o caso aqui apresentado relata uma complicação com importante impacto sobre a vida da paciente, seja em seu aspecto clínico como também sexual.</p>
<p>PO 324-1</p> <p>A IMUNOSSUPRESSÃO COMO FATOR DE RISCO DE NEOPLASIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS: RELATO DE CASO DE NEOPLASIA DE ESOFAGO EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL</p> <p>Eduardo Garcia Pacheco, Matheus Mermejo Bontempo, Gabriela Felipe França, Giovana Saldanha Fernandes, Giovanna Palumbo Vilhena, Henrique Pucinelli Utuni, Leonardo Cosac Oliveira Paranhos, Lucas Borges De Melo</p> <p><i>Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias malignas estão entre as mais importantes complicações no pós-transplante renal com incidência maior que na população não-transplantada. Dentre os fatores presentes na fase pós-transplante capazes de induzirem uma maior incidência desta complicação estão alterações da imunidade induzidas pelo uso crônico de agentes imunossupressores acarretando distúrbios da vigilância imunológica da estimulação antigênica crônica e da imunoregulação. O uso de imunossupressores aliado a fatores de risco como etilismo e tabagismo contribuem para o desenvolvimento das neoplasias. Este efeito pode ocorrer através de alterações cromossômicas que conhecidamente são induzidas pela azatioprina e pela ciclosporina-A410 ou por outros diversos mecanismos. A importância da imunossupressão na gênese de neoplasias no pós-transplante é mostrada pela regressão de certos tumores com suspensão ou alteração do esquema imunossupressor utilizado.</p> <p>RELATO DE CASO: Em 04/06/13 O.L. 69, Masc, submetido a transplante renal iniciando uso contínuo de Micofenolato de sódio 1 cp 360 mg de 12/12 hrs Prednisona 1 cp de 5 mg por dia e Tacrolimo 1 cp de 1 mg de 12/12 hrs. Em março de 2018 relatou quadro de disfagia e perda de 5 kg em 1 mês. Negou odinofagia febre náuseas vômitos tosse e alterações vocais. Procurou atendimento médico onde foi feita uma EDA em 04/05/18 que indicou uma Neoplasia de Esôfago na transição Médio-Distal com anatomo-patológico evidenciando carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Iniciou terapia neoadjuvante com uso de quimioterapia e radioterapia em 9 sessões de 13/07/18 a 10/09/18. Ao término foi feita nova EDA em 10/12/18 evidenciando redução da lesão de 10 mm. Ex tabagista há 5 anos, 50 anos/maço. Ex-Etilista há 5 anos de destilados diário. EDA: 04/05/18 Esôfago Forma e Calibre normais até a 33 cm da ADS onde observou-se a presença de lesão vegetante e friável que ocupa dois terços da circunferência do esôfago impossibilitando a passagem do aparelho. Impressão diagnóstica de Neoplasia de esôfago médio 10/12/18. Forma e calibres normais. Mucosa de aspecto normal até 30 cm da ADS lesão vegetante ocupando parede lateral direita e com cerca de 12 mm de diâmetro superfície rugosa e friável. Parede lateral direita junto e acima do pinçamento diafragmático lesão com mesmas características mede 10 mm de diâmetro. Impressão diagnóstica de Neo de esôfago médio e distal.</p> <p>DISCUSSÃO: Medicamentos imunossupressores têm se relacionado a maior incidência de neoplasias nos pacientes e tal risco varia de acordo com a terapia imunossupressora. O medicamento é usado com o intuito de diminuir as chances de rejeição no transplante. No caso relatado, a terapia usada com o Micofenolato de Sódio e Tacrolimo apresenta uma menor correlação com o desenvolvimento de neoplasias. Os imunossupressores vão atuar inibindo a resposta imune celular e consequentemente diminuindo a eficácia do sistema imunológico. Dessa forma as células do sistema imune não atuam de maneira adequada favorecendo o surgimento de infecções e neoplasias.</p>	<p>PO 324-2</p> <p>HISTERECTOMIA SUBTOTAL E ANEXECTOMIA BILATERAL EM PACIENTE COM MIOMATOSE UTERINA E MUTAÇÕES EM GENES BRCA1 E BRCA2: UMA ABORDAGEM CIRURGICA INTEGRATIVA</p> <p>Raíssa Fonseca Rezende, Beatriz Azevedo Rocha, Catharina Machado Bandeira de Melo, Clarissa de Lima Oliveira e Silva, Letícia Sousa Amancio da Costa, Paloma Gomes Cristál Pio, Tais Cassiano Bueno Vieira, Evandro Oliveira da Silva</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Miomas uterinos gigantes são manifestações tumorais benignas de natureza muscular lisa que comumente afetam o trato reprodutivo feminino de mulheres entre a 20ª e a 50ª décadas de vida, necessitando, na maioria dos casos, de conduta intervencionista, dadas suas repercussões clínicas. O presente trabalho aborda a importância da análise genética de uma mutação patogênica nos genes BRCA1 e BRCA2 enquanto fator de incidência de neoplasias pélvicas e de agravante na escolha de abordagem cirúrgica preventiva e curativa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 49 anos, G1P1C1A0, com queixas de desconforto pélvico, aumento do volume abdominal e hipermenorreia de até 20 dias de duração associada a formação de coágulos e dismenorreia. Menarca aos 13 anos de idade, coitarca aos 17 e único parceiro sexual. Informou ainda sobre história familiar positiva para câncer de mama. Ao exame físico apresentou aumento de volume abdominal com massa pélvica palpável. Ao toque vaginal, foi constatado útero de volume aumentado, de superfície regular, móvel e doloroso à mobilização, com características de provável adenomiomatose. A Ultrassonografia Transvaginal revelou útero com volume de 957 cm³ e miométrio heterogêneo com imagens nodulares, hipocogênicas, regulares e heterogêneas, sugestivas de leiomiomas em corpo uterino; sendo o maior deles intramural posterior de 4,7x4,4 cm. Foi solicitado estudo genético da paciente que evidenciou mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Dessa forma, a indicação cirúrgica, além da Histerectomia Subtotal Abdominal, incluiu a Anexectomia Bilateral.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem cirúrgica estipulada como tratamento neste caso não teve como objetivo exclusivo o acometimento uterino por 17 miomas gigantes intramurais e subserosos. Visava ainda a profilaxia para neoplasias ginecológicas, visto que a paciente em questão apresentava mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. O benefício de evitar possíveis cânceres ginecológicos mostrou-se superior aos malefícios causados pela indução do climatério. Dessa forma, optou-se pela realização de Histerectomia Subtotal Abdominal associada a Anexectomia Bilateral. Em relação à via cirúrgica, a escolha foi a abdominal devido ao volume uterino significativamente aumentado, enquanto a ausência de fatores de risco para neoplasia cervical levou à preservação do colo uterino. O controle para carcinoma de mama foi acordado com a paciente e deverá ser realizado por meio de exames seriados e acompanhamento rigoroso pessoal e familiar.</p>

PO 325-1	PO 325-2
<p>EXCLUSÃO ESOFÁGICA EM PACIENTE COM PERFURAÇÃO DE ESÓFAGO TORÁCICO DE MAIS DE 48 HRS DE EVOLUÇÃO</p> <p>Claudia yanina garcia torrez, carolina belon zago, liege moraes, LAURA FELICIANA PAULO, KAREN GUERRA DE SOUZA, DANIEL GALVAO VIDAL, KAROLLINE PASCOAL ILIDIO PERUCHI, MARCELLO KIM HELLIS ALVES</p> <p><i>Hospital regional de mato grosso do sul - campo grande - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perfuração esofágica é uma emergência médica associada à alta morbimortalidade. Entre suas causas citamos: perfuração iatrogênica secundária a procedimentos endoscópicos, ruptura espontânea, trauma, ingestão de corpo estranho e tumores. No tratamento, a escolha do procedimento cirúrgico depende da localização e tamanho da perfuração, viabilidade da mucosa esofágica e morbidades associadas. O princípio da exclusão tem sido aplicado há muito tempo para o tratamento de fistulas do trato gastrointestinal. Neste relato de caso apresentamos nossa experiência com uma cirurgia de exclusão esofágica em tempo único para tratar paciente com perfuração em esôfago distal de diagnóstico tardio.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente com quadro de vômitos, febre, dispneia e dor torácica contínua de início insidioso, com piora progressiva com 3 dias de evolução. Encaminhado em vaga zero e, após entrada em nosso serviço, foi realizado ECG e marcadores miocárdicos sem alterações. O paciente evoluiu com esforço respiratório e necessidade de intubação orotraqueal. Em tomografia de tórax evidenciou-se achados sugestivos de mediastinite. Realizado drenagem de tórax em centro cirúrgico. Após realizar endoscopia digestiva alta e identificada lesão ulcerada de cerca de 4 cm de diâmetro em esôfago, foi optado por abordagem cirúrgica de exclusão esofágica em um tempo. Realizado cervicotomia esquerda e incisão mediana supraumbilical. Realizado ligadura esofágica em porção abdominal alta com fio absorvível (Vicryl). Pela cervicotomia foi realizado esofagotomia de 1 cm e passagem de dreno tubular (Sonda de Foley). Insuflado o balão da mesma com ligadura distal a mesma, em porção esofágica cervical, logo distal ao ponto de introdução da Sonda Foley em esôfago cervical. Optado por realizar jejunostomia alimentar no paciente. Encaminhado ao CTI extubado, estável sem uso de droga vaso ativa. Recebe alta do CTI no 6º dia pós-operatório (PO) e alta hospitalar no 22º PO, sem queixas, com boa aceitação da dieta via jejunostomia e região cervical com leve hiperemia.</p> <p>DISCUSSÃO: Não há consenso na literatura sobre as indicações de abordagem cirúrgica no tratamento da perfuração esofágica, porém em algumas situações esta deve ser considerada. Entre os diferentes procedimentos descritos para perfuração esofágica incluem-se: reparo primário, unicamente drenagem da cavidade torácica, ressecção esofágica com ou sem reconstrução primária e exclusão-diversão esofágica. Esta última, quando em tempo único, tem a vantagem de poupar o paciente de procedimentos cirúrgicos adicionais que incrementariam morbidade, mortalidade e duração da internação. Até o momento nenhum procedimento cirúrgico pode ser considerado padrão-ouro para o tratamento de perfuração esofágica, mas em nossa experiência, consideramos que a exclusão-diversão esofágica, por cervicotomia com dreno tubular, associado à drenagem torácica, resultou numa abordagem muito eficaz em paciente crítico com diagnóstico tardio.</p>	<p>ANGIOMIXOMA AGRESSIVO DA VULVA</p> <p>Mônica Cristina Nascimento Silva, Mariana Freire Silva, Mariana Santos Castro, Micaela Henriette Gaspar Souza, Paula Bacelar de Carvalho, Muriel Guará Garcia, Maria Cláudia Pinheiro Rufino Ribeiro, Paulo Ricardo Martins Almeida</p> <p><i>UNIVERSIDADE CEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Angiomixoma agressivo(AA), é um tumor raro de partes moles de origem mesenquimal. Com predileção por mulheres (6M:1H) em idade reprodutiva com alto risco de infiltração e recorrência local. Sua patogenia não é clara. Ocorre predominantemente em região vulvovaginal, perineal e pélvica. Exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), ajudam na delimitação e fornecem informações sobre a lesão, porém não fornecem um diagnóstico definitivo, que só é possível através de análise histopatológica da lesão. O AA, apresenta crescimento lento, porém alta agressividade local. O tratamento é essencialmente cirúrgico, porém o tumor apresenta elevadas taxas de recidiva (25% – 47% OU 85% em até 5 anos), mesmo com margens livres de lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: R.V.S, Paciente do sexo feminino, 24 anos, portadora de necessidades especiais (hidrocefalia+mielomeningocele+tetraparesia), procurou atendimento médico no serviço de Ginecologia local (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) em companhia da mãe, que referiu aparecimento de lesão vulvar há aproximadamente 10 anos, com crescimento progressivo neste período e acompanhada de sangramento esporádico. Não havia buscado atendimento médico a respeito até o momento. Antecedentes morbidos pessoais + Antecedentes Ginecológicos e obstétricos: hidrocefalia+ mielomeningocele+tetraparesia. Menarca aos 13 anos, com ciclos irregulares e de duração aproximadamente 5 dias, nuligesta em uso de Depakene e Gardenal. Ao exame físico: Lesão vulvar de aspecto predominantemente cístico e com lobulações, pediculada com base em pequenos lábios. A paciente foi internada para realização de biópsia e exames de imagem e laboratoriais foram solicitados (US pélvica e abdome total, FSH, LDH, estradiol, testosterona, alfafetoproteína + rotina laboratorial pré-operatória). Por questões sociais, após realização dos exames, responsáveis pela paciente solicitaram autorização para aguardar laudo de biópsia em casa. A biópsia revelou compatível com AA. Após resultado do histopatológico, familiares foram contactados para revelação diagnóstica e progressão da investigação com realização de RNM pélvica, porém os mesmos não desejaram continuar seguimento. Caso notificado ao Serviço Social.</p> <p>DISCUSSÃO: Angiomixoma agressivo (AA) é uma neoplasia mesenquimal mixóide, de ocorrência rara, inicialmente descrito por Steeper e Rosai, em 1983, com aproximadamente 350 casos descritos na literatura até o momento. Seu diagnóstico é difícil pela raridade de ocorrência e ausência de sinais clínicos patognomônicos. Desta forma, se faz necessário o registro de casos como este. Tendo em vista que poucas opções de tratamento estão disponíveis, sendo que tratamento cirúrgico com terapias adjuvantes parecem fornecer o melhor resultado. Sendo o acompanhamento a longo prazo essencial para qualidade de vida do paciente.</p>
<p>PO 326-1</p> <p>SINDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO</p> <p>André Adler Batista Paulino, Danilo Milhomens Neiva, Everton Gentil Beltrame, Fernanda Facincani Medeiros Bezerra, João Marcos Santos Silva, Larissa Martins Peluso, Samara Duarte Oliveira, Hercules Magalhães Olivense Carmo</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Boerhaave é a ruptura esofágica por aumento abrupto da pressão intraluminal em resposta a esforços de vômitos e contrações diafragmáticas com o piloro e o músculo cricofaríngeo fechados [1]. Sua incidência é de aproximadamente uma em cada dois milhões de pessoas, sendo mais comum em homens de 35 a 55 anos [2]. A taxa de mortalidade situa-se entre 20% e 75%, variando de acordo com o tempo entre seu aparecimento e a intervenção adequada, sendo letal quando não tratada [2]. A ruptura é usualmente longitudinal, ocorrendo em 90% das vezes no terço inferior do esôfago, do lado esquerdo. Essa ruptura é seguida de contaminação grosseira do mediastino e da cavidade pleural, que encerram uma mediastinite química e bacteriana [3]. O diagnóstico é difícil, podendo haver tríade de Mackler (vômito, dor torácica, enfisema subcutâneo), rigidez em andar superior do abdômen, macidez à percussão, sinal de Hamon (ruído de atrito mediastinal), taquicardia e hipotensão [3]. A terapia de escolha é cirúrgica, alternativamente endoscópica ou conservadora [1].</p> <p>RELATO DE CASO: VOL, homem, 41 anos, com relato de etilismo crônico, foi atendido no PA de Rio Branco, com queixa de epigastralgia de média após apresentar vários episódios de vômitos por 3 dias. Exame físico: desidratado (+/4+), com FC 85bpm, apresentava dor a palpação profunda do epigástrico. Realizada propedêutica, Rx tórax, esofagograma baritado, hemograma mostrando leucocitose (19900/mm³). Solicitou-se a avaliação da cirurgia geral e torácica. Após essa, notou-se que o paciente tinha evoluído para dispnéia, taquipnéia, rigidez em andar superior do abdômen, enfisema subcutâneo. Confirmada a síndrome de Boerhaave a partir dos sintomas, paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. Na toracotomia anterolateral à esquerda notou-se 1 litro de líquido marrom, bário, abaulamento do mediastino posterior (MP) havendo líquido entérico, restos alimentares e perfuração em terço distal do esôfago. Submeteu-se a debridamento amplo do MP e espaço pleural à esquerda, passagem da sonda nasointestinal após a lesão; sutura da lesão sobre o dreno de Kehr com prolene 3-0, com pontos contínuos, lavagem exaustiva da cavidade; drenagem torácica esquerda anterior e posterior e drenagem torácica direita com saída do líquido marrom durante a passagem do dreno à direita; exteriorização do dreno na linha hemiclavicular esquerda.</p> <p>DISCUSSÃO: Em perfuração esofágica com diagnóstico precoce (menos de 12 horas), o fechamento primário da lesão com ampla drenagem torácica e mediastinal é o padrão ouro [1]. A conduta nos casos de diagnóstico tardio é controverso: o fechamento primário da lesão com ou sem reforço é o tratamento mais adequado, sendo o modo mais simples, porém, trazendo maiores índices de falha terapêutica e mortalidade, pois as condições locais e do próprio esôfago não são propícias à cicatrização, ocorrendo, na maioria das vezes, deiscência da sutura e piora do quadro de mediastinite, que pode levar ao óbito.</p>	<p>PO 327-1</p> <p>HERNIA HIATAL DO TIPO IV EM IDOSO: RELATO DE CASO</p> <p>NAYARA LOBO COELHO, GABRIEL VALENTIM DE CASTRO, BRUNA LEMOS SILVA, MATHEUS GABRIEL BRAIA, CAIO CESAR FASCIOLO CONTIN SILVA, EDUARDO RIGITANO DALLOCA, DANILO ZAMBRANA</p> <p><i>SANTA CASA DE FRANCA - FRANCA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>TÍTULO: HERNIA HIATAL DO TIPO IV EM IDOSO: RELATO DE CASO</p> <p>INTRODUÇÃO: Há em descrito em livro-texto de semiologia médica 3 tipos de hérnia. Por deslizeamento, tipo I, que é aquela em que a junção esofagogastrica (JEG) está deslocada em direção ao tórax; tipo II ou paraesofágica, não há movimentação da JEG, apenas visceral adjacente; tipo III é a combinação das duas últimas, há deslizeamento da JEG associado ao rolamento de viscera. Há um outro tipo relatado atualmente (tipo IV) no qual pode haver cólon, fígado, baço, intestino delgado e outras estruturas em seu interior. Estas relacionam-se ao tamanho do defeito formado. Casos de hérnia hiatal tipo IV são infrequentes, e relacionam-se a cronificação da doença e sua pouca sintomatologia ou sintomas inespecíficos. Saber diagnóstica-la em tempo hábil e ter a melhor propedêutica disponível é crucial para o bom prognóstico do doente.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 75 anos, sem comorbidades associadas, foi encaminhada a pronto atendimento de cirurgia geral devido quadro de dor abdominal difusa e ortopneia intensa. Foi submetida a tomografia computadorizada do abdome e, posteriormente, tórax onde evidenciou-se estômago, cólon e delgado na cavidade torácica desviando mediastino para a direita, e comprimindo consideravelmente o pulmão esquerdo. Suspeitou-se de hérnia diafragmática/hiatal. O tratamento foi cirúrgico de urgência, com via laparoscópica a princípio. Devido a dificuldade técnica, foi optada pela conversão para via aberta com correção do defeito e colocação de tela de Proceed. Evoluiu com melhora da dor abdominal nos primeiros dias de pós-operatório, porém ainda persistia com queixa de dispnéia. Avaliada pela cirurgia torácica, foi submetida no terceiro dia de pós-operatório a drenagem torácica a esquerda e aventou-se quanto a suspeita de paralisia do nervo frênico a esquerda. Após quatorze dias de internação, sendo submetida a fisioterapia respiratória e motora diariamente e com progressão da dieta adequada, teve alta hospitalar, já sem restrição alimentar e com melhora progressiva da função pulmonar.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia hiatal tipo IV é uma condição incomum encontrada em serviços de urgência, a qual apresenta risco de vida iminente. A correção da hérnia hiatal pode ser feita por via laparoscópica ou por via aberta, a depender da escolha do cirurgião ou das condições do paciente. Desta forma, faz-se necessário o conhecimento pelo cirurgião das técnicas de correção que apresentem melhores taxas de tempo de recuperação e morbidades dadas as particularidades dos indivíduos desta faixa etária e das complicações da doença para garantir o melhor tratamento para o paciente.</p>

PO 327-2	PO 328-1
<p>FIBROADENOMA GIGANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Patrick Nunes Brito, Juliane Lopes Nascimento, Paulo Henrique Dias Moraes, Samara Fernandes Ribeiro, Aline Marques Ribeiro Dias, João Paulo Santana Suleiman, Nader Nazir Suleiman</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fibroadenoma é um tumor benigno com elementos estromais e epiteliais. É o segundo tumor sólido de mama, com pico de incidência em mulheres com menos de 30 anos. São classificados em dois subtipos: fibroadenoma gigante e fibroadenoma juvenil, com baixa tendência à malignidade. Em geral, o crescimento destas lesões é autolimitado, não ultrapassando os 3 a 4 cm de diâmetro, mas podem atingir 7 ou mais centímetros, designando-se, então, fibroadenoma gigante.</p> <p>RELATO DE CASO: JTV, 42 anos, referia ter sido submetida à ressecção de tumoração mamária direita há aproximadamente 2 anos e meio em outra instituição de saúde. Após 6 meses da cirurgia, evoluiu com recidiva tumoral, de crescimento gradativo e indolor. Há cerca de 2 anos procurou o ambulatório do Hospital Regional de Araguaína apresentando volumosa tumoração pendular de mama direita ocupando o quadrante central e os quadrantes inferiores da mama com 20x15cm. Foi realizada biópsia com agulha grossa e solicitada pré-operatório. O laudo histopatológico revelou tratar-se de uma neoplasia com componente epitelial e mesenquimal, sugerindo realização de imunohistoquímica. A paciente foi submetida em 30/03/2018 à mastectomia total com preservação de pele dos quadrantes superiores e reconstrução com prótese mamária e enxerto do complexo aréolo-papilar. A paciente evoluiu bem no período pós-operatório e recebeu alta no 2º dia. O laudo histopatológico da peça revelou: Fibroadenoma gigante. Atualmente, encontra-se em seguimento ambulatorial e sem evidência de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico do fibroadenoma é sobretudo clínico, porém a investigação triplíce (clínica, imagem e citologia) tem alta sensibilidade. A ultrassonografia é a primeira linha de investigação. Em faixas etárias mais elevadas ou quando se adota conduta expectante, a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é fundamental na identificação do padrão benigno da lesão. A biópsia por agulha grossa (core biopsy) também é útil no diagnóstico. O diagnóstico diferencial destas lesões descritas com estas características faz-se com tumor filóides. A principal diferença clínica entre tumor filóides e fibroadenoma gigante, é o seu crescimento rápido e a capacidade de atingir grandes volumes, por vezes ocupando toda a mama. Diante disso, percebe-se que o quadro clínico assim como os exames apresentados pela paciente, não permitiram a realização do diagnóstico pré-operatório. Quanto ao tratamento dos fibroadenomas, este pode ser realizado com vigilância clínica através de exames imagiológicos periódicos ou com tratamento cirúrgico. No entanto, especificamente os fibroadenomas gigantes, a melhor opção é a cirúrgica, com excisão completa da lesão e correção estética. Neste caso, a excisão completa da lesão só foi possível, através de uma mastectomia total com preservação de pele e, a correção estética realizada com a reconstrução com prótese e implante do complexo aréolo-papilar.</p>	<p>SARCOMA DE ESÓFAGO: RELATO DE CASO</p> <p>MAURICIO JACQUES RAMOS, LUCAS ALESSIO PEREIRA, EDMUNDO REATEGUI NAVARRO NETO, CELINA PEREIRA HALLAL</p> <p><i>Grupo Hospitalar Conceicao - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores mesenquimais do esôfago são extremamente raros, representando menos de 1% dos tumores esofágicos. Dentre estes, os mais comuns são os leiomiossarcomas, com cerca de 200 casos relatados desde sua primeira publicação, em 1902. Ainda que a mortalidade seja elevada, os leiomiossarcomas guardam melhor prognóstico quando comparados aos tumores escamosos do esôfago. A sobrevida média é de 47% e 31% em 5 e 10 anos, respectivamente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 56 anos, encaminhado ao serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Nossa Senhora da Conceicao – POA, com queixa de disfagia progressiva e perda de cerca de 10kg nos 4 meses que antecederam a consulta. Negava comorbidades crônicas prévias, sendo tabagista (cerca de 44 anos/maço) e ex-estilista. Trazia endoscopia digestiva alta evidenciando lesão vegetante, friável, estendendo-se desde os 30cm por 6cm da ADS, diminuindo a luz do órgão, mas não impedindo passagem do aparelho. Anatomopatológico da lesão a descreve como neoplasia de células fusiformes, ulcerada, com atipias moderadas. Internou após 2 meses para estadiamento tumoral. Tomografia de tórax demonstrou presença de tecido com densidade partes moles, aspecto fusiforme, medindo 76 x 22 x 30 mm, localizado no interior da lúmen do terço distal do esôfago, possivelmente relacionada a informação clínica de neoplasia fusiforme. Linfonodos paratraqueais, aumentados em número e linfonodos proeminentes na cadeia subcarinal e transição gastroesofágica. O perfil imuno-histoquímico da lesão era compatível com neoplasia maligna fusocelular de alto grau. Internou novamente após 8 meses da consulta inicial, quando foi realizada videolaparoscopia diagnóstica, sem particularidades. A equipe optou por postergar o procedimento cirúrgico devido a condições clínicas do paciente. Paciente realizou esofagogastrectomia 10 meses após a consulta inicial, sem intercorrências cirúrgicas no transoperatório. O estadiamento patológico (pT2a pN0 R2) corroborava achados clínicos. Evoluiu com fístula de baixo débito na anastomose esofagogástrica no 3º pós operatório, sendo manejada com dieta enteral via jejunostomia e, posteriormente, com nutrição parenteral, apresentando evolução satisfatória. Recebeu alta hospitalar no 23º pós operatório. Mantem acompanhamento ambulatorial no serviço, sem sinais de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Dada que é patologia de incidência rara, o manejo de tumores mesenquimais é tema escasso na literatura. Ainda que o tratamento de escolha seja cirúrgico, a extensão da ressecção, a necessidade de ressecção linfonodal e a necessidade da associação de tratamento adjuvante ou neoadjuvante permanecem incertos. As taxas de recorrência e mortalidade ainda são altas, reforçando ainda mais a necessidade de estudos mais abrangentes acerca do tema.</p>
<p>PO 328-2</p> <p>DOENÇA INFLAMATORIA PELVICA: UMA AFECÇÃO QUE PODE SER LETAL</p> <p>CAROLINA FALCAO LOPES MOURÃO, FABIO OLIVEIRA NEVES, ANA CELIA DINIZ CABRAL BARBOSA ROMEO, BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, LUDMILA BEATRIZ SILVA SANTOS, DIEGO CARVALHO MACIEL, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma síndrome secundária à ascensão de microorganismos da vagina e/ou do endocérvice ao trato genital superior feminino. A DIP pode se apresentar desde a forma subclínica até, raramente, ocasionar sepse intra-abdominal fatal, necessitando neste último caso de intervenção cirúrgica imediata. Afeta predominantemente mulheres jovens, sexualmente ativas e em idade reprodutiva, constituindo assim uma das principais complicações das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e um sério problema de saúde pública devido a sequelas associadas a longo prazo, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 35 anos, hipertensa, G3P3A0, DUM há 16 dias, apresentando dor abdominal difusa associada à diarreia, vômitos e febre. Admitida no Hospital Ana Nery (HAN) apresentando com piora da dor abdominal e quadro séptico, leucocitose com desvio à esquerda e disfunção renal. A TC de abdome evidenciou coleções em baço de 14,7cm, goteira parietocólica esquerda de 16,2cm e mesogástrico de 16,8cm. Iniciado antibioticoterapia venosa com Metronidazol e Ceftriaxone. Evoluiu com piora do estado geral, sendo indicada abordagem cirúrgica para drenagem de abscessos. No intra-operatório foi evidenciado processo inflamatório e aderências entre alças e entre fígado e parede anterior abdominal. Realizada drenagem de coleções purulentas, sendo a maior em pelve. Paciente foi encaminhada para UTI para estabilização do quadro hemodinâmico. No 8º dia pós-operatório evoluiu com saída de secreção purulenta pela ferida operatória, sem melhora do estado geral, sendo indicada laparotomia para lavagem da cavidade. No intra-operatório, devido à grande quantidade de aderências e presença de fistulas enterocutânea e retovaginal, optou-se por realizar ileostomia protetora, NPT e modificação de esquema antibiótico guiado por cultura. Paciente evoluiu com melhora do estado geral e programação de fechamento de ileostomia em segundo tempo.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente do caso apresentava-se séptica devido a abscessos abdominais, que na laparotomia foi demonstrado ser o maior deles na pelve, configurando a DIP como fator causal. Frequentemente a DIP é difícil de diagnosticar devido a sua apresentação subclínica ser comum, sendo raros os casos que evoluem como o apresentado. Por isso, os médicos devem manter elevada suspeita de DIP em mulheres jovens com sintomas pélvicos vagos, mas que podem ser suficientes para evoluir e produzir sequelas graves. Além disso, durante a inspeção cirúrgica, foram evidenciadas aderências entre o fígado e a parede anterior abdominal, característico da Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, sequela precoce da DIP. Esta síndrome ocorre em 10% das mulheres com DIP e suas consequências a longo prazo ainda não estão claras.</p>	<p>PO 329-1</p> <p>ESÓFAGO NEGRO: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUCAS SANTOS BRAVIN, FABIO FRANCO OLIVEIRA JUNIOR, LUIS GUSTAVO RESENDE RODOVALHO, GUSTAVO COLOMBO CABRINI, MARIANA ORATE MENESES DA SILVA, GABRIEL TEIXEIRA CAGNIN, RICARDO ALESSANDRO TEIXEIRA GONSAGA, LEANDRO MOURA CENTURIÓN</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA - CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO - CATANDUVA - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A necrose esofágica aguda – NEA, esofagite necrotizante aguda ou esôfago negro, é uma entidade rara, descrita pela primeira vez em 1990, e que ocorre devido a diversos fatores e com risco para isquemia e baixo fluxo sanguíneo. Com uma taxa de mortalidade de 35 a 50%, é comumente associada à disfunção de múltiplos órgãos, hipoperfusão, vasculopatia, sepse, cetoacidose diabética, intoxicação alcoólica, eventos tromboembólicos e malignidade. As complicações podem ser graves, incluindo sepse e perfuração(7%), esta última sendo necessário cirurgia e tardiamente pode evoluir para estenose de esôfago(15-25%).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, feminina, 55 anos, procurou serviço de saúde com dor em andar superior de abdome, além de icterícia, febre, taquicardia, anorexia, náuseas, vômitos e ascite. Antecedentes: abuso crônico de álcool, tabagista e drogadição. Ao exame clínico: regular estado geral, confusa, hipocorada, icterícia 3/4+ e com dor abdominal difusa à palpação profunda, sem peritonite. Na ultrassonografia foi observado apenas esteatose hepática. Laboratoriais: hemoglobina de 11,8g/dl, hematócrito de 33,6%, leucócitos de 4.800 células/mm³, plaquetas de 34.000/mm³, potássio sérico de 7.1mEq/l, sódio sérico de 134 mEq/l, uréia de 40 mg/dl, creatinina de 1.3mg/dl, INR de 1.25, TTPa 26.7 segundos, Aspartato-aminotransferase 4.896 U/l, Alanina-aminotransferase 779 U/l, gama-GT de 1.268 U/l, fosfatase alcalina de 234U/l, DHL de 2.278 U/l, bilirrubinas totais 7,59 mg/dl, albumina sérica 4.6 g/dl e lipase 435 U/dl. Radiografia de tórax sem alteração. Paciente encaminhada para UTI com diagnóstico de pancreatite e hepatite alcoólica. Após cinco dias, foi transferida para leito de enfermaria, onde apresentou episódio de hematêmese. A endoscopia digestiva alta demonstrou esôfago com pontos enegrecidos associados a descoloração periférica circunferencial com tecido friável e delimitação precisa entre mucosa esofágica e gástrica, com fibrina esparsa. Tomografia computadorizada de Tórax e Abdome identificou embolia pulmonar séptica, sendo realizado antibioticoterapia com cefepime, teicoplanina e anfotericina B, além de omeprazol, domperidona e sucralfato oral. Paciente evoluiu com síndrome de abstinência sendo acompanhada pela psiquiatria. Evoluiu com melhora do quadro. Endoscopia digestiva de controle após 14 dias, com esôfago normal. Atualmente, em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A NEA, possui apresentação clínica variável, cursando em cerca de 81% dos casos com hemorragia digestiva alta. Os achados endoscópicos clássicos são alterações na coloração da mucosa esofágica para uma cor preta ou marrom escura, que pode ser segmentar, circunferencial e englobar diferentes comprimentos, dependendo da gravidade do quadro. Biópsias não são necessárias para o diagnóstico, mas a necrose da mucosa esofágica pode ser observada com a ausência de epitélio escamoso viável. O tratamento é conservador, visando estabilizar o paciente e corrigir as patologias subjacentes que desencadearam a doença.</p>

PO 331-1	PO 332-2
<p>RELATO DE CASO: LESÃO ESOFÁGICA E TRAQUEAL POR PAB</p> <p>Carolline Damas de Andrade Oliveira, Caroline Ferrari, Deborah Roberta Liduário Raupp, Isabela Fernandes, Rodrigo Silveira Rocha, Eduardo Lenza Silva, Lucas Augusto Rodrigues Oliveira, Gabriel Fonseca Bulhões</p> <p><i>Unicepalc - gama - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões traumáticas do esôfago apresentam baixa prevalência (0,5% a 2%), porém alto índice de letalidade principalmente quando seu diagnóstico é tardio. A localização anatômica do esôfago confere proteção aos agravos externos. A melhor abordagem destas lesões ainda é controversa.</p> <p>RELATO DE CASO: WJLS, 24 anos, masculino, admitido no centro de trauma de hospital público do Distrito Federal, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca, dois em região posterior de hemitórax direito, sendo realizada drenagem de tórax imediata. Após liberação da dieta por via oral evoluiu com piora do estado geral e dispneia. O esofagograma baritado, evidenciou extravasamento de contraste, confirmando a suspeita de lesão esofágica (LE). Durante toracotomia anterolateral direita foram visualizadas lesão em terço médio do esôfago, acometendo tanto parede posterior como anterior, e lesão traqueal na porção lateral, próximo à bifurcação carinal. As lesões foram corrigidas com sutura primária sendo deixado dreno de tórax próximo às áreas acometidas e realizada gastrostomia. Encaminhado à CTI onde permaneceu por 6 dias, em uso de antibióticoterapia com ampicilina com sulbactam por 7 dias. No 11º dia de pós operatório (DPO) realizou tomografia de tórax e teste com azul de metileno realizado não sendo visualizadas alterações. No 18º DPO recebeu alta hospitalar com programação de fechamento de gastrostomia.</p> <p>DISCUSSÃO: A evolução, o prognóstico e o tratamento das perfurações de esôfago, são influenciados por vários fatores: causa da lesão, localização da perfuração, existência de lesão concomitante em outros órgãos, estado clínico do paciente. Os mais importantes são o retardo no diagnóstico e a localização da perfuração. Independente da etiologia todo paciente com suspeita de perfuração esofágica deve realizar uma radiografia de tórax, uma vez que possibilita a identificação de enfisema subcutâneo, pneumomediastino, níveis hidroaéreos, pneumotórax, derrame pleural, o que aumenta o grau de suspeição. Contudo, os exames contrastados por via oral possuem maior sensibilidade e especificidade. A tomografia de tórax pode ser útil quando o estudo inicial não foi satisfatório, mostrando com precisão a presença de ar em torno do esôfago, além de abscessos e coleções, às vezes não identificados na radiologia convencional. O diagnóstico em algumas ocasiões é difícil de ser estabelecido o que se traduz no retardo do tratamento e o consequente aumento da morbidade e mortalidade. Além disso, muitos tópicos relacionados às perfurações do esôfago, ao tratamento, a baixa frequência das perfurações esofágicas, poucos são os cirurgiões que adquirem experiência suficiente com esse tipo de lesão, assim despertando controvérsias quanto a conduta ouro.</p>	<p>HISTERECTOMIA TOTAL E HERNIORRAFIA COM COLOCAÇÃO DE TELA DE MARLEX EM PACIENTE COM LEIOMIOMATOSE UTERINA E HERNIA EPIGÁSTRICA RECIDIVANTE</p> <p>Raíssa Fonseca Rezende, Beatriz Azevedo Rocha, Catharina Machado Bandeira de Melo, Tais Cassiano Bueno Vieira, Letícia Sousa Amancio da Costa, Gabriela Nathair Nerí Avelar, Nádya Martins de Paula Souza, Renato Sérgio de Medeiros Souza</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os leiomiomas uterinos são causas estruturais frequentes de sangramento uterino anormal. Aspectos como número, tamanho e localização são fundamentais no entendimento dos demais sintomas. Quando numerosos e volumosos, os miomas são responsáveis pelo aumento da pressão intra-abdominal e por uma série de possíveis eventos subsequentes, como a formação de hérnia epigástrica em pacientes com a parede abdominal anterior fragilizada por obesidade, multiparidade e história de herniação prévia.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente relato traz a história de paciente, sexo feminino, 47 anos, G4P4A0, obesa, referindo sangramento uterino anormal, sinusorragia e dispareunia há 8 meses. Antecedentes pessoais de hipermenorreia, polimenorreia, hipertensão arterial sistêmica, laqueadura e histeriorrafia epigástrica há 6 anos. Ao exame físico, apresentou abdome em avental, hérnia epigástrica de 10 cm de diâmetro, acima da cicatriz umbilical (local de histeriorrafia anterior) e outra com extensão de 4 cm, localizada a 3 cm acima da primeira. Também foi evidenciada massa endurecida e dolorosa à palpação em cicatriz umbilical, compatível com útero de tamanho aumentado. A ultrassonografia transvaginal revelou miométrio heterogêneo com presença de 6 imagens nodulares hiperecóticas intramurais e subserosas, sendo o maior de 6,4 x 7,3 cm e o menor de 2,5 x 2,8 cm, além de volume uterino de 1058,8 cm³. A proposta de intervenção cirúrgica incluía incisão de pfannenstiell ampliada associada a incisão mediana na aponeurose para possibilitar histeriorrafia epigástrica com colocação de tela de Marlex e dermolipectomia junto a histerectomia total e anexectomia bilateral. Evolução pós-operatória sem grandes intercorrências, em uso de profilaxia tromboembólica e antibiótica.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento de uma paciente com miomatose deve ser individualizado levando em consideração o tamanho, quantidade e localização dos miomas, além da sintomatologia, idade e planos reprodutivos. O aumento importante do volume uterino por múltiplos miomas, sintomas expressivos e prole completa corroboraram para a escolha de histerectomia total abdominal como tratamento definitivo. A anexectomia bilateral foi pensada para paciente em final de idade reprodutiva como medida preventiva para o desenvolvimento de neoplasia ovariana. O volume uterino aumentado e a obesidade são responsáveis pela fragilidade da parede abdominal anterior que culminou no defeito aponeurótico e recidiva de hérnia epigástrica. A histeriorrafia com colocação de tela de Marlex objetivava diminuir o risco de uma nova hérnia recidivante. A abordagem da pele por meio da incisão pfannenstiell ampliada com dissecação do tecido celular subcutâneo até próximo ao apêndice xifóide permitiu uma incisão mediana na aponeurose para a realização da histerectomia de um útero volumoso junto a histeriorrafia e dermolipectomia.</p>
<p>PO 333-2</p> <p>ANEXECTOMIA VIA LAPAROTOMICA EM TERATOMA CÍSTICO MADURO VOLUMOSO: RELATO DE CASO</p> <p>Raíssa Fonseca Rezende, Beatriz Azevedo Rocha, Tais Cassiano Bueno Vieira, Letícia Sousa Amancio da Costa, Catharina Machado Bandeira de Melo, Danielle Rabelo Gonzalez Veldman, Parizza Ramos de Leu Sampaio, Demétrio Antônio Gonçalves da Silva Gomes</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor ovariano mais frequente é o teratoma cístico maduro ou cisto dermoide, representando 32,6% de todas as neoplasias de ovário. Consiste em proliferação de células germinativas, o que permite o desenvolvimento de qualquer tecido a partir dos três folhetos embrionários: ectoderma, mesoderma e endoderma. Acomete, principalmente, mulheres, de raça branca, por volta dos 30 anos de idade. Apesar de benigno, apresenta clínica exuberante quando a massa atinge grandes volumes. A dor pélvica e o aumento do volume abdominal são as queixas mais relatadas. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 30 anos, nuligesta, procurou serviço de Ginecologia com queixa de dor em baixo ventre há 2 meses. Ao exame físico, apresentou abdome distendido, maciço à percussão de hipogástrico e fossa ilíaca direita (FID) e massa pélvica volumosa e dolorosa à palpação, estendendo-se até próximo da cicatriz umbilical. Sem sinais de irritação peritoneal. O toque vaginal confirmou a palpação de anexo direito. A ultrassonografia transvaginal mostrou ovário direito de 600 cm³, com imagem heterogênea, de conteúdo hipocogênico, com componente sólido, medindo 5,2 cm em seu maior diâmetro, sem fluxo ao doppler, sugestivo de cisto dermoide. Classificado como baixa malignidade de acordo com o International Ovarian Tumor Analysis Group (IOTA). Indicada anexectomia direita por laparotomia. Foi realizado lavado peritoneal; inspeção da cavidade abdominal sem identificação de lesões suspeitas; reconhecimento do tumor cístico/sólido de paredes lisas, ocupando todo o parênquima ovariano direito, semi-torcido, sem aderências; secção e ligadura de anexo direito; por fim, retirada da peça cirúrgica. A massa ovariana continha secreção gordurosa e cabelos. Paciente evoluiu sem complicações. Biópsia confirmou diagnóstico de teratoma cístico maduro.</p> <p>DISCUSSÃO: O teratoma cístico maduro é a neoplasia ovariana mais comum no menacme, com risco de malignização em apenas 1% dos casos. A sintomatologia, apesar de inespecífica, em conjunto com a epidemiologia e os achados ecográficos, reforçam a benignidade do caso. Ademais, a heterogeneidade da massa associada à presença de componente sólido evidenciado no exame ultrassonográfico são fatores altamente sugestivos de cisto dermoide. Caracteristicamente, a presença de folículos pilosos e material de consistência sebácea são encontrados na retirada da peça cirúrgica, uma vez que este tumor é composto da combinação dos três folhetos embrionários. O tratamento de escolha é cirúrgico, preferencialmente por via laparoscópica. Deve-se considerar o tratamento conservador (cistectomia ovariana) com preservação do ovário nas pacientes sem prole constituída. No caso descrito, apesar da nuliparidade, optou-se por laparotomia exploradora e anexectomia direita englobando o tumor, devido ao extenso volume do teratoma.</p>	<p>PO 334-2</p> <p>TUMOR FILODES GIGANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Carolina Ribeiro Fernandes Oliveira, Rodrigo Davanço Souto, Roberson Guimaraes</p> <p><i>Unievangélica - Anápolis - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A motivação desse trabalho é relatar um caso raro de tumor de mama e entender a sua evolução baseando nos dados da literatura médica. O tumor filóides é um tumor raro que ocorre em mulheres, sendo mais frequente na faixa etária de 45 a 49 anos. Os tumores filóides representam menos de 1% dos tumores mamários. Esse tumor pode se apresentar de forma benigna, borderline ou maligna, sendo a benigna semelhante a fibroadenomas, mas com maiores taxas de recorrência local e a variante maligna exibe alto potencial metastático. Esse tipo de tumor mamário tem como característica índices de proliferação celular elevado, crescimento rápido, com tamanho variável de em média 4,0cm, mas em situações raras pode ser gigante quando se apresenta maior que 10,0cm. O tratamento dos tumores filóides benignos deve envolver a exérese completa da lesão com margens adequadas respeitando o limite de segurança de 1,0cm.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 45 anos, procedente de Estrela do Norte- GO, realizou exérese do nódulo de mama direita em 2016 com resultado anatomopatológico de tumor filóides benigno, medindo 3,0x2,5x2,5cm. Foi notado que a lesão tumoral tocava a margem cirúrgica, sendo recomendada uma ampliação cirúrgica das margens. No entanto, paciente recusou fazer a ampliação e só retornou em setembro de 2018, apresentando uma massa tumoral gigante que comprometia toda a mama direita. O tamanho estimado para a massa tumoral foi de 25,0x18,0cm. Foi indicada mastectomia simples. O material recebido para exame anatomopatológico consistiu em um produto com pele e complexo aréolo-mamilar íntegros, sendo notado lesão nodular encapsulada, pesando 2.144,0g, medindo 22,0x17,0x10,5cm. Nos achados histopatológicos, foi notado tumor filóides benigno, mostrando lesão com estroma hiperplásico, sem atipias e sem mitoses. Também foram notados linfonodos com hiperplasia reativa.</p> <p>DISCUSSÃO: Correlacionando o caso com a literatura médica, observa-se que o tumor, que se apresentou na sua variante benigna, teve um crescimento rápido e elevado depois de uma recorrência local, o que é muito característico dos tumores filóides. Percebe-se que antes da exérese do nódulo, o tumor se enquadrava no padrão habitual dos tumores filóides (tamanho menor que 4,0cm). Na recidiva, o tumor se apresentou na forma gigante, que segundo a literatura, ocorre em raros casos. Essa forma de apresentação clínica chama atenção pelo fato do tumor ter demonstrado um crescimento muito rápido em um curto período de tempo e revela a importância das margens cirúrgicas livres após a abordagem cirúrgica inicial, já que no caso apresentado a recidiva ocorreu após a paciente ter se recusado a ampliar as margens quando estas se mostraram comprometidas. Apesar do tamanho da lesão, o prognóstico para essa paciente é bom por se tratar de uma variante benigna sem risco de evolução para doença metastática. Esse caso é relevante, pois mostra o comportamento de um tumor mamário raro e a importância do tratamento adequado para evitar recorrência local.</p>

PO 335-1	PO 335-2
<p>SCHWANNOMA BENIGNO DE TRANSIÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Bruno Barros Britto, Helen Lima Gomes, Beatriz Costa Todt, Beatriz Pereira Rios, Aline Oliveira da Silva, Thatiany da Silva Lima, Marcelo Protásio dos Santos, Valdinildo Aragão de Melo</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Schwannomas são tumores de crescimento lento que se originam da bainha dos nervos periféricos, a partir das células de Schwann. São classificados dentro de um grupo heterogêneo de neoplasias - as neoplasias mesenquimais. Relatamos o caso de uma paciente de 58 anos de idade com diagnóstico de schwannoma da transição esofagogástrica encontrado de forma incidental durante cirurgia de cardiomiectomia a Heller.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, compareceu a ambulatório de cirurgia geral de hospital terciário em Aracaju/SE com queixa de epigastralgia há 10 anos, associada a disfagia para sólidos e líquidos e perda de 10kg nos últimos 5 meses. Paciente com antecedentes cirúrgicos de cesárea e ligadura tubária há 32 anos. Exames laboratoriais sem alterações. Endoscopia digestiva alta revelou megaesôfago e presença de resíduos alimentares em grande quantidade. Tomografia de tórax apresentava acentuada dilatação e tortuosidade de todos os segmentos esofágicos, mais acentuada nos segmentos médio e distal, sem espessamento parietal evidente. Com a hipótese de acalasia, foi solicitada esofagomanometria, que mostrou complexos de deglutição com 100% de ondas de propagação aperistálticas em corpo do esôfago. Sete meses após primeira consulta, a paciente foi submetida a cardiomiectomia a Heller-Dor para tratamento de acalasia. No intra-operatório, foi identificada massa em transição esofagogástrica. Macroscopicamente, de conformação nodular, elástica e coloração acastanhada, medindo 2,3cm no maior diâmetro. Microscopicamente, se tratava de uma neoplasia de células fusiformes de baixo grau, com índice mitótico de até 1 mitose/10 campos de grande aumento. O padrão imunohistoquímico encontrado confirmou o diagnóstico de schwannoma benigno.</p> <p>DISCUSSÃO: O schwannoma gastrointestinal é um tumor originado a partir de fibras autonômicas do plexo de Auerbach da camada muscular própria, enquanto os schwannomas convencionais originam-se a partir dos nervos periféricos. A localização mais comum no TGI é o estômago. São tumores raros, muito menos comuns que os GISTs, com proporção de 45 GISTs gástricos para 1 schwannoma. Os schwannomas gástricos (SG) podem surgir em qualquer idade, mas há um predomínio na 5ª e 6ª décadas de vida e no sexo feminino. Embora a maioria desses tumores seja assintomática, já foram descritos sintomas como dor epigástrica, dispesia, hematêmese e perda ponderal associados ao SG. Normalmente são detectados de forma incidental durante exames e cirurgias. Esses achados se assemelham ao caso relatado. Os exames de imagem e endoscópicos não apresentam boa acurácia em diferenciar os vários tumores mesenquimais. O principal diagnóstico diferencial de uma lesão submucosa exofítica é o GIST, em virtude de ser o tumor mesenquimal mais comum do TGI. Atualmente, o tratamento de escolha do SG é ressecção cirúrgica completa. Os SG são tumores com excelente prognóstico na sua grande maioria, sendo a transformação maligna, metástase ou recorrência muito raras.</p>	<p>USO DO LASER DE CO2 NA RESOLUÇÃO DE SINEQUIAS INDUZIDAS POR LIQUEN PLANO GENITAL - RELATO DE CASO</p> <p>Marcela Rolim da Cruz, Elyakym Alvarenga Terto Vieira Ramalho, Geraldo Andrade Martinho Neto, Luiz Henrique Ribeiro de Moraes Ferreira, Marcelo Paulo Tissiani, Wanúzia Keyla Miranda Moreira</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Líquen Plano Vulvar caracteriza-se por ser uma desordem inflamatória crônica, de provável etiologia autoimune mediada por linfócitos T. Pode ser altamente variável, apresentando-se em sua forma clássica como pápulas ou placas eritematosas na pele queratinizada e lesões muco-cutâneas em placas brancas rendilhadas ou áreas erosivas. A resolução pode cursar com atrofia importante da pele, perda da arquitetura vulvar e formação de sinequias que podem atingir canal vaginal promovendo encurtamento e estenoses, levando a sangramentos, dispareunia e apareunia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 84 anos, encaminhada para avaliação ginecológica por referir dificuldade na micção. Ao exame constatou-se colapso da linha mediana vulvar, o qual poupava diminuta área da borda anterior e outra da borda posterior dos grandes lábios com consequente tamponamento do óstio uretral e parte do vestibulo. Tal tamponamento dificultava a emissão do jato urinário, deixando urina residual em contato com a mucosa vestibular, favorecendo infecções urinárias recorrentes e ardor vulvar. Relatou passado de muito incômodo e prurido vulvar por anos. A paciente foi submetida a intervenção utilizando-se laser de CO2, desfazendo-se o colapso da linha mediana e expondo-se o óstio uretral, vaginal e área vestibular. Tal exposição evidenciou presença de hemorragias subepiteliais difusas em vestibulo, julgadas ser consequentes a ação ácida da urina acumulada no local sobre um epitélio atrófico, o que estimulou a aplicação vestibular e vaginal do laser na mesma ocasião, visando melhora da atrofia. As aplicações de laser foram realizadas na extensão vaginal encontrada, sendo preconizadas mais duas outras aplicações com intervalo aproximado de 35 dias. Ao primeiro retorno, observamos áreas de telangiectasias e eritema unidas a estrias brancacentas margeando a mucosa vestibular, sugerindo tratar-se de transtornos à arquitetura vulvar causados por liquen plano, justificando a queixa na região previamente relatada. Procedemos as aplicações seguintes e os retornos mostraram melhora da arquitetura vulvar, da textura epitelial, das áreas erosivas vestibulares, além da redução significativa das queixas de ardor local. Não ocorreram episódios de infecção urinária entre os intervalos das aplicações. A acessibilidade ao vestibulo, óstio uretral e vaginal foi retomada.</p> <p>DISCUSSÃO: O laser de CO2 aplicado aos genitais vem se mostrando como uma técnica inovadora, mudando o prognóstico imposto a muitas mulheres cuja terapia hormonal está proscrita, bem como em portadoras de desordens inflamatórias crônicas e sequelas genitais consequentes. Através de injúrias microscópicas controladas em sua área de aplicação, intensidade e profundidade, favorece que o tecido se reepitelize rapidamente, reestruturando a lâmina própria, promovendo angiogênese e neocolangiogênese. O estímulo à produção de colágeno e reestruturação da lâmina própria torna o laser uma opção viável nas desordens epiteliais inflamatórias crônicas como liquen plano.</p>
<p>PO 336-2</p> <p>OOFOROPLASTIA BILATERAL VIA LAPAROSCÓPICA EM PACIENTE JOVEM DEVIDO A CISTOS DERMOIDES RECIDIVANTES</p> <p>André Luis Barbosa Romeo, Ana Célia Diniz Romeo, Flávio da Costa Cabral, Ícaro Ferreira da Silva, Larissa Landeiro Adorno, Mannuella Kátex Lemos Pereira da Silva, Maria Victória lamauti</p> <p><i>UNIME - Lauro de Freitas - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatam um raro caso de uma paciente jovem apresentando múltiplos cistos dermóides, que reincidiram três anos após a primeira abordagem. Cistos dermóides são tumores de células germinativas de ovário, relativamente comuns, acometendo mulheres entre 15 e 40 anos de idade e assintomáticos em sua grande maioria. Por serem teratomas maduros são benignos, mas sua ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, principalmente pelo risco de complicações como infecção e malignização - pouco provável, porém possível conforme descrito na literatura. A presença de múltiplos cistos no ovário acometido é rara, mas deve ser suspeitada e procurada sempre, independente do resultado dos exames de imagem, com o intuito de evitar que outros cistos se mantenham e com isso a necessidade de novas abordagens futuras</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 19 anos, menarca aos 11 anos, nega vida sexual ativa, data da última menstruação há cerca de 20 dias da consulta pré-operatória. Nega alergias e doenças prévias ou familiares; passado de vídeo-ooforoplastia bilateral em 18/05/15 quanto foram retirados 4 cistos dermóides no ovário esquerdo e 5 cistos dermóides no ovário direito, tendo a análise anatomopatológica confirmado o diagnóstico. Comparece ao Serviço referindo coitarca aos 18 anos, G0 P0 A0, e portando USG transvaginal de controle que mostrou duas formações císticas em cada ovário, útero com 73,80cm3, ovário esquerdo com 168,17cm3 e ovário direito com 28,45cm3 de volume, ambos com imagens em seu interior sugestivas de cistos dermóides. Doppler sem alterações. Recebeu indicação de ooforoplastia bilateral via videolaparoscópica, com avaliação pré-operatória rotineira sem alterações, CA-125=24,91UI/ml, CEA=0,85ng/ml. Realizada a vídeo-ooforoplastia bilateral, com achados intra-operatórios de ovários bilateralmente aumentados, com destaque para o ovário esquerdo, notando-se 2 cistos dermóides no interior de ambos. Paciente evoluiu no PO sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de múltiplos cistos dermóides bilaterais é rara, ainda mais no presente caso onde foram retirados múltiplos cistos em cada um dos ovários na primeira intervenção, e dois cistos em cada um dos ovários na segunda intervenção. Os autores não encontraram na literatura relato semelhante</p>	<p>PO 337-1</p> <p>ESOFAGECTOMIA E RECONSTRUÇÃO COM COLON ESQUERDO: RELATO DE CASO SOBRE UMA LESÃO CAUSADA POR AGENTE QUÍMICO.</p> <p>Matheus Jara Reis, Eliseu Perius Junior, Rafael Costa e Campos, Glória de Carvalho Palma, Marcelo Garcia Toneto</p> <p><i>Hospital São Lucas - PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão proposital ou acidental de substâncias causticas e corrosivas, tem a capacidade de provocar lesões por contato nos tecidos e também necrose. É uma lesão frequente e comum, sendo responsável por diversos tipos de lesões no tubo digestório - esôfago e estômago. Nesse contexto, a morbidade e mortalidade desse tipo de lesão são relevantes e tem aumentado nos últimos anos segundo os dados epidemiológicos do Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul. Dessa maneira, a reconstrução do esôfago torna-se uma tarefa desafiadora para o tratamento desse tipo de lesão, onde geralmente o paciente apresenta comprometimento da laringe e da faringe, resultando em dificuldade tanto na fala quanto na respiração.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.D.S., 40 anos, procedente de Sapucaia do Sul, autônomo, nega tabagismo, nega etilismo, diabético mas nega utilizar medicação de uso contínuo, histórico de depressão e ideação suicida. Admitido no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre em novembro de 2017 após ingestão de agente químico (soda caustica). Diagnosticada lesão caustica de esôfago grau 3A, pangastrite endoscópica intensa por lesão corrosiva. Realizou traqueostomia e jejunostomia, e permanecendo na unidade de terapia intensiva, após processo inflamatório severo, com necrose da mucosa, seios piriformes com estenose impedindo progressão do aparelho, como observada através da Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Em novembro de 2017 feita nova avaliação, notou-se erosões difusas com edema na orofaringe. Aos 22 cm da arcada dental superior, estenose severa impedindo a progressão do aparelho, com edema da arcada a eritema difuso, processo inflamatório em evolução. Paciente recebe alta em dezembro de 2017 com encaminhamento pelo sistema único de saúde para o ambulatório de cirurgia do HSL. Indicada a esofagectomia total com reconstrução colônica com seio piriforme à esquerda e do cólon com estômago no abdômen, a cirurgia foi realizada em Dezembro de 2018. No estudo anatomopatológico foi recebida a peça constituída por esôfago, onde observou-se necrose de mucosa esofágica com hemorragia, inflamação crônica inespecífica e fibrose da parede. Houve fístula de anastomose cervical faringo-cólica e pneumonia nosocomial resolvidas durante a internação, bem como a deiscência total da ferida operatória abdominal com cicatrização por segunda intenção. A radiografia de controle pós operatório, mostrou trânsito satisfatório do meio de contraste através das anastomoses. Paciente segue em acompanhamento do quadro pós operatório, relatando melhora na execução das atividades da vida diária.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a gravidade e a incidência, as lesões provocadas pela ingestão de agentes químicos ainda colocam desafios quanto a sua abordagem. Nessa perspectiva é de suma importância que além da evolução na técnica cirúrgica para a melhora na qualidade de vida dos pacientes, haja a promoção da educação e do cuidado sobre os riscos do manuseio de materiais químicos tóxicos junto a população leiga.</p>

PO 337-2	PO 338-2
<p>RELATO DE CASO: TORÇÃO EXCLUSIVA DA TROMPA SEM TORÇÃO DO OVÁRIO.</p> <p>André Luis Barbosa Romeo, Ana Célia Diniz Romeo, Larissa Landeiro Adorno, Flávio da Costa Cabral, Ícaro Ferreira da Silva, Mannuella Kátib Lemos Pereira da Silva, Maria Victória lamauti</p> <p><i>União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME) - Lauro de Freitas - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A torção exclusiva da trompa uterina, sem torção de ovário, é uma urgência ginecológica rara, que compromete a circulação arteriovenosa e linfática do órgão, causando congestão e eventual infarto hemorrágico. Como fatores de risco importantes estão: mulheres em idade reprodutiva, durante a gravidez, em pacientes que induzem a ovulação para tratamento de infertilidade (F.I.V.) e na presença de massas ovarianas com pelo menos 5 cm de diâmetro, tendo este o fator primário. Sobre as possíveis etiologias relacionadas à torção tubária são citados na literatura mesossalpingeomas longos, persistência da artéria uterina em espiral, variação brusca de pressão abdominal, alteração da posição corpórea e presença de tumorações anexiais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 34 anos, menarca 11 anos, coitarca 19 anos, G0P0A0, data da última menstruação (DUM) há aproximadamente 20 dias da admissão. Alérgica a anti-inflamatórios não esteroidais, nega cirurgias e doenças prévias, em uso de anticoncepcional oral. Refere dor pélvica súbita há 48h, evoluindo de moderada a forte intensidade, acompanhada por náuseas, sem outras queixas. Ao exame físico apresentou dor à palpação profunda suprapúbica e à movimentação do colo uterino ao toque. Ultrassonografia transvaginal revelou formação cística anexial esquerda com volume de 47 cm³, heterogênea e pequena quantidade de líquido livre em pelvis; Doppler sem alterações. Suspeita diagnóstica de cisto ovariano endometriótico, possivelmente roto. Levada à videolaparoscopia foi evidenciada trompa esquerda necrosada em razão de torção múltipla sobre seu próprio eixo, ovários bilateralmente sem alterações, mesossalpinge contralateral ídem. Realizada videossalpingectomia esquerda. A paciente evoluiu sem intercorrências, tendo alta no primeiro dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação do caso é relevante visto tratar-se de múltipla torção da trompa sobre seu próprio eixo, na ausência de todo e qualquer fator causal relatado na literatura.</p>	<p>RETOSSIGMOIDECTOMIA SEGMENTAR</p> <p>Beatriz Bastos, Victória Coelho Cassiano Diniz, Flora Souza Brandão dos Reis, Lais Vieira Araujo, Gabriella Bento Moraes, Vanessa Araújo Alves, Melisandro Almeida Lacerdáv</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A retossigmoidectomia segmentar é realizada em casos graves de endometriose, quando há invasão da luz do intestino, quando há deformidade anatômica, ou quando a lesão é maior do que 4 cm, impossibilitando a realização da ressecção discóide. A cirurgia consiste na ressecção do cólon sigmoide e parte do reto, além do rebaixamento do cólon com duplo grampeamento, e pode ser realizada por via aberta ou por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M. F. B. B, feminino, 36 anos, portadora de infertilidade há 3 anos, com ciclos regulares e dismenorrea primária de intensidade normal, além de dispareunia ocasional. Realizou exames para avaliação da infertilidade, e a histerossalpingografia mostrava as tubas pérvias, porém edemaciadas. A ultrassonografia transvaginal evidenciava endometrioma de ovário bilateral, com os ovários retrouterinos. Foi realizada uma pesquisa avançada para endometriose: a ressonância magnética evidenciou endometrioma de ovário direito, e a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal indicou nódulo na parede do reto com 50% de circunferência da alça intestinal. Foi indicada, portanto, a abordagem cirúrgica da retossigmoidectomia segmentar.</p> <p>DISCUSSÃO: Endometriose é uma doença que pode atingir qualquer órgão. Quando atinge o intestino, geralmente se trata da endometriose profunda infiltrativa (EPI), um tipo de endometriose que adentra 5mm ou mais abaixo da superfície peritoneal, localizada nos tecidos fibromusculares. A incidência da endometriose intestinal varia entre 5 a 27% das mulheres com endometriose, enquanto o reto e o retossigmoide correspondem a 70 a 93% das lesões intestinais. Os sintomas são causados por uma reação esclerosante da parede intestinal, causada por inflamação e fibrose em decorrência da endometriose profunda. O envolvimento intestinal deve ser suspeitado em toda paciente com endometriose profunda, sendo que se costuma estimar em 50% o número de pacientes com endometriose grave que possuem endometriose intestinal. A retossigmoidectomia segmentar é a cirurgia indicada para o caso em questão devido ao resultado da ressonância e da ultrassonografia transvaginal, as quais demonstraram acometimento intestinal e presença de nódulo na parede do reto. Apesar de ser uma cirurgia complexa e que exige uma equipe experiente, é uma intervenção crucial para melhorar o quadro clínico da paciente sem prejudicar sua fertilidade. A porcentagem de complicação da ressecção em casos de endometriose intestinal depende do tamanho, da extensão e da localização do tecido a ser removido. Deiscência de anastomose e lesão de ureter são as duas principais complicações decorrentes desse procedimento cirúrgico, as quais não ocorreram na cirurgia relatada. No caso da paciente em questão, a retossigmoidectomia mostrou-se coerente considerando as dimensões do nódulo e seu percentual de circunferência da alça intestinal.</p>
<p>PO 339-1</p> <p>CORPO ESTRANHO NO ESÓFAGO</p> <p>Pedro Montes, Rosessol Wanderley, Aurilane Silva, Henrique Santana, Letícia Reis, Danilo Daud, Marcos Campos</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Corpos estranhos (CE) ingeridos propositalmente ou acidentalmente podem ficar retidos em porções do trato gastrointestinal (TGI), afetando principalmente crianças, cerca de 80% dos casos. Grande parte dos CE ingeridos são expelidos naturalmente, mas alguns obstruem a luz do TGI e até mesmo perfuraram sua parede. Como o esôfago é uma porção estreita, há maior incidência de retenção desses objetos nele. Crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos) compõem o grupo de maior incidência, podendo ingerir acessórios, moedas ou brinquedos. Para o diagnóstico é importante observar sintomas como disfagia, odinofagia e sialorréia, possivelmente indicativos de obstrução, de modo que as alterações dependem da porção do TGI que foi afetada e da natureza do objeto. O presente estudo objetiva relatar caso de presença de corpo estranho no esôfago em paciente pediátrico para registro e estudo de conduta.</p> <p>RELATO DE CASO: V. J. B. S., 07 anos, foi admitido no serviço de Urgência do Hospital Infantil Público de Palmas (HIPP) no dia 09/07/18, com queixa de ter deglutido um objeto, não sabendo a mãe especificá-lo. Relata que no momento após ingestão o menor apresentou náusea e queixou disfagia e odinofagia, porém, houve redução gradual dos sintomas. Ao exame físico o menor encontrava-se ativo, eupneico, afebril, sem sialorréia. Durante exame de cabeça e pescoço apresentou dor à palpação cervical e dificuldade de lateralização. Foi solicitada uma radiografia de tórax, abdome e região cervical, com posterior internação do paciente. Na avaliação radiológica foi evidenciado um corpo estranho em porção superior de esôfago, próximo à orofaringe. Diante do quadro, paciente foi encaminhado no mesmo dia ao Hospital Geral de Palmas (HGP) devido à complexidade. Foi indicada a retirada do objeto via Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Realizou-se a EDA no dia 10/07/2018, a qual revelou que o objeto era um brinco e devido ao formato pontiagudo e localização em stop no esfíncter esofágico superior não seria possível retirada do objeto endoscopicamente. Com isso, em caráter de urgência, foi indicado o procedimento de toracotomia lateral associado à esofagotomia lateral, retirada de corpo estranho e drenagem torácica, procedimento este realizado no mesmo dia da admissão no serviço. Paciente foi admitido pós-cirúrgico em UTI Pediátrica do serviço, evoluindo sem intercorrências, e obteve alta hospitalar no dia 16/07/2018.</p> <p>DISCUSSÃO: Casos de Corpo Estranho no Esôfago são frequentes na infância, sendo que os casos mais graves são tratados por via endoscópica, em casos mais difíceis o objeto é conduzido ao estômago e só então retirado da forma mais segura para o paciente. No caso descrito é notável que, devido ao objeto se encontrar aderido à parede esofágica, a necessidade de uma toracotomia lateral foi feita para que o objeto fosse retirado com segurança sem que viesse a causar maiores danos ao paciente.</p>	<p>PO 339-2</p> <p>RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA</p> <p>Guilherme Muradas Pires, Fernando Ponce Leon, Márcio José Jamel, Maria Antonia Ribeiro de Souza Sampaio, Assad Charbel Chequer Bon Habib</p> <p><i>Departamento de Cirurgia - FM/UFRRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose profunda infiltrativa (DIE) é definida como a presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina penetrando em estruturas adjacentes a uma profundidade de 5 mm ou mais. Sua prevalência está crescendo e, atualmente, estima-se que 10-15% das mulheres em idade reprodutiva sejam afetadas pela condição. O envolvimento colorretal representa uma das formas mais graves da doença. Clinicamente, apresenta-se através de sintomas ginecológicos, como dismenorrea, dor pélvica crônica e dispareunia profunda, associados ou não a sintomas intestinais, como disquezia, hematomezia cíclica, constipação, diarreia e tenesmo. Pode causar grave prejuízo na qualidade de vida, sendo uma das principais razões de infertilidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 34 anos apresentando dor abdominal, dispareunia e disúria, há 6 meses, com evolução para alteração do hábito intestinal com diarreia alternada com constipação há 2 meses. Ao exame, corada, com dor à palpação profunda de quadrante inferior esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Toque vaginal doloroso a palpação do fundo do saco de Douglas. Hemograma demonstrando anemia normo/norma. Histeroscopia sem alterações dignas de nota. EAS com piúria presente e nitrato negativo. Ressonância magnética de pelve demonstrando 2 lesões em reto alto, em topografia de camada muscular, aproximadamente 10 e 12 cm da margem anal, estenosantes, sendo a maior com 4 cm de extensão, associadas a lesões em ligamentos uterosacro, redondo direito e úraco. Decidida, então, por abordagem cirúrgica sendo realizada retossigmoidectomia videolaparoscópica e anastomose primária intracorpórea associada a excisão das lesões pélvicas. Apresentou boa evolução no pós-operatório, com reintrodução de dieta no 2º e alta no 5º dia. Em acompanhamento ambulatorial, há 6 meses, com desaparecimento das queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A falha no tratamento clínico, a presença de lesões com invasão transmural com risco obstrutivo e sangramento digestivo são indicações para o tratamento cirúrgico. Dentre as opções, ressecções segmentares laparoscópicas, raspagem e ressecções locais têm sido utilizadas e favorecidas por diferentes autores. Alguns advogam por opções menos radicais, objetivando preservar anatomia e função, apesar da propensão à recidiva. Porém, no caso de acometimento extenso ou multifocal, a ressecção segmentar pode ser a única alternativa viável. Estudos nacionais vem demonstrando melhora nos escores de qualidade de vida de pacientes após a ressecção segmentar, em comparação aos escores pré-operatórios. No curto prazo, observa-se redução significativa nos sintomas ginecológicos (dyspareunia e dismenorrea) e intestinais (disquezia), 3 meses após o procedimento. No longo prazo, a partir de 12 meses, há queda acentuada na prevalência de dor pélvica crônica e hematomezia cíclica. Os dados comprovam, por tanto, o sucesso do tratamento e a importância de tal cirurgia em casos semelhantes.</p>

PO 341-1	PO 342-1
<p>SINDROME DE BOERHAAVE: UM DESAFIO DE DIAGNOSTICO E ABORDAGEM</p> <p>Alana Meyer Arruda, Larissa Lara Galvão de Moraes, Otávio Augusto Goes Fernández, Yan Mamede Untar Zardette, Luiz Eduardo Mendonça Tenório, Vinícius Gatto Cavalcante Oliveira, Renato de Melo</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Descrita pela primeira vez em 1724 por Hermann Boerhaave após encontrar carne de pato na cavidade pleural durante uma autópsia, a síndrome que ganhou seu nome consiste na ruptura esofágica por aumento abrupto da pressão intraluminal em resposta a esforços e contrações diafrágicas. Com incidência de 3,1 em cada 1 milhão de pessoas por ano, a síndrome apresenta mortalidade em torno de 80%, com evolução rápida para uma mediastinite química e bacteriana. O presente trabalho visa apresentar um caso incomum de Síndrome de Boerhaave.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 68 anos de idade, sem comorbidades prévias, admitida em unidade de emergência queixando-se de epigastralgia pós-alimentar intensa, com um episódio de êmese seguido de dor torácica extenuante. No momento da admissão foi realizado eletrocardiograma, raio-x de tórax e exames laboratoriais. Inicialmente, o raio-x de tórax revelou apenas apagamento do seio costofrênico esquerdo, indicando um derrame pleural. Entretanto, antes que outra investigação adicional fosse realizada, houve deterioração clínica, com taquicardia, diaforese, febre e piora da dor. Após avaliação do cirurgião, optou-se pela drenagem torácica à esquerda para controle do derrame pleural e a paciente foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para melhor investigação da algia. Após 12 horas de evolução, foi encontrada secreção gástrica em coletor do dreno torácico e paciente foi encaminhada imediatamente para cirurgia, onde foi identificada lesão de aproximadamente 4 centímetros em borda póstero-lateral do esôfago, distante 2 centímetros do diafragma, já com sinais de mediastinite e extravasamento de conteúdo gástrico para a cavidade pleural e mediastinal. Durante a cirurgia, foi optado por realizar esofagectomia total devido caráter frível do órgão, que já apresentava sinais inflamatórios intensos, além de realização de esofagostomia cervical. Após cirurgia, paciente retornou para UTI em estado grave, onde permaneceu por mais 48 horas e evoluiu com choque séptico refratário e consequente óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Boerhaave possui manifestação clínica variável, levando a sérias complicações em consequência de um diagnóstico tardio. A ruptura localiza-se, majoritariamente, no terço distal e no bordo póstero-lateral esquerdo. O tratamento é cirúrgico e as técnicas dependem das condições locais e do tempo de rotura. Em casos já com necrose mediastínica, é necessária uma intervenção mais agressiva, como a esofagectomia com derivação e drenagem do mediastino, gastrostomia e jejunostomia de alimentação, com a consequente esofagoplastia diferida. O diagnóstico precoce e a abordagem cirúrgica dentro de 24 horas levam a um aumento em 75% na taxa de sobrevivência. A situação exige conhecimento extenuante da doença e, sobretudo, experiência cirúrgica no tratamento das afecções esofágicas. Seu prognóstico sombrio e variável depende da rapidez diagnóstica e de uma eficaz decisão de manejo.</p>	<p>ESOFAGOSTOMIA NO TRATAMENTO PALIATIVO DA FISTULA ESOFAGOTRAQUEAL</p> <p>NATANE MIQUELANTE, ANA PAULA PEREIRA GUIMARÃES, CAMILA MAGALHÃES COELHO, EDSON JUNIOR ANTONACCI, FERNANDA RIBEIRO FONSECA, LORENA SANTOS BORGES, THIAGO DEUS CUNHA, VIVIANES MENDES PEREIRA</p> <p><i>UNIPAM - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fístula traqueoesofágica (FTE) ou broncoesofágica é uma conexão patológica entre esôfago e traquéia ou brônquios. O tratamento cirúrgico é a primeira escolha na FTE. O objetivo deste trabalho é apresentar a terapêutica da esofagostomia na FTE, enfatizando a importância de medidas paliativas cirúrgicas.</p> <p>RELATO DE CASO: A.A., 66 anos, natural Presidente Olegário, tabagista. Admitido no Hospital Regional Antônio Dias em Patos de Minas no dia 13/09/2018, referindo disfagia progressiva há cerca de dois meses, evoluindo nos últimos dias com disfagia inclusive a líquidos, com perda ponderal de 15 kgs nos últimos dois meses. Negava outras alterações. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, emagrecido, tosse persistente com escarro. Em Endoscopia Digestiva Alta realizada no dia 10/09/18 com visualização de lesão estenosante esofágica aos 25cm onde notava-se lesão vegetante, frível, ocupando cerca de 95% da luz do órgão, e na biópsia do tecido que constatou quadro histopatológico sugestivo de carcinoma epidermóide, moderadamente diferenciado invasor. No dia 15/09/2018 foi feita uma Tomografia de Tórax presenciando nódulos pulmonares e grande lesão esofágica na junção esofagogástrica, existindo a suspeita de fístula esofagobronquica. Devido ao mal estado nutricional do paciente foi sujeito a uma Gastrostomia em 18/09/2018 para seu suporte hídrico e alimentar. Em 03/10/2018 realiza-se Esofagografia Baritada havendo extravasamento de contraste para árvore brônquica confirmando hipótese de fístula esofagotraqueal. No dia 10/10/18 o paciente foi submetido à esofagostomia cervical como terapia curativa da fístula. O pós-operatório evoluiu com melhora significativa do quadro da tosse com saída de pouca secreção clara por esofagostomia, e escarro ao tossir, em alimentação pela gastrostomia.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma esofágico avançado pode ser complicado por fistulas. A comunicação patológica entre o esôfago e estruturas adjacentes causadas pelo processo neoplásico é também chamada de fístula esofágica maligna. Uma vez confirmado o diagnóstico de FTE, o tratamento deve ser instituído imediatamente, sendo que representa um desafio para qualquer gastroenterologista / cirurgião esofágico. O desenvolvimento dessas fistulas geralmente é pré-terminal e a condição do paciente se deteriora rapidamente. Há transbordamento do conteúdo esofágico para a árvore respiratória e a morte é geralmente causada por infecção respiratória, e não pela própria malignidade. Nestas circunstâncias, a palição rápida é o único caminho a seguir. O objetivo do tratamento é excluir o conteúdo esofágico da árvore respiratória, restaurar a deglutição e alcançá-lo com menos sofrimento para o paciente. A abordagem paliativa usada nesta situação foi o controle da fístula através de isolamento e desvio como a cirurgia de esofagostomia cervical, técnica de fácil execução, com risco mínimo de lesão. Os pacientes terão um estoma pequeno no pescoço e são capazes de viver independentemente do tubo de alimentação.</p>
<p>PO 343-1</p> <p>CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO POR VIA RETROESTERNAL</p> <p>LUIS PAULO ANDRIONI, Roberta Freyer FERNANDES, JOAO PAULO CARLOTTO BASSOTTO, ROBERTO PELEGRINI CORAL, RODRIGO MARIANO, HELENA PALIN BOTTER, ALICE BIANCHI BITTENCOURT, MOHAMAD HASSAN HAMAOUI</p> <p><i>UFCSA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perfuração esofágica é dividida em 3 etiologias: espontânea, por trauma ou iatrogênica. Esta última, considerada a principal causa de perfuração esofágica, sendo de maior incidência quando utilizado endoscópio rígido. O quadro clínico apresenta-se com dor, normalmente retroesternal, associada ou não a vômitos e dispneia. O diagnóstico é feito a partir de exames radiológicos, como radiografia, tomografia computadorizada ou esofagograma, com evidência de pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo, pneumoperitônio, vazamento do contraste via oral e endoscopia. O tratamento das perfurações esofágicas varia de acordo com a contaminação, a extensão da lesão e o tempo decorrido entre a perfuração e o diagnóstico. O tratamento conservador é preferível nos casos de perfurações pequenas, sem contaminação adjacente e de localização cervical. Já o tratamento cirúrgico é preferível no restante dos casos. A rafia primária é indicada quando o diagnóstico é feito em menos de 24 horas após a perfuração. Quando a sutura primária não é possível, opta-se por esofagectomia com esofagostomia. A reconstrução esofágica pode ser feita no mesmo tempo cirúrgico, porém depende do estado hemodinâmico do paciente e do grau de contaminação local. A complicação mais temida da perfuração esofágica é a mediastinite, já a da reconstrução esofágica é a necrose do neoesôfago.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino de 42 anos, com perfuração esofágica após dilatação de estenose por acalasia. Paciente realizou endoscopia digestiva alta com dilatação no dia 07/05/2018. Apresentou dor retroesternal após procedimento, sem melhora com o uso de analgésicos. Procurou atendimento no dia 14/05/2018, diagnosticado então perfuração esofágica com derrame pleural bilateral. Realizado esofagectomia híbrida (dissecção do esôfago torácico por toracoscopia, esofagostomia cervical e laparotomia para sepultamento de esôfago abdominal), drenagem pleural e jejunostomia no dia 15/05/2018. O paciente necessitou de múltiplas intervenções durante a internação, incluindo toracoscopia com janela pericárdica devido tamponamento cardíaco. Após a alta hospitalar, manteve acompanhamento ambulatorial, ganhou 11 quilos alimentando-se por jejunostomia. Optado por confecção do neoesôfago, realizado por levantamento do estômago por via retroesternal com esôfago-gastro anastomose e confecção de nova jejunostomia no dia 01/02/2019. Apresentou pequena fístula na anastomose esôfago-gástrica, manejada conservadoramente. Alta hospitalar no dia 10/02/2019.</p> <p>DISCUSSÃO: A confecção do neoesôfago pode ser realizada basicamente por duas técnicas: utilizando o cólon (qualquer segmento) ou levantamento gástrico. Tais procedimentos podem ser realizados pelo tórax posterior, pelo tórax anterior, ou pelo subcutâneo. No caso descrito acima, visto que o paciente tinha apresentando quadro de mediastinite, com múltiplas intervenções torácicas, optou-se de realizar o neoesôfago pelo tórax anterior via retroesternal.</p>	<p>PO 344-1</p> <p>RELATO DE IDOSO DIAGNOSTICADO COM DIVERTICULO DE ZENKER</p> <p>Karina Negrão Zingra, Lavinia Ferreira Dias, Edivane Siqueira da Silva, Marcelo Regis Lima Corrêa, Gabriela da Rocha Branco Silveira, Emilli Lorryne Bertão Vieira, Marcos Alberto de Mendonça Veiga, Horácio Tamada</p> <p><i>Centro Universitário São Lucas - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Zenker (DZ) é um pseudodivertículo caracterizado por uma saculação localizada acima do Esfíncter Esofágico Superior (EES), na parede posteroinferior da mucosa faríngea, sobre região situada entre as fibras musculares estriadas oblíquas do músculo constritor inferior da faringe e as horizontais do músculo cricofaríngeo, o Triângulo de Killian. O DZ é mais frequente em idosos, entre a sétima e oitava década de vida, e ocorre predominantemente em homens. Acredita-se que a prevalência seja em torno de 0,01% a 0,11% da população. Contudo, a incidência é subestimada nos países em geral, em decorrência da longa fase assintomática da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente branco, 61 anos, masculino, com queixa de sensação de corpo estranho na garganta há 8 meses. Na história da doença atual, o paciente relata quadro crônico de disfagia e, por isso, diminuiu a consistência dos alimentos, ingerindo apenas líquidos e comidas pastosas. Informa produção de muco espesso, branco e sem cheiro, o qual gerava incômodo ao deitar-se, aliviava com o decúbito lateral esquerdo e atrapalhava o sono. Associado aos sintomas supracitados, também queixa-se de halitose, perda ponderal de 3 kg, pirose, náuseas, obstrução nasal, cervicalgia e vertigens. Procurou atendimento quatro meses antes e feito deglutograma, recebendo diagnóstico de refluxo gastroesofágico e prescrito esomeprazol e domperidona. Entretanto, não houve melhora dos sintomas e retornou com piora da queixa. Desta vez, foi solicitada endoscopia digestiva alta e evidenciada uma formação sacular compatível com divertículo faringoesofágico. Um esofagograma baritado mostrou divertículo proveniente da linha mediana da parede posterior da faringe distal, perto da junção faringoesofágica. Para o tratamento efetivo, foi optado por realizar diverticulectomia esofágica por miotomia esofágica distal e grameamento com ressecção do divertículo. Após 7 dias do procedimento cirúrgico o paciente evoluiu com bom estado geral, não fazia mais uso de sonda nasointestinal e iniciou ingestão de alimentos líquidos via oral.</p> <p>DISCUSSÃO: Pacientes acometidos com Divertículo de Zenker possuem queixas semelhantes, sendo a principal delas a disfagia de caráter progressivo, podendo ser acompanhada por outras manifestações (perda ponderal, regurgitação, tosse, halitose). Dessa forma, o diagnóstico pode ser retardado, tanto pela busca tardia de ajuda médica, quanto pela desvalorização da queixa do paciente. Desta forma, é imprescindível, ao estar diante de um paciente idoso, visto que a faixa etária de 50 a 80 anos é a mais incidente e do sexo masculino, ter em mente o diagnóstico de DZ, pois a disfagia pode ser subestimada e classificada apenas como presbifagia. Outra opção é o tratamento por endoscopia. Somente uma história bem coletada poderá levar ao diagnóstico correto, a fim de intervir imediatamente, prevenindo desidratação e desnutrição. Embora traga limitações à qualidade de vida do paciente, apresenta um bom prognóstico após a conduta terapêutica.</p>

PO 344-2	PO 345-1
<p>GRANDE MASSA ABDOMINAL: SARCOMA UTERINO, RELATO DE CASO</p> <p>Cláudia Fernanda Camini, Marcelino Paiva Martins, Henrique Augusto Spies Adamy, Rene Augusto Weirich, Sílvia Casanova Baldissera, Flávio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG/ CEONC - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O sarcoma uterino é responsável por 3 a 9% de todas as neoplasias malignas uterinas. Esses tipos de tumores surgem da divisão de células no miométrio ou elementos do tecido conjuntivo dentro do endométrio. Em comparação com os carcinomas endometriais mais comuns (neoplasias epiteliais), os sarcomas uterinos, particularmente os leiomiossarcomas (neoplasias do tecido conjuntivo), comportam-se de forma agressiva e estão associados a um pior prognóstico. Os fatores de risco para tal câncer são a idade avançada, mulheres da raça negra, uso prolongado de tamoxifeno, histórico de radiação pélvica prévia e algumas alterações genéticas em que há componentes hereditários associados. O sarcoma uterino geralmente apresenta sangramento uterino anormal, dor ou pressão pélvica ou massa uterina como no caso relatado neste trabalho.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente R.C.S, 56 anos, há cerca de 6 meses procurou serviço de saúde devido a um aumento significativo do volume abdominal, associado a sangramento transvaginal eventual e dor pélvica de forte intensidade. Possui em seu histórico, acompanhamento ginecológico há 4 anos devido dor abdominal e sangramento transvaginal esporádico, atribuído a doença miomatosa uterina. É hipertensa e coronariopata. Relata ser não etilista e não tabagista. Passou por duas gestações sem intercorrências, sendo ambos partos normais. Vivenciou menarca aos 12 anos e menopausa aos 49 anos. No exame físico, ficou evidenciada massa palpável abrangendo desde abdome inferior até a região de mesogástrio. Foi solicitada então, tomografia em que notou-se um aumento no volume uterino, que apresentava aproximadamente 3700 mL, o que sugeriu diagnóstico de doença miometrial, associado a transformação sarcomatoide. Por meio do exame anatomopatológico, constatou-se a presença de sarcoma uterino cuja classificação foi pT2 pN0, associado a doença miomatosa uterina. Não possui sinais de metástase a distância. Atualmente, a paciente segue em tratamento oncológico clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de a história clínica, o exame físico, a evolução laboratorial com o marcador CA-125 e as imagens de exames complementares serem importantes para o diagnóstico, apenas a biópsia aberta dá o resultado final para a maioria dos casos. Os achados em exames de imagem para sarcoma uterino são quase idênticos aos dos leiomiomas uterinos benignos, bem como para variantes de leiomiomas atípicos. Assim, o diagnóstico de sarcoma uterino é feito frequentemente após miomectomia ou hysterectomia e frequentemente requer o exame de múltiplos locais na massa. Comumente tem sido ensinado que o crescimento rápido de uma massa uterina é um sinal de um sarcoma uterino em potencial, como no caso relatado acima e há a necessidade dessa suspeição. No entanto, deve-se saber que a maioria das mulheres com útero rapidamente aumentado ou massa uterina não tem um sarcoma.</p>	<p>OPERAÇÃO DE SERRA-DÓRIA EM PACIENTE COM ACALASIA IDIOPÁTICA GRAU II REFRAATÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO: RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Cardoso Fernandes, Giovanna Karen Colares Menezes, Nara Conceição Parente, Matheus Zaian Rodrigues de Fonseca Lira, Keyvin Alisson Nascimento Gurgel, Eugênio Alves Rolim, Annya Costa Araujo Macedo Goes, Heladio Feitosa Castro Neto</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A acalasia idiopática do esôfago é um distúrbio de motilidade esofágica causado por uma degeneração do seu plexo mioentérico, resultando em aperistalse do órgão e falha no relaxamento do Esfíncter Esofágico Inferior em resposta à deglutição. Os principais sintomas são disfagia progressiva, regurgitação, dor retroesternal e perda de peso. Ocorre com maior incidência entre os 20 e 40 anos de idade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 45 anos, relata que há cerca de 11 anos apresentou disfagia progressiva, vômitos e perda de 14 kg, sendo diagnosticada em 2015 com acalasia idiopática. Foi realizada cirurgia de Cardiomiectomia a Heller (CH), permanecendo assintomática por 6 meses, com piora gradativa dos sintomas. Em 2016, realizou dilatação endoscópica (DE) do esôfago, referindo que após 15 dias do procedimento voltou a ter disfagia e vômitos. O exame radiológico contrastado do esôfago (esofagograma) mostrou dilatação do órgão em terço distal medindo cerca de 5 cm e imagem em "bico de pássaro", compatível com acalasia grau II. Sem melhora do quadro clínico, foi admitida em Hospital de referência da Região Nordeste para nova abordagem cirúrgica, sendo submetida a Esofagocardioplastia de Serra-Dória (cardiomioplastia + gastrectomia parcial + vagotomia e reconstrução em Y de Roux) em junho de 2018. Evoluiu com fístula entérica (teste de azul de metileno positivo) e coleção intra-abdominal, sendo reabordada para lise de aderências e resutura de anastomose gastroentérica. Evoluiu bem, iniciou dieta oral concomitantemente com sonda nasointestinal, porém, apesar de boa aceitação, apresentou nova fístula com saída de secreção por drenos abdominais. Realizou então tomografia abdominal, a qual não evidenciou coleções definidas, optando-se assim por tratamento conservador através de dieta oral zero e nutrição parenteral total. Paciente foi de alta após 30 dias de internamento, com melhora significativa dos sintomas e da qualidade de vida.</p> <p>DISCUSSÃO: Vê-se, portanto, que a paciente do caso apresenta um quadro de acalasia idiopática refratária aos tratamentos inicialmente impostos. A clínica e o esofagograma revelaram sinais clássicos da doença, sendo suficientes para fechar o diagnóstico e classificar a afecção em grau II, conforme a classificação de Rezende. Sobre a terapêutica, a DE produz bons resultados a curto prazo, porém, é frequente a recidiva dos sintomas, como ocorreu com a paciente. A CH laparoscópica é considerada o tratamento de escolha para acalasia grau II, com boas repercussões clínicas a curto e longo prazo. Entretanto, mesmo sendo o procedimento de eleição, há recorrência do quadro clínico em até 15% dos pacientes. Com o advento da Esofagocardioplastia de Serra-Dória, essa cirurgia tem sido atualmente uma alternativa a pacientes com recidiva dos sintomas após cardiomiectomia e que apresentem megaeosôfago não avançado, como no caso em questão, no intuito de evitar procedimentos mais complexos, a exemplo da esofagectomia.</p>
<p>PO 346-1</p> <p>DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y-DE-ROUX COMO TRATAMENTO DE DOENÇA DO REFLUXO COM DISMOTILIDADE ESOFAGIANA POR ESCLERODERMIA</p> <p>Carlos Manoel Pedra Petto Gomes, Yasmin Duarte Bogossian, Beatriz Cunha Marendaz Rodrigues, Gerson Ricardo de Souza Domingues, André George Saul Ronay, Miguel de Miranda Gonçalves</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE - UERJ) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A esclerodermia é uma doença sistêmica autoimune do tecido conjuntivo, sendo o esôfago o segmento do trato gastrointestinal mais acometido com a prevalência de disfagia e pirose chegando a 80% dos pacientes. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) nesses pacientes geralmente é grave cursando com esofagite erosiva, estenoses e esôfago de Barrett, causada pela aperistalse do corpo somada à hipotonia do esfíncter esofágico inferior. Nos casos de falência do tratamento clínico, o tratamento cirúrgico é indicado. A funduplicatura gástrica leva à piora da disfagia em 31 a 71% dos casos devido à dismotilidade esofágica. A derivação gástrica em Y-de-Roux é a conduta antirrefluxo que cursa com menor disfagia pós-operatória quando comparado à funduplicatura, sendo o tratamento de escolha para estes casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 38 anos, portadora de esclerodermia e lúpus eritematoso sistêmico diagnosticados há 24 anos, em uso regular de hidroxiquina e prednisona. Há 20 anos, iniciou quadro de pirose e disfagia progressivas sem perda ponderal. Endoscopia digestiva alta demonstrou pequena hérnia de hiato, esofagite péptica grau D de Los Angeles complicada com estenose, apesar do uso de 80mg/dia de pantoprazol. Manometria esofágica evidenciou hipotensão acentuada do esfíncter esofágico inferior e aperistalse de corpo esofágico. Realizada derivação gástrica em Y-de-Roux videolaparoscópica sem intercorrências e com melhora completa dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de ser indicada no tratamento da DRGE, a funduplicatura não é uma boa opção para pacientes com esclerodermia, pois evolui com altas taxas de disfagia e recidiva do refluxo. Para esses pacientes, a derivação gástrica em Y-de-Roux surge como alternativa que comprovadamente trata o refluxo sem promover piora da disfagia. No caso apresentado, demonstramos que a derivação gástrica videolaparoscópica em paciente com esclerodermia com falência de tratamento clínico é alternativa segura para estes pacientes, com melhora clínica significativa. Todavia, ainda são necessários estudos prospectivos e randomizados sobre o tema.</p>	<p>PO 346-2</p> <p>MIOFIBROBLASTOMA: UM NODULO MAMARIO RARO</p> <p>Luan Pinheiro Domingues Moreira, José Pereira Guará, Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos, Isabella Caldas Bastos, Leticia Castro Freire, Mateus Guimarães Benvindo, Renata Dionísio Nunes de Oliveira</p> <p><i>Universidade CEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O miofibroblastoma é um raro tumor benigno que pode acometer vários sítios, entre eles a mama. Possui origem mesenquimal e na maioria das vezes acomete pacientes do sexo masculino entre a sexta e oitava década de vida. Há em torno de 80 casos descritos na literatura, o primeiro em 1987. Sua etiologia e patogênese são incertas e sua incidência aumentou nos últimos anos no sexo feminino devido a realização das mamografias de rastreio para o câncer de mama. O diagnóstico é feito pela análise anatomopatológica e possui como tratamento proposto a ressecção cirúrgica, possuindo baixa taxa de recorrência e não tem características invasivas para outros órgãos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 61 anos, G7P7A0, primeira gestação aos 17 anos, amamentou por 1 ano, menopausa aos 48 anos, diabética tipo II, hipertensa, com hipoparatiroidismo, sem histórico familiar de câncer de mama ou ovário. Há 3 anos identificou nódulo palpável em mama esquerda. Ao exame físico: fossas, axilas e mama direita livres; mama esquerda com nódulo móvel e elástico de 1,4cm em quadrante superior lateral. Realizou mamografia em 21/02/2018 que caracterizou o nódulo como tenuamente irregular, BIRADS 0, também visualizado em mamografias prévias (2016 e 2017). Ultrassonografia das mamas realizada em 24/02/2018 observou nódulo irregular de mama esquerda, BIRADS 4. O estudo anatomopatológico de core biopsy realizada em 30/05/2018 descreveu proliferação fusocelular de baixo grau. Submetida a cirurgia de setorectomia em mama esquerda em 02/08/2018, cujo estudo anatomopatológico evidenciou miofibroblastoma com margens cirúrgicas livres. Seguimento ambulatorial sem recorrência até o momento e cicatriz periareolar de bom aspecto.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato destaca-se pela sua raridade e frisa a importância da realização do estudo anatomopatológico para um diagnóstico diferencial com o câncer de mama, tendo programação cirúrgica de caráter curativo.</p>

<p style="text-align: center;">PO 347-1</p> <p>ESOFAGITE NECROSANTE AGUDA – RELATO DE CASO</p> <p>Shuaib Houssam El Boustani</p> <p><i>Universidade Cidade de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A esofagite necrosante aguda (ENA) é um caso raro e que foi citado pela primeira vez por Goldman em 1990¹, sendo de causa multifatorial e com sua etiologia ainda desconhecida. Tem-se observado algumas patogêneses como isquemia, trauma, mecanismos infecciosos com maior incidência. Uma série retrospectiva de casos de endoscopia demonstrou que a prevalência de ENA varia de 0,001 a 0,2%. Os homens são quatro vezes mais propensos a serem afetados do que as mulheres. A mortalidade global se aproxima de 32%.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 52 anos de idade deu entrada no pronto socorro do serviço do Hospital Geral de Guarulhos apresentando quadro de hematêmese volumosa e instabilidade hemodinâmica. Apresentava como antecedentes Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão, etilismo crônico e tabagismo. Submetido a uma endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência, na qual foi evidenciado necrose esofágica distal aguda.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica típica é o sangramento gastrointestinal superior manifestada por hematêmese (presente em 70% dos pacientes com ENA). Outros sintomas incluem disfagia, dor epigástrica e dor torácica. A ENA é uma entidade rara e que possui etiologia ainda desconhecida. O desenvolvimento da doença geralmente traz um mau prognóstico e o objetivo da terapia deve ser direcionado ao tratamento das doenças de base.</p>	<p style="text-align: center;">PO 347-2</p> <p>LEIOMIOMA VULVAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>PAMELA MAYANNA ROLIM, FERNANDA SOUZA, LUCIANO SILVEIRA PINHEIRO, FRANCISCO DAS CHAGAS MEDEIROS, ALUISIO MORAES DA SILVA NETO, EDUARDO CAPUANO NERY</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA - FORTALEZA - Ceara – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As tumorações de origem muscular lisa são relativamente comuns em mulheres, afetando 20 a 40% destas em suas apresentações benignas uterinas, os leiomiomas, porém, com baixas apresentações atípicas (0,5-1%). No entanto, apresentações tumorais vulvares – especialmente na região das glândulas de Bartholin – de variedades histológicas semelhantes aos leiomiomas são raros, e costumam ser confundidas com tumores benignos, atrasando o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 38 anos, relata presença de nodulação em parede vaginal direita há 7 anos. Relata episódios inflamatórios com intervalos de 2 a 3 meses e duração média de 4 dias, com sinais flogísticos. Informa crescimento progressivo e incomodo ao sentar-se; nega secreção e prurido. História de IST não especificada há 6 anos; exame de citologia oncológica sem alterações. Ex-tabagista, em uso de anticoncepcional combinado oral. Ao exame físico, presença de nodulação para-uretral à direita, de aproximadamente 6x5cm. Submetida a tratamento cirúrgico de marsupialização de glândula de Bartholin à direita, com exérese de tumor hemivulvar. Exame macroscópico da peça: nódulo sólido, brancacento, firme, medindo de 5,3 x 4,0 x 3,0 cm, com superfície compacta e fasciculada. Exame histológico corado em HE revelou células fusiformes entrelaçadas em eixos de 90°, com núcleos charutóides de bordos rombos, sendo observada 1 mitose em 50GCA, sem atipias ou necrose, concluindo grau incerto de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Os leiomiossarcomas em região perineal e áreas adjacentes, tais quais a vulva, representam patologias de possibilidades agressivas, no entanto não possuem tratamento cirúrgico mais adequado bem definido. Surgem a partir do tecido muscular liso de vasos, tecidos eréteis, músculos eretores de pelos ou ligamentos redondos. Sintomas inespecíficos incluem prurido e vermelhidão, e geralmente possuem crescimento lento e indolor. Os critérios diagnósticos para o leiomiossarcoma incluem: tamanho (acima de 5 cm), características das margens (infiltrações), taxas de mitose e atipias citológicas. Embora consideravelmente raros, devem ser observados seus diagnósticos diferenciais com leiomiomas, fibrossarcoma protuberante, tumor estromal gastrointestinal, melanoma sarcoma indiferenciados, entre outros. A importância da definição de um tratamento profilático é buscar a melhora curativa das lesões, a redução de reincidências e melhor resultado estético.</p>
<p style="text-align: center;">PO 348-2</p> <p>FIBROTECOMA: A PROPOSITO DE UM CASO INCOMUM</p> <p>ALUISIO MORAES DA SILVA NETO, FRANCISCO DAS CHAGAS MEDEIROS, MARCELA de ALENCAR coelho neto, EDUARDO CAPUANO NERY, FRANCISCO ALBERTO REGIO DE OLIVEIRA, CLETO DANTAS NOGUEIRA, RAFAEL COSTA LIMA MAIA, LUCIANO SILVEIRA PINHEIRO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fibrotecoma ovariano é tumor raro, que tem origem em células do estroma gonadal (3-4% dos tumores de ovários). Predomina em mulheres no climatério e raramente é maligno</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 26 anos, com menometrorragia associada a dor em cólica e abaulamento abdominal. O exame físico detectou massa em hipogástrico e fossa ilíaca esquerda, 14 cm acima da sínfise púbica, de contornos regulares, endurecida, fixa e dolorosa à palpação. A US transvaginal evidenciou imagem anexial à direita, heterogênea, de 12 x 9 x 9,9 cm. CA-125: 28,3 U/l. Foi laparotomizada. A macroscopia mostrou ovário esquerdo de superfície externa boleada, medindo 9,5 x 8,0x 6,0 cm e pesando 250g; aos cortes, cavidades com áreas mixóides em meio a focos hemorrágicos, medindo 9,9 cm. Microscopia: neoplasia pouco diferenciada, podendo corresponder a tumor de células da granulosa ou fibrotecoma. A imunohistoquímica para inibina foi positiva em ocasionais células; alfa-actina positiva em ocasionais células e Ki-67 positivo em 2% das células. Com base na morfologia, o quadro é compatível com fibrotecoma (a pequena expressão ou negatividade dos marcadores estudados ajuda a afastar o diagnóstico de tumor de células da granulosa).</p> <p>DISCUSSÃO: Fibrotecoma é um subgrupo dos tumores da teca-granulosa, em geral assintomáticos e incidentais em exames de imagem. Apesar de raro, deve ser considerado em mulheres com massa pélvica unilateral e sangramento uterino, sobretudo na pós-menopausa. O diagnóstico diferencial de fibrotecoma inclui leiomiomas pediculados e intraligamentares e disgerminoma, tumor de Brenner e tumor de células da granulosa. Apresenta-se como tumor sólido com contornos suaves, alguns contendo poucos e pequenos espaços císticos. Histologicamente, são caracterizados por células fuso-ovais ou redondas, que formam quantidades variáveis de colágeno e pequena população de células da teca com lipídio intracelular. A imunohistoquímica pode ajudar a diferenciá-los de tumor de células da granulosa, que apresenta positividade para marcadores como inibina, CD99 e vimentina. Na maioria das vezes são benignos e de bom prognóstico. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. A importância de diferenciá-lo do tumor de células da granulosa se deve ao maior potencial de malignidade deste último.</p>	<p style="text-align: center;">PO 349-1</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO MEDIO-ESOFAGICO POR TORACOSCOPIA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Amanda Alessi Fernandes MELO, Mauricio Alves RIBEIRO, Caroline Petersen Costa FERREIRA, Sansiro DE BRITO, André Soares GALLO, Elisa Maria Camargo ARANZANA</p> <p><i>Hospital e Maternidade São Cristóvão - São Paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os divertículos esofágicos são classificados quanto a localização, composição de sua parede e etiopatogenia. Os divertículos médio-esofágicos são afecções raras e pouco descritas na literatura. A maioria dos pacientes é assintomática e a indicação de tratamento cirúrgico se restringe àqueles com manifestações clínicas importantes ou divertículos de grandes dimensões. Atualmente, existe uma discussão pertinente sobre o melhor acesso cirúrgico, porém ainda sem consenso na literatura. Também não há conformidade sobre a diverticulectomia isolada ou associada a técnicas de correção de dismotilidade esofágica, embora a segunda pareça ser mais advogada. Este relato de caso tem como objetivo melhorar o manejo baseado em evidências do paciente portador dessa afecção, à medida que busca ampliar a literatura disponível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 71 anos, portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial, procurou atendimento com queixa de disfagia, há cerca de 1 ano, acompanhada de regurgitação. Exame clínico sem alterações. Realizada investigação diagnóstica com endoscopia digestiva alta, tomografia de tórax e EED, que evidenciaram divertículo em parede lateral direita do esôfago, medindo cerca de 5,8 x 3,5cm e peristaltismo esofágico preservado. Prosseguida avaliação pré-operatória, sendo a paciente liberada como ASA II, por comorbidades e distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Submetida a tratamento cirúrgico laparoscópico, com diverticulectomia isolada, realizada com grameador linear laparoscópico, em posição prona e com intubação seletiva, além de drenagem em selo d'água do hemitórax direito. Paciente realizou pós-operatório imediato onde permaneceu por 48h. Recebeu nutrição parenteral exclusiva por 10 dias, quando foi liberada dieta via oral, após teste com azul de metileno sem extravasamento pelo dreno. Retirado dreno no 12º PO e alta hospitalar no dia seguinte. Seguimento ambulatorial com 1, 3 e 12 meses, sem sinais de recidiva e assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos divertículos médio-esofágicos apresenta-se classicamente como divertículo verdadeiro. Neste caso, o resultado da avaliação anatomopatológica do espécime revelou tratar-se de divertículo falso. Em relação à clínica, a paciente era sintomática (minoria dos casos) e relatava dois dos sintomas mais comuns: disfagia e regurgitação. Quanto à técnica cirúrgica, pode-se realizar diverticulectomia isolada ou associada a técnicas para correção de dismotilidade esofágica. Alguns trabalhos sugerem que a primeira técnica esteja relacionada a maior taxa de recidiva, o que não foi constatado neste caso, até 1 ano de seguimento. Por fim, apesar do estabelecimento das técnicas minimamente invasivas, a toracotomia ainda é uma abordagem utilizada e a presença de distúrbio ventilatório apresenta contra-indicação relativa para toracoscopia. Apesar de a paciente apresentar distúrbio ventilatório leve, foi optado pela toracoscopia, e tanto o intra-operatório quanto o PO transcorreram sem intercorrências.</p>

PO 349-2	PO 350-1
<p>APENDICECTOMIA IMEDIATA – INTRA PARTO</p> <p>Carlos Henrique FERREIRA Santos, FLAVIA CAMPOS QUINTÃO, VIVIAN REGINA SANTOS BIANCHI, CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL, MARINA NEVES ROCHA, JOAO CARLOS DE SOUZA SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL BELO HORIZONTE / FCMGM - BELO HORIZONTE - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apendicite aguda é a doença cirúrgica não obstétrica mais comum da gravidez e pode ocorrer em qualquer idade gestacional. O seu diagnóstico frequentemente é tardio, o que pode acarretar alto índice de perfuração e complicações. O retardo no diagnóstico leva a intervenções cirúrgicas tardias, constatando-se elevadas taxas de perfuração apendicular e peritonite, aumentando os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal. Assim, o diagnóstico e a cirurgia precoces são vitais para minimizar a ocorrência de complicações. O aforisma de que "a mortalidade da apendicite na gestante é a mortalidade da demora" permanece ainda atual.</p> <p>RELATO DE CASO: DSP Gestante de 37 semanas e 5 dias, múltipara, gestação previa há 2 anos (cesárea) veio ao Hospital de alto risco para acompanhamento semanal com Ultrassonografia (US) de feto CIUR, oligohidramnio e há 2 semanas com as queixas de perda de apetite, 1 episódio aferido de febre e uma cólica leve persistente., sendo sinais clínicos não investigados. Ao retornar com US foi diagnosticado ausência de líquido amniótico, sem outras queixas no momento. Sendo indicado cesariana de urgência. No ato cirúrgico após retirada do feto, limpeza da cavidade, avaliação das estruturas uterina, nos deparamos com o apêndice empastado e com processo inflamatório. Chamado a equipe de cirurgia e realizado a apendicectomia imediata. Procedimento realizado com sucesso. Realizado antibioticoterapia no período de puerpério fisiológico e Alta após 48h.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite manifesta-se, em geral, com anorexia, náuseas e vômitos, febre, dor epigástrica ou periumbilical, com posterior localização na fossa ilíaca direita. No puerpério imediato, pode cursar com poucas manifestações clínicas, na maioria das vezes ocorrendo distensão abdominal e dor difusa, devido à peritonite, com ténues sinais de irritação peritoneal que não são valorizadas. O emprego do US para o diagnóstico de apendicite aguda apresenta taxas de sensibilidade e especificidade elevadas, principalmente no segundo e terceiro trimestres gestacionais. A apendicectomia laparoscópica na gravidez revelou-se um procedimento seguro, que possibilita uma recuperação pós-operatória mais rápida e sem evidências de que interfira com o curso da gestação. Entretanto, estudos com maior número de casos são necessários para estabelecer o seu real valor.</p>	<p>MEDIASTINITE EM DECORRENCIA DE TRATAMENTO DE FISTULA EM GASTRECTOMIA VERTICAL: RELATO DE CASO</p> <p>Thomás Soares Guedes, Gustavo Henrique Ribeiro Costa, Paloma Morcourt Diniz Silva, Caio Márcio Miranda Filho, Alessandro Peixoto Araújo, Flávio Coelho Ferreira</p> <p><i>Universidade Católica de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Em todo procedimento cirúrgico, o paciente estará em risco de complicações. Ao se submeterem a uma cirurgia bariátrica podem estar sujeitos a peritonites, herniações, mediastinites. O problema se agrava quando ocorre alimentação após o procedimento. O transtorno compulsivo alimentar eleva o risco de ruptura da linha de grampo cirúrgico, gerando vazamento de líquido para o peritônio, causando inflamação.</p> <p>RELATO DE CASO: D.B.F., 30 anos, mulher, branca, natural de Recife. Foi realizado Gastrectomia Vertical, tendo alta hospitalar após 2 dias. Após alta, ela relatou dores e aumento de volume abdominal após ingestão de alimentos triturados. Foi medicada, apresentando melhora, e realizado TC de tórax e abdome, a qual indicou pequeno derrame pleural bilateral, pneumoperitônio e líquido livre nas goteiras parietocólicas. Encaminhada à UTI, iniciou antibioticoterapia. No dia seguinte, realizou endoscopia, indicando líquido de estase biliar em esôfago e fistula gástrica de pequeno calibre no ângulo de His. Realizado colocação de prótese esofágica metálica autoexpansível parcialmente recoberta e uma cirurgia para drenagem de abscesso. Ela permaneceu em UTI por 3 dias, em uso de ATB, com boa evolução e alta. Retornou após 4 dias com quadro de icterícia e febre. A USG de abdômen revelou espessamento da vesícula e líquido livre na cavidade. Foi iniciado antibioticoterapia e 5 dias depois, realizado colecistectomia. Encaminhada para retirada da endoprótese, transcorrendo sem problemas. Porém, após o procedimento apresentou quadro de hematêmese e sensação de corpo estranho na boca. Foi constatado eversão total da mucosa esofágica pela cavidade oral, realizando-se uma endoscopia para colocação da mucosa evertida para o lúmen esofágico e fixação com endoclips metálicos. Transferida para UTI, foi solicitada TC de tórax e abdome e diagnosticando mediastinite. Foi realizado uma mediastinoscopia que ocorreu sem intercorrências. Evoluiu com melhora lenta, fazendo uso de antibiótico. Foi relatado pela equipe de enfermagem que ela ingeriu alimentos sólidos na véspera da retirada da prótese. Após 10 dias foi realizada dilatação hidroestática com balão de 10 mm e repetido dias depois. Ela recebeu alta hospitalar no 21º, seguindo em acompanhamento ambulatorial para realizar endoscopias e dilatações semanais.</p> <p>DISCUSSÃO: É fundamental pesquisar a presença de Compulsão Alimentar Periódica, visto que pode comprometer o resultado cirúrgico. Burlar a restrição alimentar gerou a total eversão da mucosa esofágica, necessitando de pronto tratamento para evitar que a mediastinite resultante leve o paciente a óbito. Nesses casos, a relocação e proteção da mucosa com próteses metálicas são indicadas. Porém, o tratamento endoscópico não é isento de complicações que podem ser severas pela própria natureza da endoscopia e da endoprótese. Nesse caso, a evolução foi lenta, mas obteve-se êxito, tendo a paciente recebido alta do tratamento com deglutição totalmente restabelecida e cirurgia gástrica sem comprometimento.</p>
<p>PO 351-1</p> <p>RECIDIVA DE HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRATADA COM COLOCAÇÃO DE TELA: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Fernando Fontes Souza, Leonardo Augusto Lima Farias, Ana Virginia Ferreira Figueira, Adriano Pamplona Torres, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico é um dos procedimentos mais realizados dentro do campo da cirurgia do aparelho digestivo. Existem fatores que complicam a realização deste procedimento, tais como a presença de aderências ocasionadas por cirurgias prévias, herniação paraesofágica do fundo gástrico, presença de volvo gástrico e um hiato esofágico de dimensões muito aumentadas, com necessidade de colocação de tela para o seu adequado fechamento. Relatamos o caso de uma paciente de 68 anos que possuía todos esses fatores complicadores da cirurgia, ressaltando o potencial de complexidade do tratamento da hérnia hiatal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 68 anos, sexo feminino, portadora de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) bastante sintomática, com endoscopia digestiva alta (EDA) demonstrando esofagite grau D da classificação de Los Angeles, e melhora apenas parcial dos sintomas com o uso de inibidores de bomba de prótons. Foi submetida a fundoplicatura esôfago-gástrica com confecção de válvula de 360 graus à Nissen-Rossetti, por videolaparoscopia. Durante a cirurgia foi visualizada hérnia hiatal mista, com componente de deslizamento e paraesofágico, e houve dificuldade na mobilização do fundo gástrico, sendo visualizado hiato esofágico bastante alargado, e então realizado o fechamento parcial do mesmo com pontos separados de fio de sutura inabsorvível. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem disfagia significativa e controle completo dos sintomas de DRGE sem a necessidade do uso de inibidores de bomba de prótons. Após 5 anos, começou a apresentar sintomas importantes de dor epigástrica, náuseas e vômitos, associados à alimentação. Realizou nova investigação com EDA que demonstrou ausência de esofagite, porém presença de volvo gástrico (desfeito durante o exame) e volumosa hérnia hiatal paraesofágica. Realizou tomografia computadorizada, que demonstrou a herniação de quase todo o estômago (sendo poupada apenas a parte distal do antro e o piloro) através do hiato esofágico, volvo gástrico mesentérico-axial e válvula da cirurgia prévia também herniada para o mediastino. Foi optado então por nova abordagem laparoscópica, sendo desfeitas aderências da cirurgia prévia, ressecado volumoso saco herniário e realizada redução do estômago, esôfago abdominal e grande parte do omento maior que se encontravam no mediastino. Foi então colocada tela protética de dupla face, fixada ao diafragma com pontos de fio inabsorvível, com redução no diâmetro do hiato esofágico. Por fim, foi confeccionada nova válvula anti-refluxo 360 graus com o fundo gástrico e realizada gastropeixia. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com alta no 2 dia pós-operatório, sem novos sintomas de dor ou disfagia.</p> <p>DISCUSSÃO: A correção de defeitos volumosos do hiato esofágico tem sido feita de forma mais segura com o uso de telas protéticas de dupla face, que permitem ao cirurgião ajustar o diâmetro ideal da passagem do esôfago pela mesma.</p>	<p>PO 351-2</p> <p>IMPORTANCIA DO PET CT NA DEFINIÇÃO DA CONDUTA CIRURGICA DO CANCER DE MAMA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Maria Beatriz Aguiar Chastinet, Aleska Da Silva Marreiro, Lucas Pinheiro Brito, Maria Clarisse Alves Vidal, Ana Debora Ribeiro Amorim, Larissa Feitosa Cavalcante, Marina Ximenes Vieira Farias, José Erialdo Da Silva Junior</p> <p><i>Centro Universitario INTA - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O PET, que significa tomografia por emissão de pósitrons, é um exame de diagnóstico por imagem que utiliza uma glicose marcada com FDG-18F para avaliação de órgãos e tecidos, em especial os tumores malignos. O PET-CT pode confirmar uma suspeita, determinar a extensão da doença e o melhor local para uma eventual biópsia; indicar ou contraindicar uma possível cirurgia para a retirada do tumor ou avaliar a resposta ao tratamento quimioterápico entre outras indicações.</p> <p>RELATO DE CASO: R.G.N, feminino, 54 anos, deu entrada no consultório médico em março de 2017, após perceber uma massa na mama direita, foi submetida a ultrassonografia com diagnóstico normal e uma mamografia referindo assimetria focal no quadrante superior lateral da mama direita, não visto na mamografia de 1 ano porque o exame foi inconclusivo (BIRADS 0). Em seguida realizou uma biópsia por agulha grossa de área classificada como BIRADS 4 na magnificação de área suspeita. A biópsia revelou carcinoma ductal invasivo e nos exames de Estadiamento, a tomografia de tórax identificou nódulos no pulmão suspeitos de metástase, o que seria um divisor de águas no tratamento da paciente e lesão no corpo da vértebra. Após estes achados, foi realizado a PET-CT para detectar a possibilidade de malignidade e completar o estadiamento. O PET-CT revelou apenas malignidade para a massa da mama direita, tornando improvável o câncer metastático pulmonar pela não marcação. Seguiu-se o tratamento com mastectomia simples à direita, juntamente com a retirada de linfonodo axilar direito aumentado de tamanho num achado incidental e não apontado pelo PET-CT. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial e sem sintomas ou intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Independentemente do tipo de tumor, o diagnóstico preciso é fundamental para indicar a melhor intervenção e consequentemente aumentar as chances de cura, algo que é vital em um cenário com aumento de casos como o estimado. Como já foi citado, uma das ferramentas disponíveis hoje para isso é o PET/CT que notoriamente, assumiu um papel essencial no combate ao câncer, obtendo maior resolução anatômica dos órgãos e tecidos humanos do caso supracitado. O diagnóstico teve importante impacto na conduta terapêutica, já que um dos benefícios do PET/CT é definir de forma precisa o estágio da doença no organismo. Isso ajudou no direcionamento do tratamento e, consequentemente, no alcance de melhores resultados e aumento da sobrevida da paciente. A ausência de captação afastou a possibilidade de neoplasia e apenas captando na mama afetada pelo câncer. Com isto, estava indicada a mastectomia direita simples e exérese de linfonodomegalia axilar direita encontrada durante a cirurgia.</p>

PO 352-1	PO 352-2
<p>SÍNDROME DE BOERHAAVE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>HENRIQUE GUIDO DE ARAÚJO, PEDRO TADEU ALVARES COSTA CAMINHA DE AZEVEDO, THIAGO GUIMARÃES VILAÇA, DANIELLA BANDIM CRUZ, RAFAEL CLARK GOMES</p> <p><i>Faculdade Pernambucana de Saúde - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Boerhaave é a perfuração esofágica espontânea, acometendo, na maioria das vezes, o segmento distal posterior esquerdo do esôfago, causada por aumento da pressão intraluminal deste órgão. Considerando sua fisiopatologia, a maioria dos pacientes apresenta, como sintomatologia inicial, a Tríade de Mackler: vômitos, dor torácica e enfisema subcutâneo. Trata-se de uma condição clínica rara, retardando o diagnóstico, e grave, em virtude da sua rápida evolução para sepse, acarretando elevada taxa de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 69 anos, com história de DPOC e hérnia hiatal, apresentou dor em hemitórax esquerdo à inspiração e dispnéia, após 10 horas de quadro de pirose e vômitos incoercíveis. O estudo radiológico de tórax evidenciou derrame pleural à esquerda, sendo realizada drenagem torácica, com saída de líquido fétido e purulento, cujo estudos bioquímico e microbiológico aventaram hipótese de pneumonia. Antibióticoterapia empírica foi iniciada. Após 12 dias de hospitalização, paciente relata saída de resíduo alimentar pelo dreno torácico, sugerindo fístula esôfago-pleural, confirmada por tomografia de tórax com contraste oral e endoscopia digestiva alta, que revelaram orifício fistuloso de 1,5cm em trecho distal da parede lateral esquerda. Mantida conduta conservadora devido à estabilidade do quadro e ao diagnóstico da fístula com tempo superior a 48 horas. Entretanto, durante internamento, paciente evoluiu com sepse e veio a óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Boerhaave apresenta manifestação clínica a depender da localização da perfuração esofágica e do tempo decorrido até o diagnóstico e tratamento adequado. Como em 90% dos casos a perfuração ocorre no segmento distal do esôfago, a sintomatologia, na maioria dos pacientes, é representada pela Tríade de Mackler. Entretanto, a Tríade de Mackler pode estar ausente em 20% dos casos, e a Síndrome de Boerhaave também pode cursar com sintomatologia inespecífica. Além disso, apesar de a perfuração esofágica espontânea ter fisiopatologia bem conhecida, relacionada ao aumento da pressão intraluminal do esôfago, a Síndrome de Boerhaave também pode desenvolver-se na ausência dos fatores predisponentes clássicos. Tais fatos dificultam o diagnóstico precoce desta condição que, apesar de rara, representando apenas 15% das perfurações esofágicas, é grave, pela rápida evolução para sepse. Apresenta taxa de mortalidade em torno de 40%, podendo atingir cerca de 80%, se não diagnosticada e tratada nas primeiras 48 horas após o início da sintomatologia, o que influencia, também, na escolha da conduta terapêutica - conservadora, endoscópica ou cirúrgica - e, conseqüentemente, no desfecho do caso. Dentro dessa perspectiva, a Síndrome de Boerhaave é uma das hipóteses diagnósticas a ser aventada em casos que apresentem associação de sintomatologia gastrointestinal e respiratória, sendo ponderada, então, realização de diagnóstico diferencial diante de um quadro de dor torácica.</p>	<p>RELATO DE CASO: HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA NODULAR GIGANTE DAS MAMAS</p> <p>Marina Lima do Vale, Amílcar Alves Assis, Rafael Sanches Ferreira, Kailhany Alves Pinto, Abel de Castro Vieira, Mylena Kerolaine de Aquino Silva, Paula de Souza Pereira, Karla de Sousa Correia</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hiperplasia Estromal Pseudoangiomasitosa Difusa (PASH) consiste em lesão proliferativa benigna da mama, rara, caracterizada pela existência de lagos pseudo-vasculares incrustados em grande proliferação do estroma mamário. Pode se apresentar, raramente, como gigantomastia com ou sem massa palpável. É tipicamente diagnosticado em mulheres em idade fértil, sendo na maioria das vezes um achado histopatológico casual em espécimes cirúrgicos e biópsias mamárias realizadas por outra patologia. O principal diagnóstico diferencial é angiossarcoma de baixo grau. O tratamento consiste em exérese cirúrgica da lesão com margem e, em alguns casos, mastectomia. O prognóstico é excelente, mas com risco de recorrência de 22%.</p> <p>RELATO DE CASO: RJS, 28 anos, casada, procedente de BH, sem comorbidades, percebeu nódulos em mamas há cerca de dois anos, com crescimento acentuado após gestação, principalmente da mama esquerda nos últimos 4 meses. O estudo mamográfico identificou esboços nodulares em mamas e presença de parênquima fibroglandular compatível com gigantomastia, sendo os mesmos achados da ecografia mamária. Teve menarca aos 12 anos, G2P2A0, nunca fez uso de anticoncepcionais hormonais. Nega etilismo, tabagismo e história familiar de câncer de mama e ovário. Ao exame físico, aumento importante e disuso das mamas, principalmente à esquerda, com palpação de áreas nodulares bilaterais. Realizada biópsia por agulha grossa, cujo anatomopatológico evidenciou tecido mamário com edema estromal difuso, unidades lobulares de aspecto usual e ausência de malignidade. Diante dos achados, a paciente foi submetida à Mastoplastia Redutora Bilateral + Nodulectomia Bilateral em 06/2018. O anatomopatológico da cirurgia mostrou tratar-se de Hiperplasia Estromal Pseudoangiomasitosa Difusa. Após 3 meses, paciente evoluiu com crescimento de mama direita sem nódulo palpável, sendo submetida novamente a nodulectomia em mama direita e mastoplastia redutora. Segue em acompanhamento com a Mastologia.</p> <p>DISCUSSÃO: Por ter como diagnóstico diferencial o angiossarcoma e dada a importante deformidade anatômica e as altas taxas de recidivas do quadro em questão, faz-se necessário que a equipe médica assistente faça o correto e rápido diagnóstico, para que condutas mais conservadoras sejam a primeira escolha.</p>
<p>PO 353-1</p> <p>MIGRAÇÃO DE PLACA DE ARTRODESE CERVICAL PARA DIVERTÍCULO DE ZENKER-RELATO DE CASO</p> <p>MARIA EDUARDA MARQUES MORENO, ANA CAROLINA ANDRADE CANUT, WILLY PETRINI SOUZA, GABRIEL MORETTO SANDRI</p> <p><i>gastromed - S PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Zenker (DZ) consiste numa desordem caracterizada pela protrusão da hipofaringe posterior numa região de fragilidade anatômica do esôfago. A incidência do DZ aumenta com a idade, assim, é uma doença que acomete principalmente homens, após os 60 anos. Por ser composto apenas de mucosa e tecido areolar adjacente é considerado um falso divertículo. O presente trabalho relata um caso de migração de placa de artrodeose cervical para a luz do DZ.</p> <p>RELATO DE CASO: M.R.V., 78 anos, masculino, em pós operatório tardio de artrodeose cervical apresentou disfagia progressiva para sólidos e alimentos pastosos, com esforço para deglutir. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou divertículo falso em esôfago proximal com migração de prótese de coluna cervical e cliques metálicos para sua luz, além de extravasamento de meio de contraste no esôfago proximal, ao nível da prótese, para a região cervical/mediastinal superior esquerda, caracterizando o trajeto fistuloso. Paciente foi submetido a diverticulotomia com retirada da placa cervical e gastrostomia videolaparoscópica. Paciente evoluiu bem com alta no terceiro pós operatório, se alimentando via gastrostomia e dreno cervical de débito seroso.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento do DZ consiste, principalmente, em cirurgia. Não há um consenso acerca da melhor abordagem para a sua correção. Algumas das técnicas empregadas atualmente são: cricomiectomia isolada ou associada à ressecção, diverticulotomia isolada, diverticulopexia isolada, ressecção endoscópica com gramepeador. No caso em questão, após a retirada de placa metálica, visualizou-se o esôfago distal que apresentava fibrose e processo inflamatório local. Optou-se então por uma diverticulotomia com rafia. Além disso, realizou-se uma gastrostomia videolaparoscopia para nutrição do paciente no pós operatório.</p>	<p>PO 355-1</p> <p>CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO EM CICATRIZ PREVIA DE DIVERTICULECTOMIA DE ZENKER</p> <p>Marcus Vitor Nunes Lindote, Fellipe Guilherme Mann, Alice Corrêa Lunedo, Rayssa Marquesa Avila, Bruno Durante Alvarez, Cassia Hideko Nagaya, Ricardo Lima Lopes, João Felipe Frederici de Almeida</p> <p><i>Hospital Sugisawa - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O divertículo de Zenker, descrito pela primeira vez por Ludlow em 1767, é uma formação sacular com herniação da mucosa e submucosa através de uma área denominada triângulo de Killian, representado pela fragilidade entre as fibras transversas do músculo cricofaríngeo e as fibras oblíquas do músculo constritor da faringe. Sua patogênese é atribuída à pressão crônica na área fragilizada decorrente de dois eventos principais, alta pressão de bolo alimentar e resistência ao engolir devido à anormalidades do esfíncter esofágico inferior. Manifesta-se usualmente em homens, com cerca de 60 anos de idade, mas já foi descrito em crianças. Sua sintomatologia varia conforme o diâmetro do divertículo, podendo causar aspiração pulmonar, retenção de alimento, mal hálito, massa no pescoço e disfagia. Em casos extremos, pode levar à completa obstrução esofágica. O diagnóstico se dá através da seriografia, que pode ser complementado com manometria para avaliação de distúrbio motor concomitante. O tratamento preferencial se dá por endoscopia, quando há profissional habilitado. Exceções se dão nos pacientes jovens com divertículo de base larga.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 62 anos, sem comorbidades, deu entrada em nosso serviço de pronto-atendimento com queixa de engasgo com espinho de peixe há 30 minutos. Negou disfagia prévia, ou outros episódios semelhantes. Relatou que há 6 anos realizou diverticulotomia de Zenker, ao qual não houve intercorrências no período que seguiu. Ao exame físico, notou-se incisão de cervicotomia esquerda compatível com o procedimento reportado. Durante exame de endoscopia digestiva alta, imediatamente acima do músculo cricofaríngeo, observou-se retração cicatricial com corpo estranho em seu interior, medindo cerca de 15 mm, com friabilidade e coágulos adjacentes. Foi realizado sua retirada com pinça Raptor sem intercorrências. Imediatamente após o procedimento houve melhora sintomática do paciente. Esta seguiu em observação por um período de 12 horas, ao qual manteve-se assintomática, recebendo alta após.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de corpo estranho esofágico é uma urgência médica e deve ser abordado por endoscopia, ou laringoscopia se acima do cricofaríngeo. O caso apresentado apresenta um quadro raro na qual um espinho de bacalhau impactou em retração cicatricial prévia. A abordagem terapêutica foi um sucesso e não houve dano ao paciente. Não há relatos similares na literatura.</p>

PO 356-1	PO 357-1
<p>ATRESIA DE ESÓFAGO COM FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA DISTAL: CORREÇÃO CIRÚRGICA</p> <p>Yago José Fagundes Freitas, Naiza Murielly Pereira Borges, José Elias Rodrigues Souza Scaff, Rafael Somma Araújo, Nathália Carvalho Moreira, Kaio César Martins Silva, Olegário Indemburgo da Silva Rocha Vidal, Guilherme Nassif Corrêa</p> <p><i>UniEvangélica - Anapólis - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A atresia esofágica (AE) e a fístula traqueoesofágica (FTE) são malformações que decorrem da separação defeituosa do esôfago e da traqueia, que ocorre entre a 5ª e 7ª semana de gestação. Essa patologia é causada pela formação incompleta do esôfago tubular, associado ou não à comunicação com a traqueia. É caracterizada por um quadro clínico particular, no qual o recém-nascido (RN) apresenta dificuldades ao deglutir, eliminação de secreção abundante e aerada derivada do acúmulo de saliva no fundo cego esofágico e crises de cianose intermitentes, principalmente após a mamada. Segundo a classificação de Gross, existem 5 tipos de AE/FTE: atresia pura (A), fístula proximal com atresia distal (B), atresia proximal com fístula distal (C), fístula proximal e distal (D), fístula traqueoesofágica sem atresia esofágica e fístula tipo H (E).</p> <p>RELATO DE CASO: RN H.G.A.S., masculino, sem complicações gestacionais, nasceu no município de Anápolis-GO de parto cesáreo com idade gestacional de 39 semanas, 2930g, 48cm e APGAR de 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto. Iniciou a amamentação após o parto, seguida de eliminação do leite materno com secreção espumosa e translúcida. Devido à não aceitação da dieta pelo RN houve a tentativa malsucedida de passagem de sonda nasogástrica para drenagem. O RN foi submetido ao exame físico com suspeita de AE, o qual caracterizou-se por regular estado geral, reatividade aos estímulos, hidratado, cianótico, anictérico, 2 bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas, murmúrio vesicular rude e estertores crepitantes em ápice do hemitórax direito. Realizou radiografia de tórax e Ecocardiograma, confirmando o diagnóstico de atresia proximal com fístula distal (tipo C) e fora encaminhado para o pré-operatório. Houve a ligadura da fístula e a dissecação do coto esofágico proximal durante a cirurgia. Em seguida, foi realizada a técnica de anastomose do coto esofágico por plano único, término-terminal. O pós-operatório evoluiu com estabilidade. O paciente progride com melhora do quadro e sem complicações pós operatórias.</p> <p>DISCUSSÃO: A suspeita de AE no período pré-natal acontece a partir de sinais clínicos como o polidramnio e uma bolha gástrica pequena ou ausente que podem ser observados como parte do rastreamento pré-natal. Porém, esse achado aparece com mais frequência na atresia sem fístula, o que pode explicar porque o paciente não foi diagnosticado intra-útero. A literatura preconiza a passagem de sonda nasogástrica logo após o nascimento a fim de testar a permeabilidade da luz esofágica e de se observar a aspiração de resíduo gástrico, já que, caso não se obtenham estes resultados, é possível pressupor a existência de obstrução. Evidencia-se que os avanços do tratamento permitiram uma redução drástica na mortalidade em casos de AE, havendo sobrevida aproximada de 95%. A criança portadora de AE tem alta possibilidade de cura associada a uma boa qualidade de vida, porém, ainda é uma afeição fatal se não for diagnosticada precocemente.</p>	<p>REPARO PRIMARIO BEM SUCEDIDO DE PERFURAÇÃO TARDIA DE ESOFAGO TORACICO POR CORPO ESTRANHO – RELATO DE CASO</p> <p>Barbara Oliveira Brito Siebra, Ramiro Rolim Neto, George Lucas Vieira Florêncio, Lucyano Rocha da Silva Ferraz, Ivens Filizola Soares Machado</p> <p><i>INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões esofágicas, embora pouco prevalentes, têm elevado índice de letalidade, em especial se há atraso no diagnóstico: 10-25% de mortalidade quando tratadas nas primeiras 24h vs 40-60% após 24h. A principal causa de perfuração esofágica está relacionada iatrogenias durante procedimentos endoscópicos, sendo seguida de: ruptura espontânea, trauma, ingestão de corpo estranho (CE). Por sua baixa prevalência, lesões esofágicas continuam apresentando-se como desafio para os cirurgiões, pouco habituados ao manejo destas. Neste trabalho, faz-se relato de caso de perfuração de esôfago torácico secundária a ingestão de CE e tratamento empregado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 4 anos, admitida no Instituto Dr. José Frota (IJF) acompanhada da mãe com relato de dor torácica à direita e em todo abdome, associada a hiporexia, odinofagia e febre havia uma semana, sem alterações do hábito intestinal. Exame físico: febril (38,4°C), FC 150bpm, abdome tenso e difusamente doloroso à palpação. USG abdominal total dentro da normalidade e radiografia de tórax com opacificação peri-hilar à direita. Durante internamento, criança referiu ter ingerido CE, motivando realização de TC de tórax sem contraste que evidenciou hidropneumotórax direito. Paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para avaliação por endoscopia digestiva alta (EDA); durante indução anestésica, houve queda da saturação (Sat O₂ → 2 58%). Realizou-se drenagem torácica fechada em selo d'água com saída de líquido pleural turvo. Após toracostomia, paciente evoluiu com estabilização da saturação e melhora do padrão ventilatório. Na EDA, identificou-se CE (escova de dentes) impactado na transição esofagogástrica, provocando perfuração da parede látero-posterior do esôfago com penetração na cavidade pleural direita. À retirada do objeto e passagem de sonda nasoesofágica, seguiu-se toracotomia aberta com incisão transversa entre 5ª e 6ª espaços intercostais direitos, visualizando-se grande quantidade de fibrina aderida ao pulmão direito, espessamento da pleura parietal e lesão de aproximadamente 4cm de extensão em esôfago torácico. Realizou-se limpeza da cavidade e reparo primário da lesão com sutura contínua com fio de poliglicactina protegida por patch pleural e aposição de surgicell. Foram fixados dois drenos torácicos. Paciente evoluiu com fístula esofágo-pleural dirigida pelos drenos e de tratamento conservador bem sucedido, recebendo alta hospitalar com aceitação de dieta via oral.</p> <p>DISCUSSÃO: A perfuração de esôfago secundária a CE ocorre mais de 24h após a ingestão devido a inflamação transmural no sítio de impacto do CE, podendo manifestar-se de maneira insidiosa, o que leva a identificação e reparo tardios da lesão. Os objetivos do tratamento consistem em controlar o processo infeccioso, manter o estado nutricional do paciente e restaurar a integridade do trato digestivo. Embora o reparo primário seja o padrão, o cirurgião deve individualizar cada caso e ser flexível para garantir o sucesso da terapêutica utilizada.</p>
<p>PO 358-1</p> <p>DIVERTICULO ESOFAGICO DE ZENKER COM ESCOLHA DE TECNICA CIRURGICA CLASSICA PARA TRATAMENTO: RELATO DE CASO</p> <p>João Victor Guimarães Almeida, Ricardo Cechin Garay, Frederico Haruo Adatihara Filho, Felipe Debona, Marthina Bastos de Moraes, Lucas Berwanger Simon, Leonardo Kreutz Rodrigues, Luis Guilherme Toledo da Silva</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O divertículo faringoesofágico foi descrito pela primeira vez por Ludlow em 1767. Zenker e von Ziemssen revisaram posteriormente a literatura mundial em 1877. Desde então, esse tipo de divertículo tem sido chamado de divertículo de Zenker. Definido como uma herniação de mucosa e submucosa em uma zona de debilidade natural da transição entre a faringe e o esôfago, situada entre as fibras oblíquas do músculo constritor inferior da faringe e o músculo cricofaríngeo, conhecida como triângulo de Killian. Este é o tipo mais comum de divertículos esofágicos e é três vezes mais frequente em homens do que em mulheres. A maioria dos pacientes tem mais de 50 anos de idade. À medida que o divertículo aumenta, ele tende a se desviar da linha média, principalmente para a esquerda. O objetivo do seguinte relato é demonstrar um caso de divertículo de Zenker de aproximadamente 5 centímetros com a utilização da técnica clássica, miotomia extramucosa associada à diverticulotomia, realizada por cervicotomia esquerda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino de 54 anos com doença pulmonar obstrutiva crônica. Apresentou disfagia alta que aliviava com compressão local à esquerda no ato da deglutição e eructações associada a refluxo de conteúdo alimentar em setembro de 2018, com início dos sintomas há 3 anos. Primeiro foi realizado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que mostrou um divertículo de óstio grande, esofagite erosiva - Los Angeles B - e vários focos de metaplasia intestinal, consistente com mucosa especializada de Barrett, sem displasia associada. O diagnóstico foi confirmado através da realização do exame de imagem, radiografia de esôfago, estômago e duodeno (REED) com ingestão de meio de contraste baritado, no qual evidenciou imagem de adição ao nível cervical do esôfago, com acúmulo de contraste em seu interior. A cirurgia foi realizada em fevereiro de 2019 com a utilização da técnica clássica, por cervicotomia a esquerda, diverticulotomia com uso de gramepeador e miotomia do músculo cricofaríngeo de 3 centímetros em direção ao esôfago distal. Não houve sangramentos intra-operatórios relevantes. Paciente não apresentou complicações e teve boa evolução pós operatória, tendo alta hospitalar no quinto dia.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrito em meados do século XVIII, tentativas pioneiras de tratamento resultam invariavelmente em altas taxas de recidiva e/ou fístula salivar. Somente dois séculos depois, levando em conta as alterações do esfíncter esofágico superior (EES) na fisiopatologia do divertículo de Zenker (DZ), a miotomia do músculo cricofaríngeo foi introduzida como parte do tratamento, aumentando significativamente sua taxa de sucesso. O tratamento cirúrgico foi optado neste caso, apesar de não ter evidências científicas para afirmar qual forma seria melhor, endoscópica ou cirúrgica. O paciente do caso seguiu o delineamento proposto pela literatura: mais frequente em homens, com mais de 50 anos e o divertículo à esquerda da linha média.</p>	<p>PO 359-1</p> <p>ESOFAGOCOLOPLASTIA POR LESAO CAUSTICA TARDIA - RELATO DE CASO</p> <p>Bianca Faria Oliveira, Raissa do Carmo Vitorino, Felix Valentin Orellana Meza, Ian Ribeiro Rocha, Glen Carlo De Arruda, João Leão Pinho Neto</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Substâncias cáusticas têm a capacidade de provocar lesões pela destruição da membrana celular e consequente necrose. Podem ser diferenciadas em ácidas e alcalinas, entre as alcalinas temos o hidróxido de sódio, mais conhecido como soda cáustica. As lesões alcalinas produzem necrose de liquefação com duração de 3 a 4 dias. A seguir, um relato de caso de tratamento da lesão tardia por soda cáustica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 20 anos, refere ingestão de soda cáustica líquida voluntariamente. Primeira endoscopia digestiva alta evidenciou esôfago e estômago friáveis, edemaciados, com inúmeras erosões planas, Zagar IIA, com passagem de sonda nasoesofágica. Feito nova endoscopia após 20 dias, esôfago e estômago, Zagar IIB com impossibilidade de progressão do aparelho após 10 cm da transição esofagogástrica. Realizado seriografia esofagogástrica com identificação de esofagite química, refluxo gastroesofágico grau III e estenose gástrica. Durante o retorno no acompanhamento ambulatorial após 5 semanas do evento, paciente queixa de incapacidade de deglutição. Realizado 02 tentativas de dilatação endoscópica no período, sem sucesso pois havia estenose em terço superior do esôfago, impossibilitando a entrada do aparelho, optado então por realizar jejunostomia para nutrição e programar cirurgia. Após o 7º mês da lesão foi realizado o procedimento e identificado estômago incapaz de ser utilizado para substituição esofágica pelo acometimento, decidido por realizar esofagocoloplastia, antiperistaltase, transhiatal. Pós operatório na UTI, evoluindo no 7º dia de pós-operatório com fístula da anastomose cervical, que após abertura dos pontos e dieta via jejunostomia apresentou fechamento espontâneo ao 16º dia. Ao iniciar a dieta oral, paciente apresentou regurgitações importantes, que melhorou após tratamento clínico. Na alta, negava queixas de disfagia.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica mais precoce da lesão por soda cáustica é a dor para deglutir decorrente do espasmo, edema e inflamação ao nível da lesão. A classificação endoscópica aguda mais utilizada é a de Zagar, sendo Zagar 0, normal, I edema e hiperemia, Zagar IIA, úlceras superficiais e IIB úlceras profundas, IIIa necrose focal, IIIB necrose extensa, lesões IIB estão associadas à estenose em 15-30% dos casos. A manifestação da lesão cáustica tardia mais comum é a estenose esofágica, frequente após os dois meses do evento inicial, embora possa surgir após 2 anos, e também conduz à alterações do esfíncter esofágico inferior, com refluxo gastroesofágico, que favorece à estenose, no relato apresentado, paciente com manifestações de estenose e refluxo, sendo a primeira de forma mais precoce que na literatura. As opções terapêuticas na estenose são a dilatação endoscópica ou a resolução cirúrgica, no caso de falência da tentativa endoscópica, deverá aguardar no mínimo 6 meses para o procedimento, diminuindo assim o risco de estenose da anastomose, pensando nessa complicação a cirurgia do caso relatado foi realizado 7 meses após o evento.</p>

PO 360-1	PO 361-2
<p>RELATO DE CASO COM ASSOCIAÇÃO ENTRE ESOFAGO NEGRO E ABSCESSO HEPATICO</p> <p>JACIENE ROCHA NUNES, Heloisa Mandolini Silva, Georgia Terra Lustre De Flora, Luis Gustavo Figols Rachella, Mariana Said Moreira, Vitor de Oliveira Lima, Rafael Baldissera Cardoso, Adelino Toshiro Takikawa</p> <p><i>HOSPITAL DAS CLINICAS - MARILIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ESOFAGITE NECROSANTE AGUDA, CONSISTE EM ALTERAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO DA PAREDE ESOFÁGICA DECORRENTE DA NECROSE DE SUA MUCOSA, PODENDO ESTAR ASSOCIADA A HEMORRAGIA DIGESTIVA, DOR PRECORDIAL, DOR ABDOMINAL. TRATA-SE DE UMA PATOLOGIA RARA DE ETIOLOGIA MULTIFATORIAL. ESTE RELATO DE CASO TEM COMO OBJETIVO DESCREVER A ASSOCIAÇÃO DE DUAS PATOLOGIAS DE BAIXA INCIDÊNCIA EM UMA MESMA PACIENTE.</p> <p>RELATO DE CASO: PACIENTE M.B.P. SEXO FEMININO, 62 ANOS, DM 2 EM USO DE METFORMINA 500 MG (0-1-1). NEGOU TABAGISMO E ETILISMO. PROCUROU ATENDIMENTO DEVIDO A DOR PRECORDIAL QUE PERSISTIU POR QUATRO DIAS, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL, MAIS INTENSA EM EPIGASTRIO, HEMATEMESE E MELENA, TURVAÇÃO VISUAL, PALIDEZ E CONFUSÃO MENTAL. ECG NORMAL, HEMOGRAMA INFECCIOSO E QUEDA DE HEMOGLOBINA. AO EXAME FÍSICO: REG. CONFUSA, DESCORADA ++/+, MUCOSAS SECAS, AAA, PA 130/70 MMHG, FC 93, SPO2 =92 COM CATO2 = 2L/MIN, AC: 2BRNFSS, AR: MVFD DIMINUIDOS EM BASES BILATERALMENTE, ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENDIDO, RHA+ DIMINUIDOS, TÍMPÂNICO, COM GRANDE MASSA DOLOROSA EM REGIÃO EPIGÁSTRICA. DB NEGATIVO, EDEMA DE MEMBROS, TOQUE RETAL COM MELENA. TOMOGRAFIA ABDOMINAL: DERRAME PLEURAL BILATERAL COM ÁREAS DE ATELECTASIA PASSIVA. MÚLTIPLAS COLEÇÕES INTRA-HEPÁTICAS PREDOMINANDO NO LOBO DIREITO COM REALCE PERIFÉRICO AO MEIO DE CONTRASTE MEDINDO APROXIMADAMENTE 19 X 6 X 21 CM COM VOLUME APROXIMADO DE 1244 ML. PRESENÇA DE LÍQUIDO LIVRE INTERALÇAS E NA PELVE. ENDOSCOPIA DIGESTIVA: ESOFAGO: BOA DISTENSIBILIDADE DO ÓRGÃO À INSUFLAÇÃO. A PARTIR DE 20CM DA ARCADEA DENTÁRIA SUPERIOR, A MUCOSA DO ESÓFAGO É DE ASPECTO ESCURECIDO, SEM SANGRAMENTO ATIVO. TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA DE DIFÍCIL CARACTERIZAÇÃO, ENCONTRANDO-SE A APROXIMADAMENTE A 30 CM DA ARCADEA DENTÁRIA SUPERIOR E PINÇAMENTO DIAFRAGMÁTICO A 37 CM DA ARCADEA DENTÁRIA SUPERIOR. EVOLUIU COM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NECESSITANDO DE IOT. FOI REALIZADA DRENAGEM CIRÚRGICA DO ABSCESSO HEPÁTICO COM VOLUMOSA SECREÇÃO PURULENTA INTRA E EXTRACAVITÁRIA, EM TOPOGRAFIA HEPÁTICA E ENTRE ALÇAS. POSTERIORMENTE FOI NECESSÁRIA DRENAGEM DE TÓRAX DEVIDO A EMPÍEMA.</p> <p>DISCUSSÃO: A NECROSE AGUDA DE ESOFAGO, (ESOFAGITE NECROSANTE) FOI DESCRITA POR GOLDENBERG EM 1990. TRATA-SE DE UMA PATOLOGIA RARA, COM ETIOLOGIA MULTIFATORIAL AINDA POUCO ELUCIDADA, PODENDO ORIGINAR-SE ATRAVÉS DE ISQUEMIA, ACOMENTANDO PRINCIPALMENTE PORÇÃO DISTAL DO ESOFAGO. TAMBÉM APRESENTA COMO CAUSAS CETOACIDOSE DIABÉTICA, NEOPLASIAS, HEPATOPATIAS, INFECÇÕES VIRAIS E FÚNGICAS, TRAUMAS POR SONDAGEM. COSTUMA ACOMETER A SEGUNDA PORÇÃO ESOFÁGICA SEM ATINGIR O ESTÔMAGO. SURGE COMO ÁREAS DE HIPERPIGMENTAÇÃO DE MUCOSA. E MANIFESTA-SE COM HEMORRAGIAS DIGESTIVAS, DOR ABDOMINAL, DOR PRECORDIAL, SEM SINAIS PATOGNOMÔNICOS. APESAR DE SUA RARIDADE, TRATA-SE DE UMA PATOLOGIA COM COMPLICAÇÕES COMO ESTENOSE ESOFÁGICA, E ELEVADA MORBIMORTALIDADE, PODENDO ASSOCIAR-SE A OUTRAS PATOLOGIAS SEVERAS DEVENDO SER ACOMPANHADA COM CUIDADOS INTENSIVOS E INVESTIMENTO EM PESQUISAS QUANTO A SUA ETIOLOGIA.</p>	<p>SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO</p> <p>Marceli Brites Luzardo, Arthur Bueno Luzardo, Carolina Bueno Luzardo, Guilherme Ribeiro, Jéssica Litran Nunes</p> <p><i>ULBRA - UNIVERSIDADE DE LUTERANA DO BRASIL - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Eagle é caracterizada por cervicalgia e/ou dor craniofacial em função do alongamento do processo estiloide com extensão média de 4,0 cm ou da calcificação do ligamento estilo-hioide. O processo estiloide é uma projeção delgada, cilíndrica, pontiaguda e com extensão de 2,5-3,0 cm. Origina-se do osso temporal e se localiza ântero-medialmente no recesso maxilo-vertebro-faríngeo, onde há nervos cranianos e as artérias carótidas interna e externa. O objetivo desse relato é demonstrar a efetividade da cirurgia para a resolução da síndrome de Eagle devido ao prolongamento bilateral do processo estiloide.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 51 anos, sexo feminino, apresentava há 9 meses cervicalgia de intensidade moderada, com limitações nos movimentos cervicais, otalgia intensa do lado esquerdo, zumbido bilateral e odinofagia com sensação de corpo estranho na garganta. Sem histórico prévio de trauma cervicofaríngeo e/ou de tonsilectomia. Uso de analgésicos e AINEs sem melhora da dor. Em ordem cronológica, teve como hipóteses diagnósticas: sinusopatia, disfunção da articulação temporomandibular e doença do refluxo gastroesofágico. O diagnóstico de síndrome de Eagle foi feito por tomografia computadorizada de base de crânio com reconstrução em três dimensões que revelou alongamento bilateral das apófises estiloideas calcificadas com extensão de aproximadamente 4,5 cm. O tratamento cirúrgico foi estileidectomia por acesso extraoral que resultou em regressão completa dos sintomas e em preservação de estruturas anatômicas adjacentes.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Eagle tem duas formas clínicas: a clássica e a síndrome artéria carótida-apófise. Apesar disso, também tem sido relatada em pacientes que nunca foram submetidos à tonsilectomia e/ou à trauma cervical por causas como o comprimento anormal associado à angulação anormal do processo estiloide. O caso relatado é relevante, uma vez que o processo estiloide alongado é encontrado mais no sexo feminino e em apenas 4% da população mundial, sendo que deste grupo 4-10% são sintomáticos. Acredita-se que a localização anatômica do processo estiloide alongado seja responsável pelo aparecimento dos sintomas na região da cabeça e do pescoço, pois pode haver a compressão de estruturas adjacentes, visto que, medialmente ao processo estiloide, há a veia jugular interna e os nervos facial, glossofaríngeo, vago, acessório e hipoglosso, enquanto que a porção caudal do processo estiloide está próxima da artéria carótida externa lateralmente e da artéria carótida interna medialmente além da cadeia simpática. Embora a abordagem cirúrgica intraoral evite a cicatriz cutânea externa, optou-se, nesse caso, pela técnica extraoral, pois há melhor visualização do campo cirúrgico, menor risco de infecção, de hemorragia cervical e de lesão em nervos cranianos e em vasos sanguíneos. A síndrome de Eagle deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de cervicalgias para que não haja atraso no tratamento.</p>
<p>PO 361-3</p> <p>SANGRAMENTO DIGESTIVO BAIXO APOS CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTICO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Milla Carolina Costa Lafeta Araujo, Gabriela de Campos Araujo, Amanda de Castro Machado, Deborah Roberta Liduário Raupp</p> <p><i>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hemorragia digestiva baixa é todo sangramento do trato digestivo originado abaixo do ângulo de Treitz. Quando o intestino delgado é a fonte do sangramento, a visualização do mesmo por endoscopia digestiva convencional alta ou baixa não é possível, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico. A situação torna-se ainda mais complexa no contexto do tratamento recente de aneurisma de aorta por via endovascular, sendo necessário considerar a possibilidade de fistula aortoentérica, o impacto da anticoagulação, da resposta inflamatória ao procedimento cirúrgico e a possibilidade de oclusão dos vasos mesentéricos após a manipulação da aorta abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 62 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e gota. Possui antecedentes de tabagismo e etilismo importantes, e apresentou quadro de dor toracoabdominal aguda intensa, procurando o pronto-socorro. Realizou angiotomografia de tórax e abdome, sendo diagnosticado com aneurisma dissecante de aorta, estendendo-se da aorta descendente até a origem das artérias renais. Foi realizado o controle da pressão arterial e o tratamento do aneurisma por via endovascular, com colocação de endoprótese recobrando a artéria subclávia esquerda e se estendendo até a aorta abdominal. Foi realizada angioplastia com colocação de stents em artérias mesentérica superior e renal direita. Foi iniciada anticoagulação com heparina e antiagregação plaquetária dupla com ácido acetilsalicílico e clopidogrel. No 2 dia pós-operatório (PO), apresentou hipotensão com necessidade de doses crescentes de drogas vasoativas e anemia importante, porém sem exteriorização de qualquer tipo de sangramento. Realizou angiotomografia, sem achados dignos de nota, e recebeu a transfusão de 3 concentrados de hemácias (CH), com relativa melhora. No 3 PO, apresentou eliminação de melena em grande quantidade, parada cardiorrespiratória (PCR) em ritmo de atividade elétrica sem pulso (AESP), com retorno da circulação espontânea após 14 min de manobras de reanimação. O paciente foi submetido a endoscopia digestiva alta, sem evidências de sangramento, e arteriografia, que também não visualizou extravasamento ativo de contraste. Realizou colonoscopia que evidenciou grande quantidade de sangue, porém sem identificar sua origem. Ao apresentar nova queda nos níveis de hemoglobina e nova piora hemodinâmica, foi optado pela exploração cirúrgica por laparotomia. No intra-operatório, foi encontrada grande quantidade de sangue no interior de alças de delgado e 2 áreas do jejuno com extenso hematoma e trombose venosa segmentar, sendo realizada enterectomia segmentar com anastomose primária. O paciente persistiu grave e, embora não tenha exteriorizado novo sangramento, evoluiu com nova PCR e óbito no 2 PO da laparotomia.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso clínico apresentado demonstra as dificuldades diagnósticas e terapêuticas envolvidas em um caso de hemorragia digestiva baixa, pouco tempo após correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal.</p>	<p>PO 362-3</p> <p>RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE CECO</p> <p>LAERTE DE LIMA ELORDE, LHAÍS RENATA MESTRE SILVA, MATEUS CARVALHO CEZARANI, JOÃO DE PÁDUA PEDROSO NETO</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS - MG - PASSOS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O ceco móvel se caracteriza por uma má formação anatômica embriológica do ceco e cólon ascendente resultante da descida incompleta desses segmentos do intestino grosso e da não fixação no peritônio na goteira parieto-cólica direita. A ausência dessa fusão permite a circulação do ceco e/ou do cólon ascendente, promovendo a torção sobre seu eixo longitudinal ou até mesmo a dobra medial do ceco sobre si, permanecendo apoiado com sua borda medial à borda medial do cólon ascendente. Por isso ocorre sintomas intermitentes de torção completa ou obstrução parcial do intestino. 1. Comum em pacientes do sexo feminino e jovens. 2. Postula-se que alguns fatores aumentam o risco, como: aderências pós-operatórias, fase final da gravidez, alta ingestão de fibras, ileo adinâmico, constipação crônica, repouso excessivo. 2. Além disso, há uma maior propensão para volvo cecal durante os períodos de doenças clínicas concomitantes (cerca de 12% - 28% dos pacientes relatados com volvo cecal já estavam hospitalizados no momento do diagnóstico). 2. Com sinais e sintomas de aguda e distensão abdominal, acompanhado de náuseas, vômitos e hipertimpanismo (som metálico com ou sem massa abdominal palpável). 2. Objetivo desse estudo foi descrever um relato de caso de Volvo de Ceco com ênfase na conduta perante volvo de ceco.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo feminino, 92 anos, dor abdominal difusa, do tipo cólica de forte intensidade há 2 dias, associado a parada de eliminação de flatos e fezes. Exame físico em regular estado geral, desidratado Grau I, afebril, anictérica. Abdomen distendido e globoso, ruídos hidro aéreos aumentados e timbre metálico, a percussão estava hiper timpânica, palpação dolorosa em todos os quadrantes, sem massas palpáveis. Ausência de fezes na ampola retal. Após a tentativa sem sucesso de desobstrução pela colonoscopia, a paciente foi encaminhada para a laparotomia exploradora, observado distensão de alças de intestino delgado e volvo móvel de ceco. Realizado lise de aderências, ligadura parcial de mesocólon, resseção do ceco e ileostomia terminal. Na parede cecal havia pontos de necrose acima da torção. Paciente foi encaminhada para UTI, permanecendo por 5 dias sob cuidados intensivos e vigilância infecciosa, tendo alta em 3 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Volvo de ceco é uma patologia relativamente incomum, sendo responsável por menos de 2% de todos os casos de obstrução intestinal em adultos e cerca de um quarto de todos os casos de volvo colônico nos Estados Unidos. Há 3 tipos de classificações para o volvo cecal. Apesar de existirem relatos de distorção do volvo cecocolico com um colonoscópio, na maioria dos casos será necessária uma operação para a correção do volvo e prevenção da isquemia. As principais complicações desses casos são obstrução intestinal, isquemia e necrose, podendo levar a perfuração e óbito, dessa forma, opta-se, na maioria dos casos, por uma laparotomia exploradora de forma emergencial. Na conduta, opta por desvolvulação com cecopexia ou até mesmo hemicolectomia direita.</p>

PO 363-1	PO 363-2
<p>BIPARTIÇÃO TRANSITO INTESTINAL LAPAROSCÓPICA (BTIL) ASSOCIADA A GASTROPLASTIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA (GVL): UM RELATO DE CASO</p> <p>CLAYTON ALENCAR MOREIRA, FIDERALINA AUGUSTA DA SILVA PAES, IAN PEREIRA VAZ MOREIRA, SANDRO CAVALCANTE RAIOL</p> <p><i>CESUPA e FAMAZ - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade é uma das maiores epidemias do século XXI e está associada a diversas comorbidades. Junto a isso, assume um papel importante na piora da qualidade de vida e da longevidade. O tratamento clínico da obesidade envolve mudança de hábitos alimentares e de estilo de vida, aumento da atividade física e tratamento farmacológico. Porém, muitas vezes, o tratamento clínico promove perda de peso não-sustentada. Por isso, a Cirurgia Bariátrica surge como um método eficaz para perda de peso sustentada em pacientes obesos. A cirurgia para o tratamento de obesidade teve início na década de 1950 com operações que causavam má-absorção com efeitos indesejáveis. Desde então, passaram a predominar as técnicas que limitam a ingestão de alimentos, seja pela restrição da capacidade do estômago, seja por sua divisão e anastomose ao jejuno proximal. Apresenta-se aqui um relato de caso de Bipartição Trânsito Intestinal Laparoscópica (BTIL) associada à Gastroplastia Vertical Laparoscópica (GVL), demonstrando uma nova abordagem cirúrgica com eficácia e baixo custo no tratamento da obesidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente JSC, 36 anos, 119kg, IMC 44,8 kg/m², com comorbidades associadas (Diabetes e Hipertensão), foi submetido à BTIL em março de 2018. Foi realizado a técnica cirúrgica, BTIL, com GVL. Sem ida à UTI, recebeu alta no 1º DPO, sem complicações. Seguiu as medidas usuais de tromboprofilaxia, as orientações e em acompanhamento regular. Obedecendo dieta padrão para cirurgia bariátrica (30ml de 15 em 15 min), 15 dias de líquidos claros e 15 dias de pastosos, com boa aceitação. Por fim, todas as intervenções transcorreram sem intercorrências, com tempo operatório de 45 min.</p> <p>DISCUSSÃO: A realização da BTIL foi segura, com viabilidade técnica aceitável e sem complicações. É uma boa opção cirúrgica que pode ser empregada de forma isolada (técnica de Santoro), ou, tradicionalmente associada à Gastrectomia Vertical. Quando empregada isoladamente tem apenas caráter restritivo. No trabalho exposto, é apresentado uma derivação da técnica, pois diferentemente da técnica tradicional, neste procedimento foi associado a BTIL à GVL, sendo realizado sutura justa pilórica, tipo chuleio simples para evitar dilatação e melhorar a fibrose que ocorrerá posteriormente. Por fim, esta técnica é uma opção cirúrgica de baixo custo, com poucas complicações relatadas e boa efetividade, num país com baixo poder aquisitivo e obesidade endêmica, sendo reprodutível e factível.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO CRANIO-FACIAL PRODUZIDA POR ARMA BRANCA</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, PAULA LUIZA DE OLIVEIRA ALVIM SOARES, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas em centros de trauma devido as consequências emocionais e a possibilidade de deformidade. Os traumas produzidos por instrumentos metálicos são comuns em guerras, conflitos pessoais e em acidentes diversos podendo provocar lesões desde pequenos ferimentos até fraturas extensas e graves. As lesões do complexo maxilo-facial representam um dos problemas de saúde mais importantes do mundo, a região zigomática é a segunda área da face mais atingida por lesões, superada apenas pelos ossos nasais. Acomete mais a população masculina na proporção de 3:1 e a faixa etária de maior prevalência é a terceira década de vida. Quanto a etiologia dos traumas de face observamos que ele acontece mais devido a acidente automobilístico. Outras causas incluem ferimentos por arma de fogo, agressões, acidentes domésticos e trauma esportivo. Como sequelas dos traumas faciais verifica-se cicatrizes anti-estéticas e paralisia facial como as mais frequentes.</p> <p>RELATO DE CASO: O paciente do caso relatado foi tratado com uma intervenção multidisciplinar, das especialidades de cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, neurocirurgia, oftalmologia e prótese buco-maxilo-facial. Trata-se de uma vítima de agressão física por arma branca que apresentou fraturas em regiões fronto-zigomática esquerda, corpo do zigomático esquerdo, maxilar bilateral, nasal, vômer, temporal esquerdo, etmóide, parietal esquerdo e esfenóide, com fragmentos ósseos dentro da cavidade orbitária, ocasionando a perda do globo ocular esquerdo. O êxito do tratamento dependeu do correto manuseio das lesões logo após o trauma. Foi realizado no paciente reposicionamento do tecido mole e duro lesado, conseguindo uma consolidação óssea satisfatória, restabelecendo a função e a estética do paciente, inclusive com reabilitação através de prótese ocular, não ocorrendo nenhuma complicação pós-operatória. Verificou-se que a rápida intervenção multidisciplinar, aliada a uma correta técnica cirúrgica, garante o bom prognóstico do paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: Os traumas que acometem a face segundo os autores têm prevalência de acometimento dos ossos nasais e zigomático e verificamos que o paciente teve fratura nesses respectivos ossos. O paciente é do sexo masculino corroborando a prevalência da literatura, como também se encontra na faixa etária descrita. Foi vítima de acidente físico, que é uma das maiores causas de traumas faciais segundo a etiologia. O tratamento utilizado foi de acordo com os indicados pela literatura e o pós-operatório seguiu dentro dos padrões de normalidade. Na face as lesões podem levar a perda de sensibilidade na pele, cicatrizes anti-estéticas, retrações, alteração na visão, dificuldade na respiração, paralisia facial, má-oclusão e perdas dentárias, o paciente em questão teve como sequelas perda da visão, pequeno desnível a nível de osso zigomático esquerdo e algumas cicatrizes na região atingida.</p>
<p>PO 363-3</p> <p>ABDOMEN AGUDO EM PACIENTE IDOSO</p> <p>DÓRSIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY, INÁCIO SWAROWSKY, ANA PAULA BOLZAN, JULIANE JUNGES, LUIZ MIGUEL DONCATTO, GUSTAVO LAZAROTTO SWAROWSKY, LUDIMILA MULLER DE MORAES, BRUNA TOLFO DE OLIVEIRA</p> <p><i>UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dor abdominal está entre as 25 principais causas de consulta em atenção primária. Em pacientes idosos as principais causas são doença biliar, obstrução intestinal, isquemia, infarto intestinal e diverticulite. Tendo em vista a ampla gama de possibilidades diagnósticas, torna-se de suma importância a anamnese detalhada e a investigação adequada dos sintomas para um diagnóstico efetivo. Este relato tem como objetivo expor um caso de abdômen agudo em paciente idoso, com ênfase no processo de investigação sintomatológica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente idosa, 89 anos, sexo feminino interna em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul por queixa de dor abdominal de forte intensidade e vômitos associados à parada de eliminação de flatos e fezes há 24 horas. Apresentava histórico de cirurgia cardíaca e episódios de encarceramento de hérnia inguinal direita. Na admissão hospitalar, o exame clínico não apresentava alterações significativas, apenas leve desidratação, abdômen sensível a palpação e a presença de massa abdominal palpável em abdômen esquerdo. Solicitou-se TC de abdômen o qual apresentou dilatação de alças intestinais de intestino delgado, com ponto de transição provavelmente na altura da hérnia inguinal à direita. Realizou-se laparotomia exploratória, o qual visualizou-se obstrução de intestino delgado com tumoração há cerca de 40 cm da válvula ileocecal. Optou-se por ressecção do segmento comprometido e anastomose termino-terminal. Paciente com boa evolução pós-operatória, sem complicações e intercorrências, sendo liberada no 7º dia de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Abdome agudo é uma patologia com elevada morbimortalidade e que requer atendimento médico imediato. A incidência está aumentando em idosos, em decorrência do envelhecimento da população mundial. As causas mais comuns de abdome agudo nos indivíduos com mais de 60 anos são obstrução intestinal por tumores colorretais, fecalomas, apendicite, colecistite, hérnias inguinais e isquemia mesentérica. Dentre essas patologias, a mais prevalente é a colecistite, seguida pela obstrução intestinal. O quadro obstrutivo pode ser de origem mecânica ou funcional, possuindo diversas causas, como aderências, hérnias, fezes compactadas, cálculos, tumores, corpos estranhos, volvo e intussuscepção. A apresentação clínica geralmente é sutil, com pouca ou indolor ao exame físico, febre e leucocitose discreta pela imunodepressão. No atendimento, devemos sempre atentar para uma boa anamnese, exame físico completo, e, se necessário, direcionar exames complementares. Na conduta inicial, procede-se com manejo de jejum, hidratação endovenosa, analgesia, antibioticoterapia contra gram negativos e anaeróbios, monitorização contínua e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, acidobásico e coagulopatia. Sinais de irritação peritoneal, choque ou pneumoperitônio ao exame de Raio X são complicações dessa patologia e devem ser tratadas o mais rapidamente possível por abordagem cirúrgica com laparotomia.</p>	<p>PO 364-1</p> <p>BIPARTIÇÃO POS-GASTRECTOMIA VERTICAL EM UM PACIENTE SUPEROBESO (SO): UM RELATO DE CASO</p> <p>CLAYTON ALENCAR MOREIRA, FIDERALINA AUGUSTA DA SILVA PAES, IAN PEREIRA VAZ MOREIRA, SANDRO CAVALCANTE RAIOL</p> <p><i>CESUPA E FAMAZ - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Em virtude do elevado número de obesos no mundo, a Cirurgia Bariátrica surge como alternativa terapêutica eficaz e proporciona resultados prósperos em longo prazo para a obesidade. Tal intervenção cirúrgica vem sendo empregada há quase meio século. A partir de então, passaram a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos, sejam pela simples restrição da capacidade do estômago, ou mesmo por sua divisão e anastomose ao jejuno proximal. Apresenta-se aqui um Relato de caso de Bipartição Pós-gastrectomia Vertical em um paciente superobeso (SO). (Cirurgia Revisional).</p> <p>RELATO DE CASO: Foi realizada a contagem de 2 m do íleo terminal a partir da válvula ileocecal onde foi realizada a enteroanastomose em plano único com coto proximal de alça seccionada a 250 cm da válvula ileocecal. O coto distal da seção foi utilizado para realização de uma gastro-enteroanastomose na porção posterior do antro piloro. Paciente RBF, 32 anos, 230 kg, IMC 76,9 kg/m², sem comorbidades associadas, foi submetido, em fevereiro de 2018, à cirurgia revisional, Bipartição do Trânsito Intestinal Laparoscópica (BTIL), após Gastrectomia Vertical (GV) realizada há 3 anos com ganho de peso. Recebeu alta em 48h. Paciente foi mantido em UTI por 24h, recebendo alta no 2º DPO, sem complicações. Seguiu as medidas usuais de tromboprofilaxia. Seguindo as orientações e em acompanhamento regular. Iniciou dieta padrão para cirurgia bariátrica, 15 dias de líquidos claros (30 ml de 15 em 15 min) e 15 dias de pastosos, com boa aceitação. Por fim, toda a intervenção transcorreu sem intercorrências, com tempo operatório entre 100 e 120 min.</p> <p>DISCUSSÃO: Estudo descritivo de abordagem qualitativa, observacional na modalidade de Relato de Caso, realizado em hospital privado em Belém Pará no ano de 2018. Critério de inclusão: Indivíduo com diagnóstico de obesidade grau III, com IMC acima de 40 kg/m². Critério de exclusão: Contra-indicação ao procedimento bariátrico e não consentimento do paciente. Por fim, a realização da BTIL foi segura, com viabilidade técnica aceitável e sem complicações. É uma boa opção cirúrgica e pode ser empregada de forma isolada (técnica de Santoro), como no caso do paciente que foi abordado como cirurgia revisional, ou associada à GV. Sendo assim, o procedimento proposto mostrou-se seguro para a população de SO.</p>

PO 364-2	PO 364-3
<p>RESSECCÃO DE TUMOR DE WARTHIN COM PRESERVAÇÃO DA GLÂNDULA PARÓTIDA</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, DEISE LOUISE BOHN RODHEN, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, PAULA LUIZA DE OLIVEIRA ALVIM SOARES, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Warthin é uma neoplasia benigna das glândulas salivares, sinônimo de cistoadenoma papilífero linfomatoso e de cistoadenolinfoma e adenolinfoma. É a segunda causa mais frequente de tumor benigno de parótida atrás somente do adenoma pleomórfico. Apresenta características peculiares, em virtude de sua fisiopatologia. A teoria mais aceita entre diversos autores é o desenvolvimento do tumor a partir de ductos salivares aprisionados nos linfonodos intraparotídeos, durante a embriogênese ou de glândulas salivares heterotópicas. Estes tumores têm predileção pela glândula parótida, com localização na porção superficial em 90% dos casos. A patologia cresce lentamente como uma massa firme e indolor. Ocorre entre a sexta e sétima décadas de vida, com predomínio no gênero masculino e associação com o tabagismo. O tratamento ideal é a parotidectomia com a dissecação completa do nervo facial e seus ramos, sendo a parotidectomia total preconizada por alguns autores pela multicentricidade do tumor.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.B.L., gênero masculino, 71 anos de idade, melanoderma, fumante, HIV positivo, apresentava aumento de volume na região de ângulo mandibular direito com 5 anos de evolução, indolor e flutuante à palpação. Foi solicitada uma ultrassonografia da região, demonstrando uma massa hipoecóica na região de parótida direita. Foi realizada uma biópsia da região, a qual conferiu diagnóstico histopatológico de Tumor de Warthin. Como forma de tratamento foi realizada cirurgia em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Para ter acesso à lesão, utilizou-se a incisão extrabucal de Risdon, que através do triângulo de Farabeuf, evita lesionar o ramo de Jaffé do nervo facial. Após a incisão, realizou-se a dissecação dos tecidos até a localização da lesão, que se encontrava intraglandular. Após excisão do tecido neoplásico, foi realizada a limpeza da cavidade e hemostasia de vasos sangrantes com posterior sutura dos tecidos. A peça cirúrgica foi encaminhada ao setor de patologia que confirmou o diagnóstico de tumor de Warthin. O paciente foi acompanhado e não há sinais de recidiva até a atualidade.</p> <p>DISCUSSÃO: O cistoadenoma papilífero linfomatoso é a segunda neoplasia benigna mais frequente das glândulas salivares, com incidência de 2% a 6% de todos os tumores da parótida. Ocorre quase em praticamente todos os casos na parótida, sendo que, a presença em outras glândulas salivares é rara e controversa, o presente caso ocorreu na glândula parótida. Sua ocorrência é observada na faixa etária adulta, com maior incidência entre os 58 e 70 anos, no sexo masculino, o paciente do nosso relato de caso estava dentro da faixa etária e sexo descrito na literatura, como também apresentava hábitos de fumo. Clinicamente a lesão apresentava-se conforme na literatura. A sua apresentação foi unilateral, como sua prevalência. A abordagem utilizada foi excisão completa da lesão, porém sem parotidectomia. O paciente não teve sequelas e nem lesão ao nervo facial.</p>	<p>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR PÉLVICA EM MULHERES</p> <p>DÓRIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY, LUIZ MIGUEL DONCATTO, ANA PAULA BOLZAN, BRUNA TOLFO DE OLIVEIRA, JULIANE JUNGES, LUCAS BRUM DE AZAMBUJA, GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY, INÁCIO SWAROWSKY</p> <p><i>UNISC - UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dor pélvica aguda é uma queixa bastante comum em mulheres, podendo ser de origem somática, visceral ou ambas. Também é classificada em causas ginecológicas e não ginecológicas. A história e o exame físico, associados a exames laboratoriais e de imagem são fundamentais para definir o diagnóstico. Em casos selecionados e de incertezas diagnósticas pode-se indicar a laparoscopia na avaliação da dor pélvica aguda nessas pacientes. Esse relato tem por objetivo avaliar a importância da laparoscopia no diagnóstico diferencial da dor pélvica aguda em pacientes do sexo feminino em idade fértil.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 36 anos, internou em hospital do interior do Rio Grande do Sul, por queixa de dor de forte intensidade em fossa ilíaca direita há 12 horas, com parada de eliminação de flatos e fezes, dor em membro inferior direito a deambulação. Histórico de cesariana prévia, sem comorbidades. Sem anormalidades ao exame físico, apenas dor à palpação da pelve em nível de anexos, sem sinais de irritação peritoneal. Realizados ultrassonografia (US) transvaginal de urgência que demonstrou líquido livre na pelve e tomografia computadorizada (TC) que evidenciou apêndice com trajeto em direção a fossa ilíaca direita, levemente aumentado de volume e com diâmetro transversal em torno de 7 mm. Tendo em vista a dúvida diagnóstica procedeu-se a videolaparoscopia diagnóstica onde evidenciou-se apêndice cecal com aspecto normal e um cisto ovariano volumoso com aspecto isquêmico a direita com líquido livre na pelve. Realizada apendicectomia videolaparoscópica e ressecção do cisto ovariano. Paciente com boa evolução pós-operatória, sem intercorrências, tendo alta no terceiro dia de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma anamnese detalhada e um exame físico completo são de suma importância para direcionar a investigação diagnóstica e identificar condições ameaçadoras a vida, com necessidade de intervenção cirúrgica imediata. Ademais, todas as mulheres em idade reprodutiva, independentemente da história sexual ou contraceção, devem realizar beta hCG durante a avaliação da dor abdominal ou pélvica. O exame de imagem para avaliação inicial da dor pélvica aguda é a US, que associada com a história e clínica da paciente geralmente permite confirmar o diagnóstico e indicar ou não a abordagem cirúrgica. Pode-se utilizar a TC nos casos de incerteza diagnóstica. Já a laparoscopia é uma abordagem indicada principalmente para pacientes com dor pélvica crônica, porém também pode ser indicada nos casos agudos que mesmo após realização de exames menos invasivos a hipótese diagnóstica permanece incerta. Também tem papel fundamental quando os diagnósticos diferenciais consistem em patologias ameaçadoras a vida e que necessitam de intervenção cirúrgica precoce. Assim como evidenciado no caso da paciente descrita, que o diagnóstico final foi estabelecido a partir da abordagem laparoscópica, assim como o tratamento definitivo.</p>
<p>PO 365-1</p> <p>SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF POS-BARIÁTRICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>CLAYTON ALENCAR MOREIRA, FIDERALINA AUGUSTA DA SILVA PAES, IAN PEREIRA VAZ MOREIRA, SANDRO CAVALCANTE RAIOL</p> <p><i>CESUPA E FAMAZ - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bypass gástrico em Y de Roux (BPGYR) é o tipo de cirurgia bariátrica mais segura e efetiva, correspondendo a cerca de 70 a 75% dos procedimentos bariátricos realizados em todo mundo. O procedimento envolve mecanismo restritivo e diabrotico. Até 30% dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica desenvolvem complicações nutricionais. Uma das deficiências observadas, principalmente no pós-operatório de BPGYR, é a de vitamina B1, esse déficit nutricional, pode ser, um fator precipitante de distúrbios neurológicos podendo ocasionar a SWK. Em 1998 MASON depois de cuidadosa revisão da literatura, escreveu em seu trabalho algumas observações importantes sobre a ocorrência de Wernicke Korsakoff após a cirurgia bariátrica. Referiu que ela ocorre 2 a 3 meses após o início do quadro de vômitos e que ocorre em função da impossibilidade do paciente para tomar vitaminas. Apresenta-se aqui, um relato de caso de deficiência de vitamina B1 com suspeita diagnóstica de Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) no pós-operatório do Bypass Gástrico em Y de Roux (BPGYR).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente MCGO, 28 anos, IMC 37,86 kg/m², com as seguintes comorbidades, hipotireoidismo e esteatose grau II, foi submetida em fevereiro de 2018 ao BPGYR. Paciente não foi à UTI, recebendo alta no 1º DPO, sem complicações. Seguiu as medidas usuais de tromboprofilaxia, as orientações e em acompanhamento regular. Iniciou dieta padrão para cirurgia bariátrica, 15 dias de líquidos (30 ml de 15 em 15 min) e 15 dias de pastoso, com boa aceitação. Depois de 60 dias, a paciente foi internada referindo os sintomas, náuseas, vômitos, diminuição da acuidade visual e nistagmo ao exame físico. Foi dosado o nível sérico de Vitamina B12, com valor dentro do intervalo de normalidade. A conduta foi a reposição com Citoneurín injetável, havendo melhora dos sintomas, juntamente com Complexo B venoso por 3 dias e depois mantido oral.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente, o "padrão ouro" da bariátrica é o BPGYR, que consiste em mecanismo restritivo, a bolsa gástrica, com cerca de 30-60 ml, que promove saciedade e redução na ingestão de alimentos, e um mecanismo disabsortivo com a exclusão do estômago distal, do duodeno e do jejuno proximal. Diante disso, como consequência, as deficiências nutricionais podem ocorrer. A SWK surge como uma das complicações da Cirurgia bariátrica. Sendo esta mais comum em alcoólatras e mulheres com hiperemese gravídica. No caso do paciente em estudo, essa correlação é uma hipótese diagnóstica, pois a Tríade clássica clássica foi constatada: Estado confusional agudo, oftalmoparesia e nistagmo. Sendo assim, o médico deve suspeitar a presença da Síndrome em indivíduos que se apresentem malnutridos ou em condições que amplifiquem a taxa metabólica ou interfiram com os processos de ingestão, digestão e absorção dos alimentos. Ainda assim, existe a necessidade de pesquisas mais detalhadas, sendo necessário uma abordagem diferenciada em relação aos parâmetros laboratoriais em pacientes obesos submetidos a cirurgia bariátrica.</p>	<p>PO 365-2</p> <p>GANGRENA GASOSA ENVOLVENDO A FACE E TÓRAX</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RODHEN, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, FREDERICO MÁRCIO VARELA AYRES DE MELO JÚNIOR, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Miosite por clostrídios, mionecrose e edema maligno são algumas das denominações utilizadas para designar infecções necrosantes em tecidos moles associadas a Clostridium spp. A gangrena gasosa resulta de infecção muscular por Clostridium perfringens, espécie bacteriana que em condições anaeróbicas (sem oxigênio), produz toxinas que causam necrose do tecido e sintomas associados. Geralmente ocorre nos locais traumatizados ou em ferida cirúrgica recente, iniciando-se repentinamente e tem caráter grave. Os sinais clínicos apresentam-se em aproximadamente 48 horas após a inoculação ou injúria e apresentam febre, depressão, toxemia e inchaço muscular, muitas vezes, com dor associada. Essa lesão muscular inicialmente se apresenta hiperêmica, quente, macia e delimitada; posteriormente se torna escura, fria, firme e necrosada. Muitos casos, o exame de palpação do local afetado revela acúmulo de gás no tecido subcutâneo e músculos adjacentes; entretanto, pode estar ausente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, gênero feminino, leucoderma, 15 anos, procurou o serviço médico de sua cidade queixando-se de aumento de volume na região de hemiface esquerda, o médico informou que a mesma possuía um problema de origem dentária e a encaminhou para um Cirurgião-Dentista. Após 48 horas de atendimento, o aumento de volume se estendeu para região de hemiface direita, o Cirurgião-Dentista iniciou um tratamento com o uso de antibiótico oral e após a tentativa da realização de um exame de imagem sem êxito, o mesmo a encaminhou para um Hospital de referência. A equipe do Hospital que deu o primeiro atendimento realizou uma drenagem, porém sem a presença de secreção purulenta. Fazendo uso de antibiótico venoso, a equipe de CTBMF foi acionada pela equipe médica da cirurgia geral para realização de debridamentos teciduais após 04 dias de internamento. Ao exame clínico a paciente apresentou dificuldades respiratórias devido ao acometimento da infecção em toda região cervical, fazendo-se necessário a traqueostomia e a colocação de uma sonda nasogástrica, além do risco de mediastinite. O tratamento foi baseado no debridamento dos tecidos das regiões desvitalizadas. Após 30 dias de tratamento a paciente apresentou melhora no quadro clínico e alta hospitalar. Posteriormente foi encaminhada para a cirurgia plástica para realização de enxerto de pele.</p> <p>DISCUSSÃO: A miosite clostridiana, segundo a literatura vem acompanhada de acometimento, principalmente muscular, causado por eritemas resultantes de trauma ou cirurgia. A paciente do caso relatado desenvolveu Miosite por causa dentária indo de encontro ao normalmente relatado na literatura. Assim como relatado pelos autores a paciente tinha como sinais clínicos toxemia, músculos afetados edemaciados, hiperêmicos, quentes, macios e com tendência a necrose tecidual. A paciente foi tratada com debridamento das áreas desvitalizadas e acompanhados de antibióticos intravenosos conforme a literatura aborda.</p>

PO 366-1	PO 366-2
<p>INTUSSUSCEPÇÃO GASTRODUODENAL POS GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX</p> <p>Roberta Helena Sena, Carlos Humberto Guilman Tanizawa, Antonio Carlos Rosa de Sena, Tiago Kuchnir Martins de Oliveira, Daniel Seigui Kaio, Geraldo Alberto Sebben</p> <p><i>Hospital São Vicente - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade é considerada, atualmente, um dos principais problemas de saúde no mundo, tendo sua incidência quase triplicado desde 1975. A cirurgia bariátrica tem um papel importante no controle da obesidade. O procedimento consiste na modificação do trato gastrointestinal visando redução de seu volume e/ou da sua capacidade absorviva. Entre os procedimentos de cirurgia bariátrica, o Bypass Gástrico em Y-de-Roux é o mais realizado. Apesar de ser uma cirurgia bem estudada e com nível de segurança bem documentada, não é isenta de riscos. São documentadas complicações, tais como: fístula de linha de grampeamento, sangramento gastrointestinal, obstrução intestinal, estenose de anastomose, colélitíase e nefrolitíase. O objetivo deste estudo é descrever uma dessas complicações, de apresentação rara dentro deste grupo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 40 anos, submetida a Bypass Gástrico com derivação intestinal em Y de Roux videolaparoscópico. Obesidade grau II (IMC 39,02), dislipidemia, esteatose hepática leve, lesões decorrentes de artrose em ambos os joelhos e em tornozelo direito, hérnia hiatal operada previamente com Fundoplicatura a Nissen, sem outras comorbidades. Com nove meses de pós-operatório, iniciou episódios de dores epigástricas com irradiação em faixa para dorso, sugestiva de ser biliar. Nas crises de dor, os níveis de lipase elevaram significativamente (192U/L). Durante a investigação diagnóstica, foram realizadas endoscopia digestiva alta, ultrassom de abdômen e colonoscopia, todos com ausência de alterações patológicas que justificassem o quadro. Na Ressonância Magnética foram evidenciados sinais sugestivos de invaginação do fundo gástrico excluso para a região do antro, e em outra ultrassonografia realizada posteriormente observou-se intussuscepção do estômago excluso para a terceira porção duodenal e presença de sedimentos na vesícula biliar. O tratamento de escolha foi gastrectomia do estômago excluso e colecistectomia, com resolução completa do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia bariátrica é considerada uma forma segura de tratamento da obesidade, apesar dos riscos de algumas complicações, dentre elas a intussuscepção jejunojejunal, considerada rara. O caso relata um quadro de intussuscepção gastroduodenal após uma cirurgia de Bypass Gástrico em Y-de-Roux, com elevação de enzimas pancreáticas. Uma provável predisposição a esta invaginação pode ser oriunda das cirurgias gástricas prévias – Fundoplicatura a Nissen e Bypass Gástrico em Y-de-Roux -, que deixaram o estômago sem fixação, devido à ligadura dos vasos curtos e secção do grande omento para a confecção da anastomose gastrojejunal pré-cólica. Dessa forma, a telescopagem do estômago para o duodeno foi possível. Para concluir o diagnóstico desse caso foi realizada a Laparoscopia, instrumento importante no diagnóstico e na terapêutica em pacientes com dor abdominal de etiologia desconhecida, em especial naqueles com alterações anatômicas importantes, a exemplo do Bypass Gástrico em Y-de-Roux.</p>	<p>LIPOMA ATÍPICO/LIPOSSARCOMA BEM DIFERENCIADO GIGANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Marlei Brites Luzardo, Arthur Bueno Luzardo, Guilherme Ribeiro, Carolina Bueno Luzardo</p> <p><i>ULBRA-Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lipossarcoma é um tumor maligno de células adiposas, descrito primeiramente por Virchow em 1857 e corresponde, em adultos, ao subtipo histológico mais comum dos sarcomas de partes moles, representando 17% de todos os sarcomas. Podem ser subdivididos histologicamente em: bem diferenciado ou lipoma atípico, indiferenciado, mixoide, de células redondas e pleomórfico. Apenas 3% de todos os lipossarcomas acometem a região da cabeça e do pescoço, sendo seus locais mais comuns a laringe, o pescoço e as bochechas. Os lipomas atípicos são os prevalentes e, geralmente, apresentam-se como tumoração amolecida, bem circunscrita, lobulada, assintomática e em torno de até 10 cm. São localmente agressivos e raramente causam metástase. O objetivo desse estudo é relatar um caso de lipoma atípico/lipossarcoma bem diferenciado gigante e revisar a literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 94 anos, natural e procedente de Bagé-RS, foi encaminhado ao cirurgião de Cabeça e Pescoço devido à tumoração na região cervical no lado esquerdo há aproximadamente 50 anos. Refere crescimento lento. Paciente negava dor e dispnéia, todavia queixava-se do peso e do fator estético. Sem histórico prévio de neoplasia maligna. Ao exame físico, notou-se grande tumoração amolecida, bem circunscrita e móvel em região cervical, supra e infraclavicular no lado esquerdo. Em função de seu grande tamanho, foi realizado exérese da lesão tumoral, com ilha de pele e reconstrução por sutura primária. O resultado do anatomopatológico foi de lipoma atípico também dito lipossarcoma bem diferenciado. O exame macroscópico da lesão tumoral excisionada revelou porção nodular de tecido fibroadiposo recoberta por cápsula, pesando 1760g, medindo 22,0 x 18,0 x 8,6 cm e recoberta por retalho de pele de 21,0 x 4,7 cm. Aos cortes, mostra-se amarelada, brilhante e com estrias cinzentas de pernio. No momento, após 7 anos da cirurgia, o paciente encontra-se com satisfatória cicatrização, sem sequelas funcionais e sem recidiva da neoplasia.</p> <p>DISCUSSÃO: Os lipomas atípicos representam 40-45% de todos os lipossarcomas. Como costumam ser assintomáticos ou quando notados, são tardios, o diagnóstico depende de exames de imagem e, fundamentalmente, de análise anatomopatológica. O principal diagnóstico diferencial é o lipoma. O tratamento é a cirurgia excisional completa do tumor. Linfadenectomias são contraindicadas, uma vez que o risco de metástase é de praticamente 0%. Radioterapia e quimioterapia têm indicação controversa. O prognóstico é definido pelo tipo histológico. O lipoma atípico tem taxa de sobrevida em 5 anos variando de 70-95% conforme o local do corpo. As taxas de recidiva variam de 13-46% se em extremidades e de 91% se no retroperitônio. Acredita-se que o caso relatado seja relevante, pois o lipoma atípico/lipossarcoma bem diferenciado é raro tanto por ser na região da cabeça e do pescoço, quanto pelo seu exuberante tamanho e peso, visto que a cirurgia propiciou, além de um prognóstico favorável, qualidade de vida ao paciente.</p>
<p>PO 367-2</p> <p>LIPOMA GIGANTE EM REGIAO CERVICAL: RELATO DE CASO</p> <p>Marlei Brites Luzardo, Arthur Bueno Luzardo, Guilherme Ribeiro, Carolina Bueno Luzardo</p> <p><i>ULBRA-Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lipoma é um tumor mesenquimal benigno de adipócitos maduros, considerado o tumor mais comum de tecidos moles. Localizam-se, principalmente, no tecido subcutâneo e, menos comumente, em órgãos internos. O lipoma é encapsulado, assintomático e apresenta crescimento lento e tamanho entre 2 a 10 cm. Considera-se lipoma gigante quando o tumor mede mais do que 10cm em uma de suas dimensões ou pesa mais do que 1000g. O estudo tem como objetivo relatar um caso de lipoma gigante e realizar a revisão de literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 53 anos, natural e procedente de Porto Alegre-RS, foi encaminhado ao cirurgião de Cabeça e Pescoço em função da presença de uma massa tumoral na região da cervical no lado direito há aproximadamente 25 anos. Referiu crescimento lento. Paciente negava tanto dor, quanto dispnéia, porém referiu incômodo e constrangimento em função do fator estético e leve desconforto devido ao peso da lesão. O exame físico relevou grande tumoração amolecida, indolor à palpação, bem circunscrita em região cervical e supraclavicular no lado direito. Como tratamento realizou-se a lipectomia, isto é a exérese da lesão tumoral com posterior reconstrução por sutura primária. O resultado do anatomopatológico foi de lipoma. O exame macroscópico da peça tumoral excisionada revelou porção de tecido adiposo de forma ovalada, com superfície recoberta por delgada cápsula, pesando 780g e medindo 15,0 x 9,0 x 5,5 cm. Aos cortes, mostrou-se amarelado e brilhante. No momento, após 10 anos da cirurgia, o paciente encontra-se com satisfatória cicatrização, sem aquelas funcionais e sem recidiva da lesão tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: Consoante análise da literatura, embora lipomas pequenos sejam frequentes, lipomas gigantes são raros. Os lipomas gigantes, apesar de indolores, podem causar consequências como efeitos estéticos e incapacitantes laborais que repercutem negativamente na vida social e profissional do paciente. Ademais, há casos em que o tumor pode provocar a compressão de estruturas e órgãos adjacentes como nervos e vasos sanguíneos. O diagnóstico é clínico, porém exames de imagem são complementares e importantes sobretudo para os diagnósticos diferenciais, sendo o lipossarcoma um deles. Embora a lipoaspiração seja um método aceito, acredita-se, pois, que a técnica cirúrgica por excisão completa do tumor seja a melhor escolha para o tratamento definitivo do lipoma gigante, porque a cirurgia permite a preservação da lesão ressecada sem que haja o cisalhamento tumoral, e, assim, possibilita uma melhor análise anatomopatológica. Ademais, apresenta baixo índice de recidiva, em torno de 2%, e propicia maior segurança transoperatória no que concerne à preservação de estruturas anatômicas adjacentes ao tumor.</p>	<p>PO 367-3</p> <p>TRATAMENTO LAPAROSCOPICO DE APENDICITE CAUSADA POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)</p> <p>Laisla Cristina Souza, Thiago Silva Ribeiro, Vitória Vieira, Pedro Henrique Moraes, Caroline Anjos</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um dos mais efetivos métodos contraceptivos reversíveis, utilizado por mais de 150 milhões de mulheres no mundo. Dentre as complicações deste procedimento está a perfuração uterina durante sua inserção, evento raro e grave que ocorre em 1 a cada 1000 inserções. Além de lesionar a parede uterina, aproximadamente 15% destes casos afetam órgãos adjacentes.</p> <p>RELATO DE CASO: paciente de 30 anos, previamente assintomática, relata que durante ultrassonografia transvaginal (USG-TV) para verificar posição do DIU, após 40 dias de sua introdução em uma UBS, identificou-se dispositivo em localização ectópica no fundo de saco posterior. Durante a realização do exame, a paciente apresentou um episódio de dor intensa e súbita, em pontada, sem irradiação, em região perianal. Nega outros episódios de dor, náuseas, vômitos, febre, sudorese, calafrios, hiporexia. Três dias após o exame, submeteu-se à cirurgia para retirada do corpo estranho. À laparoscopia exploradora, evidenciou-se secreção purulenta em fundo de saco de Douglas e o dispositivo transfixando a parede uterina posterior, com bloqueio pelo apêndice vermiforme, o qual encontrava-se perfurado e inflamado. Procedeu-se com extração do DIU, apendicectomia e lavagem vigorosa da cavidade, não sendo necessária rafia da parede uterina. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta com sintomáticos em 12h. No retorno, após 7 dias, apresentava-se sem sintomas e com resultado estético ideal.</p> <p>DISCUSSÃO: o uso do DIU, apesar de seguro, está sujeito à ocorrência de complicações, como expulsão do dispositivo, infecção pélvica e perfuração uterina. Embora seja rara, esta última complicação é grave devido ao potencial lesivo de estruturas adjacentes, como bexiga, reto, sigmoide e, com poucos casos descritos, apêndice. Dentre os fatores de risco para perfuração estão a inserção no pós-parto imediato, devido à fragilidade da parede uterina neste período, e fatores anatômicos, como úteros demasiadamente ante ou retrovertidos. A apendicite causada por DIU pode apresentar-se como um quadro semelhante aos de outras etiologias ou, como neste caso, evoluir de forma assintomática. O diagnóstico pode ser confirmado com USG e o tratamento deve ser instituído preferencialmente por via laparoscópica. Conclusão: A perfuração uterina por DIU é rara, e seu bloqueio pelo apêndice mais raro ainda, podendo ser tratado de modo eficaz por laparoscopia.</p>

PO 368-2	PO 368-3
<p>TRATAMENTO CIRURGICO DE MENINGIOMA ESFENOIDAL EM PACIENTE JOVEM SINTOMATICA</p> <p>Lorainny Aparecida Alencar Veiga, Patrick Nunes Brito, José Roberto Lopez Rivero</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAINA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os meningiomas são os tumores extra-axiais mais comuns, possuindo crescimento lento e sintomas de início insidioso e progressivo. Cerca de 90% dos casos são benignos, e costumam ter seu pico de incidência após a sexta década, sendo raros antes disso. Meningiomas esfenoidais podem acarretar com problemas visuais, paralisia e perda de sensibilidade em face, sendo possível o acometimento de artérias que irrigam o cérebro.</p> <p>RELATO DE CASO: J.C.S, sexo feminino, 17 anos, com quadro de cefaleia à direita há 1 ano, na região temporal, irradiada para o pescoço, com intensificação da dor nos últimos 3 meses associada a náuseas. Refere que nos últimos 2 meses apresentou quadros de síncope recorrentes, diminuição da acuidade visual bilateralmente e hemiparesia esquerda. Levantada hipótese de tumor cerebral, sendo solicitado exames laboratoriais e tomografia computadorizada (TC) de crânio. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica e normocrômica e a TC de crânio revelou volumosa formação expansiva de localização fronto-temporo-insular direita determinando efeito compressivo sobre as estruturas adjacentes e colapso parcial do ventrículo lateral correspondente compatível com meningioma de asa do esfenoide. Indicada microcirurgia para exérese do tumor. No procedimento, paciente em decúbito dorsal, com lateralização da cabeça para esquerda. Realizada incisão fronto-temporal com craniotomia pterional e hemostasia dural, seguida com durotomia. Emprega-se o uso da microcirurgia com observação de efeito oclusivo do tumor sob a carótida interna, nervo e quiasma óptico. Segue-se um longo processo com exérese macrosscópica total do tumor, de características vascularizado e duro. Realizou-se hemostasia local com posterior durorrafia, com pontos de ancoramento dural. Realizou-se cranioplastia e fechamento em planos. A cirurgia foi encerrada após 12 horas de procedimento, com a paciente evoluindo com estabilidade no pós-operatório. Receitado antieméticos, antibióticos, antiepilépticos e fisioterapia respiratória e motora. Recebeu alta hospitalar no 16º DPO, com melhora do quadro de hemiparesia.</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia é o tratamento primário para os meningiomas, principalmente quando acompanhados de sintomatologia. Embora suficiente na maior parte dos casos, alguns podem necessitar de radioterapia adjuvante. No entanto, como a maioria dos casos são assintomáticos, uma conduta expectante pode ser aceita, com realização de exames de imagem periódicos.</p>	<p>ISQUEMIA MESENTERICA COM CERCA DE UM MES DE EVOLUÇÃO</p> <p>Karolyne Ernesto Luiz Nobre, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Paulo Roberto da Silva Júnior, Hianny Ribeiro Cabral</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica é uma das causas de abdome agudo vascular, tendo como principal causa a embolia decorrente de arritmias cardíacas, como a fibrilação atrial. A morbimortalidade é elevada, sobretudo se houver atraso no diagnóstico. A dor abdominal desproporcional aos achados no exame físico impõe maior acurácia diagnóstica, pois para pacientes com sintomas agudos, um diagnóstico rápido é imperativo, devido as consequências clínicas que podem ser catastróficas, incluindo sepse, infarto intestinal e morte. O tratamento é cirúrgico e não deve ser retardado.</p> <p>RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 66 anos, antecedentes de HAS e diabetes mellitus, fazendo uso de anti-hipertensivos e anti-diabéticos, admitida com dor em região infra-mamilar esquerda que irradiava para hipocôndrio esquerdo, de intensidade moderada. Apresentando interações anteriores por mesmos sintomas descritos, sendo intervalados, ao longo de um mês. Procurou unidades hospitalares, nas quais foram prescritos sintomáticos e solicitados exames laboratoriais sem alterações, ECG apresentando fibrilação atrial e ecocardiograma transtorácico que não elucidaram o diagnóstico. Ao apresentar exacerbação com mantimento do quadro algíco, foi internada em hospital referenciado. Ao exame o abdômen sem sinais de peritonite e blomberg negativo, exames laboratoriais solicitados evidenciando leucocitose e desvio a esquerda, ECG realizado demonstrando manutenção da fibrilação atrial, USG abdominal sem alterações, foram então prescritos sintomáticos e iniciado antibioticoterapia com meropenem, sendo solicitado tomografia abdominal contrastada para esclarecer o diagnóstico, e que demonstrou sinais sugestivos de infarto esplênico. Por apresentar desproporção do exame clínico aos de imagem, aventou-se a hipótese diagnóstica de isquemia mesentérica, e requerido uma angiotomografia computadorizada de abdômen que concluiu o diagnóstico, e ratificou a decisão de encaminhar a paciente ao bloco cirúrgico, neste foi constatado extensa área de necrose há 130 cm da válvula ileocecal (intestino delgado) e realizado enterectomia, colectomia direita estendida e confecção de ileostomia + fistula mucosa e inserção de dreno tubular. Evoluiu satisfatoriamente no pós-cirúrgico, recebendo alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente em discussão apresentou um abdômen agudo vascular, por isquemia intestinal, podendo ser causada por qualquer processo que reduza o fluxo sanguíneo, como oclusão arterial, oclusão venosa ou vasoespasmio arterial, por ser portadora de fibrilação atrial crônica, provavelmente a etiologia de sua isquemia derivou-se de êmbolos liberados a partir dessa etiologia cardíaca.</p>
<p style="text-align: center;">PO 369-3</p> <p>PNEUMOPERITONIO IDIOPATICO: RELATO DE CASO</p> <p>Bruna Cezaroni Xavier, Thais dos Santos Couto, Laerte de Lima Elorde</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Passos - Passos - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumoperitônio é uma condição que acomete indivíduos de todas faixas etárias, sem prevalência descrita 1. Sua etiologia tem base tanto cirúrgica quanto não cirúrgica, porém, a causa de maior incidência consiste na perfuração de vísceras ocas, em geral, úlceras duodenais ou gástricas perfuradas. No entanto, aproximadamente 10% dos casos não tem origem esclarecida, constituindo assim os de causa idiopática 2. Desta forma, o objetivo deste relato é apresentar mais um caso de pneumoperitônio idiopático, além de oferecer suporte teórico-prático na investigação etiológica de casos de pneumoperitônio na prática médica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente N.B.S, 48 anos, sexo masculino, solteiro; 24 horas após ter participado de uma festa foi levado pelo SAMU à Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP), intubado pelo serviço extra-hospitalar ao ser encontrado inconsciente em sua residência. Apresentava glicemia capilar de 26mg/dl, Glasgow 6, não responsivo aos comandos, pupilas isocóricas, frequência respiratória de 24 irpm, frequência cardíaca de 92 bpm, pressão arterial de 110/70 mmHg e afebril. Ao exame físico da admissão não foram encontradas alterações significativas dos diversos aparelhos e foram solicitados ainda tomografia computadorizada de crânio, eletrocardiograma, exames séricos e raio X de tórax, os quais também não evidenciaram alterações. Tabagista e etilista social. No dia seguinte à admissão o paciente evoluiu com distensão abdominal associada a hipertimpanismo, sendo solicitado raio X de tórax e abdome, no qual foi evidenciado pneumoperitônio em região subfrenica direita e esquerda (Figura 1). Diante do quadro, foi realizada laparotomia exploradora.</p> <p>DISCUSSÃO: O pneumoperitônio idiopático é considerado uma condição rara, pois nos últimos 30 anos, pouco mais de 20 casos foram descritos 3. No entanto, na maioria dos casos algumas suspeitas puderam ser feitas em virtude de condições clínicas associadas ao aparecimento do pneumoperitônio: pseudo-obstrução do cólon, uso de cocaína (crack), efeito de radioterapia, entre outras. Dentre as causas de pneumoperitônio as de origem abdominal são majoritárias, tais como pneumatose cística intestinal, trauma gástrico após hiperinsuflação durante a ressuscitação cardiopulmonar, microtraumas na transição esôfago-gástrica provocados por vômitos, abscesso hepático, colite, história prévia de endoscopias, punção percutânea ou enema opaco. Dentre as causas de origem torácica estão trauma, barotrauma, tuberculose pulmonar, fistula broncopulmonar, ruptura espontânea de bolhas pulmonares, pneumotórax e ventilação mecânica em pacientes após ressuscitação cardiopulmonar. O diagnóstico desta condição pode ser feito através de RX abdome total. Também pode ser feito através de tomografia computadorizada, seguindo-se o protocolo de abdômen agudo. Confirmado o diagnóstico, a conduta na totalidade dos casos relatados é cirúrgica, por meio de laparotomia exploradora.</p>	<p style="text-align: center;">PO 370-2</p> <p>ANEURISMA ROTO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: USO DA TECNICA DE CLIP-WRAP</p> <p>Lorainny Aparecida de Alencar Veiga, Patrick Nunes Brito, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Brenda Nunes Brito, Camila Feury Cerqueira, Anna Carolina Pereira Gomes, Andressa Santos Osório, José Roberto Lopes Rivero</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurismas cerebrais são uma deterioração estrutural que acomete a parede arterial, ocorrendo em até 5% da população, sendo a maioria dos casos assintomática até sua ruptura e sangramento. O sangramento culmina na gênese da hemorragia subaracnóidea. O tratamento de aneurismas rotos tende a ser por via microcirúrgica ou via endovascular.</p> <p>RELATO DE CASO: A.M.S., sexo masculino, 51 anos, dá entrada na emergência com algia cervical, confusão mental e sonolência de início há 2 horas. Refere uso de medicações para quadro algíco, embora ineficazes. Ao exame físico neurológico reage a estímulos algícos, pupila direita não reagente a luz. Nega comorbidades e uso de substâncias ilícitas. Solicitado exames laboratoriais e tomografia computadorizada (TC) de crânio. Exames laboratoriais dentro da normalidade. A TC de crânio evidenciou hidrocefalia e hemorragia subaracnóidea. Solicitada arteriografia de carótidas e vertebrais, com resultado que confirmou aneurisma da artéria cerebral média esquerda roto de aproximadamente 3 mm, com vasoespasmio severo. Indicado tratamento cirúrgico. No procedimento cirúrgico, paciente em decúbito dorsal, com cabeça lateralizada em 45° a direita, realizada incisão fronto-temporal com craniotomia pterional. Utiliza-se microcirurgia e com auxílio de microscópio microdissecção da fissura de Sylvius até visualização da artéria cerebral média esquerda. Realizada ampla dissecação que permite identificar localização do aneurisma. Na parede anterior observa-se a presença de um remanescente do colo, largo, no qual há tendência a desgarro com realização de qualquer manobra com clip, por isso emprega-se o uso da técnica de clip-wrap, com uso de cola ao redor do vaso. Realizada hemostasia, fechamento dural e cranioplastia com reposicionamento ósseo. Finda-se com fechamento dos planos, com posterior uso de curativo compressivo no local da ferida cirúrgica. Paciente recebeu alta no 28º DPO após melhora clínica e orientações quanto a necessidade de fisioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: A técnica de clip-wrap é uma alternativa à impossibilidade da clipagem cirúrgica, sendo geralmente utilizada quando há colo alargado, calcificações e aneurismas de formato fusiforme. A técnica consiste no reforço da parede do aneurisma com materiais como algodão, músculo, cianoacrilato (cola). Embora, a clipagem tradicional seja o método preferível na maioria dos casos, a técnica de clip-wrap representa um avanço para tratamento de aneurismas não clipáveis.</p>

PO 370-3	PO 371-2
<p>ISQUEMIA MESENTERICA AGUDA COM SUBESTENOSE DE TRONCO CELIACO: RELATO DE CASO</p> <p>Vanusa de Noronha Biesdorf, Manoel Luiz Guimaraes Júnior, Gabriel Alexandre Lacerda, Lucas Maciel de Almeida Corrêa, Ivan Gregório Ivankovics, Daniel Barreto Gomes, Luiz Antonio Azevedo de Accioly</p> <p><i>Faculdades Integradas Aparício Carvalho - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda (IMA) é uma emergência cirúrgica frequentemente fatal com mortalidade em torno de 70%, apresentando os sobreviventes graves complicações intestinais, mesmo com o avanço em métodos diagnósticos e conhecimento da sua fisiopatologia. Suas principais causas são: embolia, trombose arterial mesentérica, trombose venosa e causas não-oclusivas por hipoperfusão intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: D.P.C, feminino, 57 anos, tabagista (78 maço/ano), hipertensa há 15 anos, deu entrada à unidade com quadro de dor abdominal súbita em fossa ilíaca direita (FID) há 1 dia associada à náuseas, vômitos, febre e diarreia. Ao exame físico: desidratada 3+/4, acianótica, anictérica, afebril, abdome plano, doloroso à palpação em epigastro e FID, ruídos hidroaéreos presentes. Exames laboratoriais: leucocitose (26.000/mm³). Foi internada com suspeita de gastroenterocolite aguda evoluindo em 24 horas com obstipação e distensão abdominal. Optou-se por realizar tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste, demonstrando estreitamento da aorta abdominal e ilíaca comum esquerda, sugerindo IMA. Foi feito a angioTC de abdome para avaliação cirúrgica que evidenciou estenose segmentar da artéria mesentérica superior de 2,5cm; estenose de artéria ilíaca comum esquerda, com recanalização distal por meio de colaterais e subestenoze da porção inicial do tronco celiaco com calcificações na sua origem. Após 72 horas de internação, foi submetida à laparoscopia com ressecção do cólon transversos (21cm), hemicolectomia direita e íleo-transverso anastomose término-lateral, após constatar por videolaparoscopia que não apresentava a extensão de danos compatível com os exames de imagem. No pós-operatório teve dificuldade de reintrodução da dieta oral devido quadro de angina mesentérica. Foi realizada a inserção de dois stents em tronco celiaco com melhora da motilidade intestinal. Evoluiu com abdome globoso, flácido, indolor, peristáltico, ferida operatória com bom aspecto, retirada do dreno túbulo-laminar e laboratório sem alterações tendo alta após 28 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Estima-se que a IMA seja responsável por cerca de 1% dos casos de abdome agudo. Atinge preferencialmente o sexo feminino (3:1) após os 60 anos. A dor abdominal associada a sinais de peritonite e leucocitose, mesmo em uso de antibioticoterapia devido hipótese inicial, ajudaram a continuar a investigação. O período desde o início do quadro até o tratamento cirúrgico contribuíram para a progressão da isquemia. Estima-se que a circulação colateral formada no mesentério tenha importância para a redução da progressão pois um déficit de 75% do fluxo mesentérico por um período de 12 horas não causa danos substanciais ao intestino. Entretanto, esse intervalo foi excedido tornando a isquemia um quadro instalado na paciente. O sucesso do tratamento irá depender do diagnóstico precoce e da rápida intervenção, visto que são importantes para a redução das comorbidades pós-operatórias do paciente.</p>	<p>MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE FOSSA POSTERIOR RECIDIVADO</p> <p>Lorainny Aparecida Alencar Veiga, Patrick Nunes Brito, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Ana Júlia Ferreira Fernandes, Anna Carolina Pereira Gomes, Brenda Nunes Brito, Andressa Santos Osório, José Roberto Lopes Rivero</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Astrocitomas são os gliomas mais comuns, sendo o astrocitoma pilocítico correspondente ao grau I (Organização Mundial de Saúde). Seu pico de incidência ocorre entre os 20 e 30 anos e sua principal localização é cerebelar. A idade é o fator prognóstico isolado mais importante, sendo que pacientes mais jovens tendem a viver mais.</p> <p>RELATO DE CASO: W. D. M., sexo masculino, 29 anos, com relato de cefaleia, tontura e diminuição da acuidade visual há 2 meses. Relata diagnóstico de astrocitoma pilocítico cerebelar há 2 anos, tendo sido realizado tratamento cirúrgico e sessões de quimioterapia e radioterapia. Considerada hipótese principal de recidiva tumoral de astrocitoma cerebelar, sendo o paciente submetido a ressonância magnética de crânio contrastada, que evidenciou imagem cística na porção mais superior do cerebelo esquerdo com nódulo mural medindo 1,3x1,0x1,1 cm (AP x LL x CC), com intensa impregnação após contraste, determinando efeito compressivo sobre as fissuras cerebelares e com hipersinal em T2 na substância branca adjacente podendo corresponder a edema, com conclusão diagnóstica de lesão recidivada em cerebelo esquerdo. Indicada cirurgia para exérese de tumor cerebral em fossa posterior. Durante a cirurgia, paciente em decúbito dorsal, com incisão mediana posterior seguindo cicatriz da cirurgia prévia, seguido de craniectomia no sentido do seio transversos esquerdo. Realizada abertura do tecido fibrótico, que envolve duramater e cerebelo, com hemostasia local com gelfoam e bisturi elétrico bipolar. Inspeção da cavidade, com visualização de lesão vascularizada correspondente a neoplasia, circundada por tecido necrótico escuro e fibrótico. Exérese da lesão macroscopicamente, com amostra colhida para exame histopatológico. Por fim, realizado fechamento dural, muscular, aponeuróticos e pele, com posterior uso de curativo compressivo no local da ferida, sendo o paciente dirigido a UTI para observação. No pós-operatório paciente apresentou boa evolução, mantendo-se estável hemodinamicamente, sem déficit motor e melhora sintomatológica, recebendo alta hospitalar no 5º DPO, mas com agendamento para retorno após resultado da biópsia.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora os astrocitomas pilocíticos possuam baixo potencial de malignização, seu comportamento é variável e pode recidivar, permanecer estável e, em raros casos, malignizar. O tratamento de todos gliomas envolve na maioria das vezes a associação da cirurgia, radioterapia e quimioterapia.</p>
<p>PO 371-3</p> <p>PNEUMOPERITONIO ESPONTANEO IDIOPATICO : RELATO DE CASO DE UMA ETIOLOGIA RARA</p> <p>RAPHAEL VERSIANI BRUGNARA D' OLIVEIRA, LEONARDO BRANDÃO REIS, TIAGO DE OLIVEIRA CUNHA, JOSÉ RENATO DEL BIANCO SILVA</p> <p><i>SANTA CASA MISERICORDIA DE PASSOS - PASSOS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pneumoperitônio em 90% dos casos é resultado de perfuração no trato gastrointestinal, usualmente presente com sinais de peritonismo e necessitando de cirurgia de urgência. O diagnóstico baseia-se inicialmente na presença de gás subfrenico visto no raio-x de tórax ou abdome. Etiologia não usual temos as causas espontâneas de pneumoperitônio, as quais podem ser de origens torácicas, abdominais, ginecológicas, iatrogênicas, e por fim após exclusão das mesmas as de defeito idiopático. Tais etiologias podem ser manejadas clinicamente, havendo divergência do tratamento ideal na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 49 anos, proveniente de Minas Gerais, deu entrada em emergência do nosso hospital com histórico de rebaixamento de nível de consciência há 24 horas, encontrado em uma festa com hipoglicemia. Histórico de tabagismo, sem cirurgias prévias e demais comorbidades. Evidenciado distensão abdominal ao exame físico e em raio-x visto pneumoperitônio de grande volume. Submetido a laparotomia exploratória, com saída de grande quantidade de ar ao abrir cavidade peritonial, realizada inspeção de abdome, não evidenciada contaminação e lesões aparentes, avaliação de alças de intestino delgado e grosso não havendo perfurações, ausência de perfurações em esfago abdominal e paredes diafragmáticas, feito manobras para exposição de retroperitônio o mesmo sem lesões, perfurações e contaminação. Feito teste com azul de metileno através de sonda nasogástrica sem extravasamento de líquido para cavidade abdominal, realizado fechamento de cavidade abdominal sem colocação de drenos. Paciente com alta hospitalar no 15.º dia pós-operatório com boa evolução e assintomático. Em pós-operatório tardio sem evidencia de complicações durante retornos subsequentes.</p> <p>DISCUSSÃO: Pneumoperitônio espontâneo é atribuído a diversas causas, entre elas: torácicas como barotraumas, pneumotórax; causas abdominais dentre elas pneumatose intestinal, colelitite enfisematosa, peritonite bacteriana espontânea, microtraumas da transição esofagogástricas por vômitos e colites; causas ginecológicas que podem ocorrer em mulheres após intercuro sexual e realização de exames como salpingografias; causas iatrogênicas, ocorridas em procedimentos tais como colonoscopia e endoscopias. Após exclusão dessas possíveis causas, o pneumoperitônio pode passar a ser considerado de origem idiopática, etiologia ainda mais rara. Situação considerada de emergência, o pneumoperitônio é passível de diagnóstico com raio-x simples de tórax ou abdome, como demonstrado no caso. O tratamento para pneumoperitônio baseia-se na abordagem cirúrgica principalmente quando associado a sinais e sintomas de abdome agudo, podendo sempre que possível optar pela abordagem laparoscópica. Quando não encontrada a causa do pneumoperitônio e afastado as origens espontâneas classifica-se como idiopático. Pode ser sugerido pequenas perfurações de vísceras subclínicas permitindo extravasar apenas o ar não as secreções intestinais, o que explicaria a causa idiopática.</p>	<p>PO 372-2</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL: RELATO DE CASO</p> <p>João Victor Pereira Gomes, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Hanna Paula Carolyne Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Eric de Oliveira Soares Júnior, Laís Rocha Brasil, Dórica Pereira Martins, Elder Narciso Feltrim</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nasoangiofibroma juvenil é um tumor benigno raro composto elementos miofibroblásticos e vasogênicos. Corresponde a 0,5% dos tumores de cabeça e pescoço e acomete em especial o sexo masculino. Geralmente localiza-se na região posterior da fossa nasal e rinofaringe, cursando com sintomas obstrutivos nasais e sangramento. Possui alta capacidade invasiva local, podendo estender-se à cavidade oral. O tratamento baseia-se na excisão total e por vezes, radioterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 14 anos, chega a Hospital de referência com epistaxe leve de coloração vermelho vivo há 30 dias associado a edema em face e dispnéia. Nega traumas. Ao exame: lúcido, orientado, taquipneico, eucárdico, acianótico, hipocorado (+/4+), apresentando massa palpável em hemiface direita, dolorosa, com 5 cm de diâmetro, linfonodomegalia em cadeia cervical posterior direita e esquerda, com linfonodos móveis e indolores à palpação, murmúrio vesicular presente à ausculta pulmonar, com restante do exame físico normal. Paciente é submetido ao uso de tampão nasal, sem melhora do sangramento. Realizada tomografia computadorizada de face que evidencia lesão expansiva sólida, bem delimitada estendendo-se do forame estenopalatino à coana, causando remodelamento ósseo do esfenóide, mandíbula, arco zigomático e osso nasal. A angiotomografia de face revelou massa hipodensa com densidade de partes moles, envolvendo e deformando a região do plexo venoso pterigóide e artéria maxilar à direita. O exame histopatológico realizado confirma a hipótese de nasoangiofibroma juvenil. É realizado procedimento cirúrgico, iniciando com incisão de Weber Ferguson à direita, seguindo de maxilectomia à direita com palatotomia, exposição do tumor com deslocamento do mesmo e sangramento intenso. É realizado dissecação total da lesão, e em seguida é feita reconstrução por osteossíntese da parede maxilar, zigomático-alveolar e maxilo-alveolar com uso de placas de 1,5mm. No pós operatório paciente encontra-se lúcido, orientado, eucárdico, eupneico, em uso de tampão nasal com melhora do sangramento. Paciente se mantém sem queixas e recebe alta hospitalar no 5º dia pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O rápido crescimento do tumor e o alto índice de recidivas, torna-se imprescindível um diagnóstico precoce e acompanhamento pós operatório destes pacientes. É importante salientar ainda o menor índice de sequelas pós operatórias quanto mais rápido for concluído o diagnóstico e realizado o procedimento cirúrgico adequado.</p>

PO 372-3	PO 373-2
<p>APENDICITE AGUDA COMPLICADA COM ETIOLOGIA NAO CONVENCIONAL: RELATO DE CASO</p> <p>BRUNA LOUISE BRUNA ZWARG BRANDÃO, DERMIVAL CALDEIRA</p> <p><i>Santa Casa de Campo Grande-MS - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apendicite aguda está entre as causas mais comuns de abdome agudo no mundo¹. A maior incidência ocorre em homens jovens, com idade entre 10-19 anos, forma não complicada, ao passo que nas crianças a incidência da emergência diminui, aumentando os índices de apendicites complicadas². Na faixa pediátrica, a obstrução do lúmen apendicular causada por corpo estranho (CE), é relativamente comum, porém raramente evolui para complicações³. O presente estudo relata um caso de apendicite aguda complicada causada por corpo estranho.</p> <p>RELATO DE CASO: J.L.F.C, 15 anos, masculino, dor abdominal difusa, tipo cólica, moderada intensidade, associado a febre, durante nove dias. No décimo dia, migração da dor para fossa ilíaca direita irradiada para hipogastro, forte intensidade, associado a calafrio, disúria, urina turva e vômitos. Apetite preservado, sem alterações no trânsito intestinal. Ao exame físico, abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, doloroso a palpação em hipogastro, FID e FIE; Sinais de peritonite presentes e massa palpável em FID. Exames laboratoriais: HB: 12,7g/dl, HT: 37,3%, leucócitos 17.270mm³, bastonetes 2%, seguimentados: 13,47mm³; PCR: 100,4mg/dl; EAS pH 6, nitrito negativo, 1000 leucócitos/mL, 1000 hemácias/mL, bactérias raras; função renal e hepática normais. USG abdome total: não conclusivo. Tomografia computadorizada: apêndice espessado com coleção e apendicolito. Imagem compatível com apendicite aguda fase IV bloqueada. Realizado incisão mediana infraumbilical, presença de plastrão com apêndice indissociável do ceco sendo realizada colectomia parcial direita e enteroanastomose ileotransverso. Laudo anatomopatológico: presença de perfuração de 0,5cm a 3,5cm da válvula íleo cecal. Apêndice cecal com coloração acastanhada e consistência firme, com dimensões 7,0 x 2,5 x 2,0cm, perfurações nas paredes medindo 0,4cm de diâmetro. Presença de estrutura inorgânica coraliforme, metálica, medindo 0,5 x 0,5 x 0,4cm próximo a área de perfuração. Frente a hipótese de apendicite aguda por CE, paciente relatou despreendimento e deglutição de "bracket" do aparelho dentário em data compatível com história clínica. Boa evolução, assintomático, exames laboratoriais normais, realizado alta no 4ºPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Ingestão de CE é comum em pacientes menores de 5 anos, na grande maioria ocorre livre trânsito pelo trato gastrointestinal sendo eliminado com as fezes⁴. A deposição no apêndice cecal é incomum, podendo apresentar clínica abdominal em horas ou em anos⁵. Objetos rombos, não metálico apresentam sintomas tardios ao passo que objetos pontiagudos podem apresentar clínica aguda devido a complicações como perfuração. Entretanto, a incidência de perfuração intestinal por ingestão de corpos estranhos é inferior a 1%, usualmente ocorre no intestino delgado. Apendicite aguda por CE é uma afecção rara, no caso apresentado, ainda mais incomum devido a faixa etária e natureza do agente desencadeante</p>	<p>TRATAMENTO CIRURGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR ESCLERODERMIFORME EM CONDUTO AUDITIVO</p> <p>João Victor Pereira Gomes, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Hanna Paula Carolyne Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Elder Narciso Feltrim, Rogerio Veloso Veloso, Ana Julia Ferreira Fernandes, Dórica Pereira Martins</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma basocelular (CBC) é um tumor maligno de origem em células da epiderme e representa 75% dos casos de tumores de pele. Seu desenvolvimento está relacionado a exposição solar, fazendo com que o mesmo se manifeste cerca de 10 a 50 anos após o dano solar. Embora com baixa capacidade metastática, o CBC apresenta alto índice invasivo local. A região mediana da face e pavilhão auricular são os lugares mais acometidos. Pode ser tratado apenas com excisão cirúrgica se diagnosticado precocemente.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 53 anos, chega ao ambulatório de especialidades com CBC no conduto auditivo externo direito recidivado após tratamento com cirurgia para exérese total realizada há 5 anos. Paciente refere otalgia e desconforto no lado afetado pela lesão. Nega otorragia e hipoacusia. Ao exame do pavilhão auricular observa-se lesão bem delimitada, de coloração rósea, com telangiectasias, medindo cerca de 3,0 cm em seu maior comprimento. Na otoscopia, membrana auricular de aspecto normal, salvo região acometida pela lesão, conduto auditivo interno e membrana timpânica íntegra, sem sinais de comprometimento. O laudo histológico confirma a presença de CBC ulcerado tipo esclerodermiforme, com desmoplasia moderada e discreto infiltrado inflamatório peritumoral. Realizada ressonância magnética da mastoide que evidenciou conduto auditivo externo com espessamento de partes moles com impregnação de contraste, sugerindo alterações microangiopáticas incipientes. Realizado então procedimento cirúrgico, iniciando com anestesia e antisepsia do local. A incisão inicial foi feita com margem de 5 mm a partir da borda externa visível da lesão de forma a circundar a mesma por completo. Em seguida foi feita a ressecção de todo o conduto auditivo externo e retirada do tumor. Logo após foi feita uma reconstrução do local, com posterior colocação de curativo adesivo. O laudo histopatológico feito após o cirúrgico evidenciou CBC em estágio T4N0M0. Paciente evoluiu sem queixas nos primeiros pós operatório, recebendo então alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O CBC no pavilhão auricular geralmente possui comportamento agressivo e pior prognóstico quando comparado aos tecidos restantes devido à anatomia diferenciada deste local. A partir do envolvimento do pavilhão auditivo, o tumor pode estender-se a regiões próximas ou mais distantes. Em razão disto, é necessário um diagnóstico preciso e acompanhamento pós operatório destes pacientes.</p>
<p style="text-align: center;">PO 373-3</p> <p>APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA EM PACIENTE COM MA ROTAÇÃO INTESTINAL</p> <p>MARIANA MIRANDA GARCIA, CAMILA SANTOS GODDARD BORGES, CYNTIA FERREIRA DOS REIS, GUILHERME VAZ DE MELO MOTA, LEONARDO QUINETE GUIMARAES, DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA, PABLO NELSON DO VALLE UNBER, THIAGO DE ALMEIDA FURTADO</p> <p><i>FAMINAS-BH - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apendicite aguda é uma urgência cirúrgica e a causa mais comum de dor abdominal. A sintomatologia mais comum é dor em região periumbilical com irradiação para a fossa ilíaca direita. Porém, no caso de pacientes com anomalias congênitas, má rotação intestinal e situs inversus, os sintomas tornam-se mais inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico e pode agravar o quadro com complicações. Os exames de imagem são imprescindíveis no diagnóstico dessa condição, sendo a Tomografia Computadorizada o exame padrão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 34 anos, com início súbito de dor abdominal difusa associada a náuseas e 3 episódios de vômitos. Evoluiu com persistência dos sintomas, procurou pronto atendimento 3 horas depois do início do quadro, apresentando discreto aumento de marcadores inflamatórios. Havia história prévia de cirurgia aos 2 anos de idade por obstrução intestinal, quando foi diagnosticada má rotação intestinal, do tipo não rotação intestinal. Apresentava dados vitais estáveis, abdome com dor à palpação em flanco esquerdo e mesogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. TC de abdome evidenciou apêndice cecal em flanco esquerdo, medindo 1cm de diâmetro, paredes espessadas e densificação de gordura adjacente e alças de delgado ocupando hemiabdomene direito e intestino grosso ocupando hemiabdomene esquerdo. Feito o diagnóstico de apendicite aguda com localização atípica, foi iniciado tratamento com antibioticoterapia, dieta suspensa e hidratação venosa. Encaminhado para apendicectomia laparoscópica, onde se confirmou apendicite em flanco esquerdo, grau II, sem outros sinais de complicação. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite aguda é uma inflamação no apêndice em que a típica dor no quadrante inferior direito pode não ocorrer em até um terço dos pacientes. Isso é principalmente verdadeiro em casos de anomalias congênitas. Entre estas, tem-se o situs inversus e a má rotação intestinal, cuja incidência em adultos é de 0,2%. Essa condição é causada pela não rotação ou rotação incompleta das alças intestinais primitivas ao redor do eixo do Arteria Mesentérica Superior. Normalmente, o diagnóstico ocorre no primeiro mês de vida. A má rotação contribui para que a sintomatologia desses pacientes com apendicite não seja tão específica. Dessa forma, apresentarão sintomas atípicos e a dor mais comum será em região abdominal esquerda. No que se refere aos exames de imagem, a TC e a USG ganham destaque, pois auxiliam a excluir outros diagnósticos diferenciais, como diverticulite, doença de Crohn e retocolite ulcerativa. A TC mostra-se como a melhor opção, pois consegue evidenciar o processo inflamatório e, em muitos casos, mostra outras alterações anômicas comuns em casos de má rotação intestinal. Em pacientes com esta condição, deve-se levar em conta o diagnóstico de apendicite, mesmo com quadro clínico atípico.</p>	<p style="text-align: center;">PO 374-2</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO EM RECIDIVA DE OLIGODENDROGLIOMA</p> <p>João Victor Pereira Gomes, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Hanna Paula Carolyne Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Anna Carolina Pereira Gomes, Andressa Borges Brito, Ana Julia Ferreira Fernandes, José Roberto Lopes Rivero</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Oligodendrogliomas são tumores encefálicos infrequentes compostos por células morfológicamente semelhantes a oligodendrócitos. São bem diferenciados, de crescimento lento e pico de incidência na faixa entre 35 a 45 anos, sendo a sua maioria representado por oligodendrogliomas de baixa classe (classe II). Geralmente suspeitados após história de enxaquecas e convulsões de longa data, que quando não cedem a medicações usuais tendem a ter indicação cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: M. J. F. S., sexo feminino, 42 anos, admitida em hospital com quadro cefaleia de difícil controle, não responsiva a analgésicos comuns, associada a quadros convulsivos diários, hemiparesia e diminuição da força muscular à direita, paralisia facial à direita e disartria. Paciente refere a realização prévia de 2 procedimentos cirúrgicos nos últimos 8 anos (2010 e 2014), sendo todos indicados para exérese de tumor encefálico (oligodendroglioma grau II), e seguidos com radioterapia adjuvante. Solicitado exames laboratoriais e ressonância magnética (RNM) de crânio. Hemograma, coagulograma, gasometria e provas de função renal dentro dos parâmetros, no entanto RNM de crânio evidenciou sinais de recidiva tumoral e infiltração em margens da cavidade cirúrgica à esquerda (recidiva local), e quando comparada a RNM de um ano anterior, notou-se aumento da lesão nas margens cirúrgicas, maior infiltração e espessamento dos giros. Com diagnóstico confirmado de recidiva local de tumor encefálico profundo, paciente foi submetida a cirurgia. No procedimento, posta-se em decúbito dorsal, cabeça lateralizada à direita, sendo realizada incisão fronto-temporal seguindo incisão prévia cirúrgica, seguido por craniotomia frontal através de craniotomia prévia e posterior drotomia. Realizada microdissecção, com técnicas de coagulação, devido a identificação de lesão cística altamente vascularizada. Procedeu-se a exérese macroscópica completa da lesão, grau 2 de Simpson, com sangramento significativo contido com gelfoam. Realizou-se fechamento dural, reposicionamento ósseo, cranioplastia e fechamento por planos. Uma amostra da lesão foi encaminhada para estudo histopatológico, que posteriormente confirmou diagnóstico de oligodendroglioma grau II. Paciente com evolução favorável sem intercorrências, recebendo alta no 8º DPO, sendo orientada a manter fisioterapia motora e controle ambulatorial com a neurocirurgia, além de ser encaminhada ao INSS para pericia médica para concessão de aposentadoria por invalidez.</p> <p>DISCUSSÃO: Os oligodendrogliomas apresentam maior sensibilidade ao tratamento que outros tumores gliais, no entanto, devido a característica infiltrativa desses tumores, a cirurgia tende a não remover completamente a tumoração, por isso é comumente associado tratamento radioterápico ou quimioterápico. Ainda assim, as lesões tendem a ser recidivantes.</p>

PO 374-3	PO 375-1
<p>HERNIA DE AMYAND DIAGNOSTICADA NA ULTRASSONOGRAFIA: RELATO DE CASO</p> <p>GUILHERME MENEZES DE ANDRADE FILHO GUILHERME MENEZES GUILHERME MENEZES, Carine Avello de Matos Avello de Matos, Winne Noleto Martins Noleto Noleto Martins, Wendel dos Santos Furtado Santosw dos Santos Furtado, João Marcos Monteiro Ramos Monteiro Ramos, José Miguel da Silva Maciel Júnior Maciel da Silva Maciel Júnior, Phylippe Augusto Oliveira Augusto Oliveira</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand é a presença do apêndice cecal contido no interior do saco herniário de uma hérnia inguinal. Sua apresentação clínica pode envolver dor, abaulamento e sensibilidade cutânea aumentada na região inguinal até sinais de irritação peritoneal, a depender do estágio de evolução em que se encontra a doença. A hérnia de Amyand foi inicialmente descrita em 1786 por Claudius Amyand, considerada a primeira abordagem cirúrgica de apendicite descrita. Desde então, o acrônimo foi reservado às situações em que o apêndice cecal se encontrava no saco herniário inguinal. Trata-se de um evento raro, envolvendo cerca de 1% de todas as hérnias de parede abdominal, enquanto que a apendicite está associada com hérnia em cerca de 0,13 a 0,07%.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente aposentado, de 73 anos foi ao pronto-atendimento referindo dor abdominal há 5 dias, com intensificação há 2 dias. A dor se localizou em região inguinal direita. Nega disúria, náuseas, vômito, febre ou alterações gastrointestinais. Ao exame físico, apresentava abdome flácido, doloroso em região inguinal direita, com leve hiperemia e calor locais. Testículo direito com epidídimo espessado, doloroso à palpação. Na avaliação laboratorial, apresentava discreta leucocitose e elevação das provas de atividade inflamatória. Realizada USG de bolsa testicular que evidenciou hérnia inguinoescrotal encarcerada contendo gordura mesentérica e segmento de alça intestinal, sugestiva de apêndice vermiforme (hérnia de Amyand). O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi submetido a inguinotomia à direita, com identificação de hérnia inguinal interna com saco herniário que descia para a bolsa testicular. Em seu interior, foi identificado o apêndice cecal edemaciado, eritematoso, com fibrina em porção distal, sem sinais de perfuração, com base íntegra. Foi realizada a apendicectomia, seguida da herniorrafia à Bassini, com fio Prolene 0, em chuleio contínuo. O paciente evoluiu bem no pós-operatório (P.O.), recebendo alta hospitalar no 5º dia de P.O. Retornou ao ambulatório de Cirurgia Geral no 12º P.O., referindo bom controle algico, aceitação alimentar, bem como retorno gradual às suas atividades cotidianas. Ferida operatória com boa cicatrização, sem sinais flogísticos ou drenagem de secreções.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é uma doença de apresentação clínica variável e ocorrência rara, mas conta com algumas séries históricas que discutiram a sua incidência, taxas de mortalidade, epidemiologia, bem como abordagem terapêutica. Percebeu-se, por exemplo, que até 94% dos pacientes são do sexo masculino e tem uma média de idade de 42 anos. No caso em questão, foi realizada a apendicectomia via inguinotomia, bem como a herniorrafia à Bassini, minimizando os riscos de infecção cirúrgica por colocação de tela numa cirurgia contaminada.</p>	<p>GASTROPLASTIA PARA CORREÇÃO DE OBESIDADE: COMPLICAÇÕES E REINTERNAÇÕES</p> <p>FABIO ROBERTO PEREIRA ALMEIDA JR, MARIANA AQUINO ZANOTTI, BERNARDO PROCACI KESTELMAN, ANA FERNANDA FRANCHI GUERRA CASTELFRANCHI, FELIPE ARAUJO MORAES SANTOS, WILSON RODRIGUES FREITAS JR</p> <p><i>FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da obesidade com a técnica de Bypass Gástrico é efetiva, pois após a cirurgia, a quantidade de alimentos ingeridos e absorvidos é substancialmente menor. Em quase todos os pacientes que mantêm mudança de hábito alimentar e práticas de atividades físicas regulares, há perda de peso de maneira adequada e duradoura, porém infecção, hérnia e fistula são algumas das complicações que podem ocorrer após a cirurgia. A fistula gastro-gástrica consiste numa comunicação anormal entre o reservatório gástrico e o estômago excluído, que geralmente acontece no pós-operatório tardio, como foi o caso da nossa paciente descrito neste relato.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente N.C.A.R, feminino, 26 anos, realizou em 15/01/2015 um Bypass Gástrico em Y de Roux com um peso de 125 kg nessa data (IMC 46), sendo o menor peso atingido pós-operatório de 85 kg. Teve alta hospitalar em 19/01/2015. Em 22/01/2015 retornou ao nosso serviço de saúde, evoluindo com peritonite fúngica e posteriormente empiema a esquerda, que foram devidamente tratados. A paciente no dia 14/04/2015 retornou ao ambulatório queixando-se de dor abdominal, por meio de uma TC identificou-se um abscesso subfrênico que foi tratado com uma punção guiada por USG. Em 26/02/2018, paciente retorna com queixa de dor epigástrica esporádica, vômitos pós-prandiais, diarreia e quadro de ganho ponderal de 7kg em 5 meses. Ao realizar EDA e EED foi revelado uma comunicação entre o "pouch" e o estômago excluído. Foi programado uma reabordagem cirúrgica, no intraoperatório evidenciou-se um trajeto fistuloso entre o pouch gástrico e o jejuno, onde a alça jejunal dobrava-se sobre o estômago. Esse trajeto fistuloso colocava em trânsito a porção do estômago que ficara excluído na primeira cirurgia, invalidando toda intervenção cirúrgica prévia. Optou-se por suturar os 3 orifícios formados, além disso realizaram gastrectomia proximal do estômago excluído, preservando apenas piloro e antro. A paciente evoluiu bem no pós-operatório. Em 12/05/2018, a paciente retorna ao serviço com queixas de dor, náuseas, vômitos e saída de secreção sero-hemática da ferida operatória que tornava possível suspeitar de obstrução da alça duodenal. Realizou-se uma laparotomia e nessa, um by-pass duodeno-jejunal latero-lateral no início da alça comum. Desde então a paciente encontra-se estável, retornando ao ambulatório de cirurgia bariátrica, alimentando-se normalmente e em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: A fistula gastro-gástrica (GGF) é uma comunicação entre a bolsa gástrica e o estômago excluído. É uma complicação rara, sendo sua incidência variando entre 1,5% e 6,0%. O sintoma mais comum dessa complicação é a perda ou ganho de peso inadequados. Ulceração marginal intratável, hemorragia gastrointestinal superior recorrente, dor e vômitos pós-prandiais. Atualmente, não há nenhuma técnica cirúrgica específica para tratar GGF. A abordagem possível é a realizar uma gastrectomia do estômago excluído com a secção da bolsa gástrica e bloqueio do trajeto fistuloso.</p>

PO 375-2	PO 375-3
<p>CRANIOTOMIA PARA TRATAMENTO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO EM PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Andressa Borges Brito, Patrick Nunes Brito, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Juliane Lopes Nascimento, Anna Carolina Pereira Gomes, Ariel Teixeira Ribeiro, Paulo Henrique Dias Moraes, Anna Luiza Pereira Lima Almeida</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hematoma subdural crônico é um acúmulo de sangue, de evolução crônica, entre as membranas dura-mater e aracnoide. A incidência de hematoma subdural crônico aumenta proporcionalmente a idade, chegando a 7.35/100.000 pessoas no grupo etário de 70-79 anos. O sexo masculino é o mais acometido, com uma prevalência de 70 a 90%. São frequentemente vistos na prática cirúrgica, constituindo-se numa forma comum de hemorragia intracraniana. Geralmente estão associados a traumas craniocefálicos prévios de leve intensidade ocorrendo principalmente em idosos por possuírem as veias normalmente mais dilatadas, portanto, mais facilmente danificadas. Há diferentes alternativas de tratamentos cirúrgicos, porém os objetivos são os mesmos: descompressão do hemisfério cerebral acometido e a prevenção de recidivas. O tratamento cirúrgico se faz necessário mesmo em lesões de pequena monta, visto que o hematoma subdural tende a aumentar suas dimensões em decorrência de pequenas micro-hemorragias que culminam em aumento da pressão intracraniana.</p> <p>RELATO DE CASO: .F.O, sexo masculino, 82 anos, em tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Acompanhante relata IAM e AVE prévios. Da entrada ao pronto socorro com quadro de queda da própria altura evoluindo para perda da consciência. Acompanhante refere que paciente teve episódios de vômitos e cefaleia intensa antes do ocorrido. Paciente foi admitido em MEG, hipocorado, eupneico, hipotenso e com pontuação 4 na escala de coma de Glasgow. Foi solicitado parecer do neurologista, que após realizar exame físico, solicitar e analisar Tomografia Computadorizada, encaminhou o paciente para craniotomia para que fosse realizada drenagem de hematoma subdural à direita. O paciente encontra-se no décimo dia de pós-operatório, desorientado, afebril, eupneico, apresenta anisocoria D>E, com 9 pontos na escala de coma de Glasgow, anêmico, respirando em ar ambiente, em uso de sonda para alimentação enteral. Apresenta ulcera de pressão necrosada em região sacral e em calcâneo bilateralmente.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da alta prevalência desta entidade, e da evolução das técnicas cirúrgicas, não há protocolo estabelecido ou consenso, portanto, a técnica cirúrgica empregada baseia-se na preferência pessoal do neurocirurgião. Embora a craniotomia tenha sido o tratamento de escolha para o paciente em questão, a tendência nos últimos anos tem sido a realização de trepanações e drenagem seguidas de irrigação exaustiva com solução salina e adaptação de um dreno subdural. Esta técnica tem uma natureza menos invasiva que a craniotomia, levando-se em conta que a população naturalmente mais acometida pelo HSCR é composta por idosos, que normalmente possuem graves comorbidades, o que está exemplificado no caso relatado, por tratar-se de um paciente idoso em tratamento de HAS e DM; evidenciando uma recuperação lenta. Alguns autores defendem que a técnica menos invasiva tem igual eficácia diminuindo as taxas de morbidade e mortalidade.</p>	<p>CORPO ESTRANHO INTRA ABDOMINAL: RELATO DE CASO</p> <p>CAMILA PAIXÃO MARQUES, ANDRÉ LUÍS SILVA DO AMARAL, ORESTES BORGES, ANDRÉ POSTIGO CORDEIRO, RODOLFO GARCIA BORGES, RAFAEL RODRIGUES MANTOS</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR. ANTÔNIO FONTES (HRCFAF) - CÁCERES - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A retenção pós-operatória de corpos estranhos (CE) é um evento que deve ser alvo de muita atenção do cirurgião. Dentre os casos de retenção de CE, os mais comuns são de material têxtil, produzidos com algodão, esquecidos após cirurgias abdominais, chamados de gossipibomas. O tempo de apresentação de sintomatologia após o procedimento cirúrgico que deixou o CE é, geralmente até o 13º dia de pós-operatório, sendo que em casos excepcionais podem ocorrer por tempo indeterminado devido reação de encapsulamento do material deixado na cavidade abdominal. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de gossipiboma extraído no HRCFAF com tempo de latência de 23 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: P.E.S.A., masculino, 55 anos, queixou-se de dor abdominal moderada e difusa, náuseas, e ausência de eliminação de fezes e flatos há 48 horas. História de laparotomia exploradora há 23 anos, devido perfuração de cólon descendente por arma branca. Ao exame físico: afebril, hipocorado (+/4), desidratado leve, taquicárdico, abdome distendido com cicatriz cirúrgica paramediana E xifumbilical, RHA-, hipertimpanismo, doloroso à palpação superficial com defesa abdominal voluntária, Blumberg+, massa palpável de 10x8cm, sólida, móvel e dolorosa a manipulação, localizada entre flanco E e FIE. Dentre os exames laboratoriais e imagem, hemograma: leucócitos 18.600 /µL com desvio à E e NA 130mEq/L. A US apresentou massa em região FIE, medindo 74mm, com sombra acústica posterior. A TC revelou material amorfo heterogêneo, localizado em FIE, encapsulado, medindo 10x7,5cm. Indicado laparotomia exploradora, onde foram identificadas múltiplas aderências de delgado, com alças friáveis e cólon com abscesso volumoso. Realizou-se a lise das aderências, onde se identificou corpo esponjoso intraluminal obstruindo totalmente a luz do delgado, realizado então enterectomia de 40 cm de jejuno com anastomose termino-terminal, seguido por revisão de cavidade, colocação de 2 drenos de Penrose em flancos, contagem de compressa e fechamento por planos. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no 17º dia pós-operatório com eliminações fisiológicas presentes.</p> <p>DISCUSSÃO: Os relatos de achados de CE deixados acidentalmente na cavidade abdominal têm aumentado nas últimas décadas. Sendo assim, a recomendação da OMS é de que o cirurgião realize uma exploração metódica da cavidade antes do fechamento de qualquer cavidade anatômica ou do leito cirúrgico. Sobre o caso relatado, observa-se discrepância em relação à maioria dos relatos na literatura médica, pois o paciente apresentou sintomas 23 anos após o procedimento cirúrgico. Na maioria dos casos os sintomas aparecem até o 13º dia. Há raros relatos sobre grandes hiatos de tempo entre o procedimento e a sintomatologia apresentada, entre eles um caso de 2011 da Santa Casa de Misericórdia de Ituverava-SP, de 9 anos com o CE no abdome e um caso também de 2011 atendido pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília-SP, em que o CE foi retirado 35 anos após o procedimento.</p>

PO 376-1	PO 376-2
<p>NECROSE DE PAREDE GÁSTRICA COM PERFURAÇÃO POR BALÃO INTRAGÁSTRICO</p> <p>Renato Costa Sousa, Mariana Fiori, Bruno Bela Cruz, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Luís Otávio Amarante Franco, Maria Clara Rocha Zica, Thiago Henrique Queiroz de Oliveira, Talita Trindade França</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (Uniceub) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade é uma doença multifatorial que vem adquirindo proporções epidêmicas e é um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna, acarretando riscos de inúmeras doenças crônicas, como diabetes mellitus, dislipidemia, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Uma opção para o tratamento de casos mórvidos e resistentes à terapêutica clínica é a colocação do balão intragástrico de silicone (BIB). A lesão da mucosa do trato digestivo, como resultado do contato direto com o BIB ou pelo aumento do ácido produzido pelo estômago pode levar à perfuração do órgão. O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente que sofreu uma necrose gástrica após colocação de balão gástrico, levando à perfuração da parede e consequente contaminação da cavidade abdominal com conteúdo estomacal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, branca, 55 anos, 152cm e 63kg (IMC 27,2), sem comorbidades e sem uso de medicações diárias. Relata fundoplicatura à Nissen há 3 anos e colocação de balão intragástrico por endoscopia digestiva alta há 55 dias – perda de peso de 7kg no período (IMC inicial: 30,3). Chega ao PS com epigastralgia há 15 dias, com piora há 6 horas, progressiva, associada à distensão gástrica. Ao raio X de tórax e abdome: extenso pneumoperitônio. À tomografia computadorizada: volumoso hidropneumoperitônio, balão intragástrico e solução de continuidade da parede da parede da pequena curvatura do estômago, adjacente ao balão. À laparotomia exploradora visualizou-se área necrótica de pequena curvatura gástrica, com ponto de perfuração de 4cm, balão aparentemente íntegro e contaminação da cavidade com conteúdo gástrico e restos alimentares. Presença de fibrina aderida às alças intestinais em todo o abdome. O balão foi retirado pelo orifício da perfuração e foi realizada a rafia da lesão. Paciente evoluiu bem, com retorno em 30 dias sem complicações, quando recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: O balão intragástrico (BIB) é um dispositivo colocado no interior da cavidade gástrica que conduz à sensação de plenitude e saciedade precoce, diminuindo a ingestão alimentar. Foi desenvolvido como um tratamento adjuvante paliativo e como preparo pré-operatório, auxiliando na redução do risco cirúrgico. Seu uso é ideal para pacientes com 40% de excesso de peso e cujos tratamentos clínicos prévios tenham fracassado, mesmo associados a uma equipe multidisciplinar. A colocação BIB é um procedimento que restringe o volume do estômago e seu tempo de permanência máxima é de 6 meses, com o intuito de reduzir o risco de complicações. A perfuração gástrica faz parte das complicações graves do uso do BIB, que ocorrem em 4% dos pacientes segundo a literatura, e pode ser causada pela hiperinsuflação do balão. No caso em questão, além da necrose, observou-se a perfuração da pequena curvatura e contaminação da cavidade pelo conteúdo estomacal, tendo como conduta a retirada do balão e a rafia da área lesionada.</p>	<p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM PACIENTE PORTADOR DE NEUROFIBROMATOSE TIPO I ASSOCIADO A LINFANGIOMA CÍSTICO</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, BRUNA HELOÍSA COSTA VARELA AYRES DE MELO, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neurofibromatose também conhecida como doença cutânea de Von Recklinghausen, é hereditária com transmissão dominante autossômica. É mais frequente em homens, tem etiologia desconhecida, porém acredita-se que os neurofibromas são derivados das Células de Schwann ou dos fibroblastos perineurais e é classificada em 9 tipos, na qual a tipo I, a mais frequente, tem o gene localizado em 17q11.2, foi identificada e codifica uma proteína chamada neurofibromina, que permite que a neurofibromina desempenhe uma função na regulação da transdução do sinal. Apresenta sinais patognômicos como: nódulos Lisch, massas plexiformes e máculas cutâneas hiperpigmentadas. O linfangioma é um tumor benigno de vasos linfáticos, que se dá por uma má formação congênita e é classificado em 3 tipos. O linfangioma cístico exibe espessas semelhantes a cistos, com predileção pelo sexo masculino na infância, pela região da cabeça e pescoço e tem conformidade de massa amolecida e bem circunscrita. A evolução dos linfangiomas é lenta e a resolução espontânea raramente ocorre. A excisão cirúrgica é o tratamento mais indicado, em consequência da possibilidade de causar deformidade, e também, devido à recorrência de episódios de linfangite, porém há dificuldade de remover a lesão por completo, por seu alto grau infiltrativo. A lesão tem baixa taxa de recidiva.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente gênero masculino, 37 anos, melanoderma, portador de neurofibromatose, chegou ao serviço queixando-se de aumento de volume com evolução de 6 anos, macio e bem circunscrito na região submandibular direita. Foi solicitada uma ultrassonografia demonstrando uma lesão 9x7 cm de dimensão. Foi realizado o tratamento cirúrgico pelo acesso de Risdon para excisão da lesão a fim de preservar o ramo mandibular do nervo facial e ter um melhor acesso a lesão. A peça foi enviada a exame histopatológico que determinou tratar-se de um linfangioma. O paciente prosseguiu em acompanhamento e não apresenta sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com a literatura o paciente encontra-se no sexo mais prevalente para ambas as patologias, porém não se encontra na faixa etária em que mais comumente ocorre o linfangioma. Todos os sinais patognômicos da doença de Von Recklinghausen, nódulos Lisch, massas plexiformes e máculas cutâneas hiperpigmentadas, descritos na literatura foram observados no paciente. A região em que ocorreu a patologia excisionada, está de acordo com a mais prevalente na literatura e já ocasionava queixas estéticas e deformidade no contorno facial do paciente. Não foram observados episódios de linfangite ou quaisquer perdas de função. A escolha do tratamento segundo os autores pode variar de acordo com o profissional, porém assim, como no caso relatado, a excisão cirúrgica é o mais indicado. A taxa de recidiva é baixa e a possibilidade de regressão é quase nula.</p>
<p>PO 376-3</p> <p>MANEJO DESAFIADOR E ACHADO ATÍPICO DE UMA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POS APENDICECTOMIA</p> <p>Mario Sales Neves Carmo Filho, Fernanda Araújo Sá Teles, Maria Carolina Oliveira, Brenner Rafael Nascimento, Ronan Reginatto, Katherine Hodara Cristino Viana, Simone Godoy Moreira Santos</p> <p><i>Hospital Regional do Gama - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As obstruções do intestino delgado geralmente são provocadas por tecido cicatricial, hérnia ou câncer. Sabe-se que o intestino frequentemente forma aderências após a manipulação cirúrgica e a obstrução intestinal provocada por estas pode ocorrer com algumas semanas e até vários anos após uma cirurgia, sem qualquer fator causal óbvio. O presente estudo tem como objetivo relatar a dificuldade de manejo clínico bem como apresentar um achado atípico no intra-operatório de um paciente com obstrução intestinal pós-apendicectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: I.G.L., 22 anos, sexo masculino, com história de cirurgia prévia de apendicectomia há 4 meses, fase IV. Retorna ao hospital com quadro de dor abdominal constante associado a vários episódios de vômitos, diarreia explosiva, porém sem febre e sem alterações urinárias. Ao exame físico apresentava abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciavam leucocitose com 15.400 leucócitos. Realizou radiografia para abdome agudo, porém sem sinais característicos de obstrução. Foi optado pelo manejo clínico por oito dias, com o uso de sintomáticos, jejum, hidratação venosa e colocação de SNG desobstrutiva com débito aproximado de 50 ml/ 24 horas. Entretanto, não houve melhora com o tratamento clínico administrado, sendo que após este período o paciente evoluiu com piora do estado geral, com quadro de oclusão intestinal, sem liberação de flatos e fezes há quatro dias. Ao exame físico, abdome plano, tenso, distendido, peristálico de luta, doloroso difusamente a palpação, sem sinais de peritonite. A TC de abdome total, com diagnóstico sugestivo de brida em ileoterminal, sendo indicado tratamento cirúrgico para o paciente. No intra-operatório foi localizada presença de moderada quantidade de líquido de aspecto turvo difusamente, presença de aderências frouxas em delgado e bloqueio de alças em mesogastro e em fossa ilíaca direita. Além disso, o paciente apresentava lesão em íleo terminal com exposição de aproximadamente 80% da luz, sem presença de isquemia. Havia ainda pequena contaminação da cavidade, devido bloqueio e presença de hérnia interna. Foi realizada a ressecção de aproximadamente 10 cm do íleo terminal e do cólon ascendente à 5 cm da veia cava inferior, lavagem exaustiva da cavidade e confecção de ileostomia em fístula mucosa em quadrante superior direito. Paciente evoluiu sem complicações tendo recebido alta hospitalar sete dias após a intervenção cirúrgica.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um achado incomum no intra-operatório da obstrução intestinal a presença da lesão em íleo terminal com exposição de aproximadamente 80% da luz, sem presença de isquemia. Sabe-se que as obstruções do intestino delgado geralmente são provocadas por tecido cicatricial, hérnia ou câncer. Em relação ao manejo, sabe-se que este baseia-se fortemente no julgamento do cirurgião, incluindo decisões sobre quanto tempo tentar o tratamento conservador e se deve ou não usar uma abordagem cirúrgica.</p>	<p>PO 377-2</p> <p>RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MAXILA COM RECONSTRUÇÃO DE RETALHO MUCOSO</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, ANA LUIZA INGELBERT SILVA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma polimorfo é uma neoplasia maligna das glândulas salivares incomum em região de cabeça e pescoço, ocorre quase exclusivamente em glândulas salivares menores. Entretanto essa patologia apresenta sinais clínicos patológicos próprios e baixo potencial biológico. A lesão ocorre com maior frequência em indivíduos idosos do gênero feminino, entre a sexta e oitava década de vida, com maior prevalência para as regiões do palato duro, palato mole, sendo o lábio superior e a mucosa jugal as outras localizações mais comuns. O diagnóstico diferencial tanto clínico quanto histológico é feito com o adenoma pleomórfico e o carcinoma adenoide cístico. O tratamento cirúrgico mais indicado é a excisão cirúrgica ampla, incluindo algumas vezes a ressecção do osso subjacente. Podem ocorrer metástases para os linfonodos regionais, porém são incomuns. A dissecação radical do pescoço não está indicada a menos que haja uma evidência clínica de metástase cervical.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, com 63 anos, leucoderma, procurou o Serviço de CTBMF da UFPE, apresentando lesão com aspecto tumoral na região de maxila esquerda. Na anamnese o paciente relatou que aproximadamente há 10 anos, havia realizado uma exodontia na arcada superior esquerda e a partir desse procedimento cirúrgico, surgiu uma tumoração em nível de maxila esquerda, que foi progredindo ao longo do tempo, de características nodulares, com consistência fibrosa, lisa, fixa, sésil, normocrômica, formato oval, limites nítidos e indolor. Ao exame radiográfico (Panorâmica), foi observada lesão com densidade radiográfica mista projetada em região de túbulo da maxila, lado esquerdo. Foi solicitado um exame Tomográfico Computadorizado e posterior reconstrução das imagens em 3D para melhor delimitação da lesão. Como forma de tratamento o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico sob anestesia geral. A peça operatória foi encaminhada ao Laboratório de Histopatologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco, onde confirmou as suas margens livres e com diagnóstico de adenocarcinoma polimorfo de baixo grau.</p> <p>DISCUSSÃO: Os sítios de maior acometimento dessa neoplasia são: palato duro, palato mole, sendo o lábio superior e a mucosa jugal. Corroborando com a literatura, relata-se neste presente caso uma rara neoplasia maligna de glândula salivar menor. O sexo feminino tem sido apontado, como o de maior incidência dessa afecção, divergindo com o caso ora descrito. Foi relatado que a faixa etária de acometimento é entre 5ª e 8ª década de vida, ratificando com o presente trabalho já que o paciente deste estudo se encontra inserido nesta faixa etária, já que o mesmo tinha 63 anos na época do diagnóstico. Clinicamente e radiograficamente observa-se concordância entre o caso e a literatura. A excisão cirúrgica da lesão é relatada por diversos autores e foi a forma de abordagem da lesão.</p>

PO 378-2	PO 378-3
<p>RECONSTRUÇÃO FACIAL EM CRIANÇA PRODUZIDA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO DE GROSSO CALIBRE</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, ANA LUÍZA INGELBERT SILVA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, os traumas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade. Estima-se em 8,5 milhões o número de óbitos devido às consequências do trauma, em 2010, ao redor do mundo, e as lesões da cabeça e da face podem representar 50% de todas as mortes traumáticas. O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas em centros de trauma devido às consequências emocionais e à possibilidade de deformidade. Esta eventualidade adquire um perigo muito maior quando se produz em crianças, pois independentemente das possíveis cicatrizes faciais, podem também afetar os centros de crescimento e desenvolvimento do esqueleto facial, repercutindo no futuro em defeitos funcionais que se traduzem como adultos com hipoplasias, atrofia e desarmonias faciais. Por esta razão se deve atuar com grande segurança profissional diante de tais emergências, que requerem cuidados especiais no que se refere ao diagnóstico, classificação e tratamento, principalmente por ser a face uma das mais nobres regiões do corpo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.V.L., 7 anos, melanoderma, sexo feminino, acompanhada por sua genitora procurou a equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial relatando um acidente doméstico, em que a arma de caça (soca-soca) disparou acidentalmente entre duas crianças. Durante a anamnese, relatou ainda que o tempo do trauma tinha ocorrido há 10 dias. Ao exame clínico extraoral, a paciente apresentou um ferimento pérfuro-contuso na região zigomática direita infectado e sinais característicos de amaurose bilateral, com equimose e edema periorbitário bilateral. Ao exame imagiológico, apresentou vários fragmentos de projéteis de arma de fogo na região posterior da cavidade orbitária esquerda, e com fratura zigomático-orbital direita afetando parede lateral e assoalho de órbita. Com evidências clínicas e radiográficas, o plano de tratamento baseou-se, na realização de procedimento para exérese de corpos estranhos, remoção de tecidos desvitalizados e limpeza do local, minimizando riscos de infecção e necrose tecidual, sob anestesia geral.</p> <p>DISCUSSÃO: O trauma facial, segundo a literatura, pode levar a deformidades, cicatrizes, perda de função e quando atinge crianças pode afetar o centro de crescimento da região causado hipoplasias. O presente caso não fora afetado o centro de crescimento da paciente, porém ocasionou amaurose bilateral, deformidade em sua hemiface direita e cicatrizes no local do ferimento de entrada do projétil. Conforme descrito na literatura, as prevalências dos traumas faciais são em pacientes do sexo masculino e a faixa etária mais acometida foi de 11 a 40 anos e o pico de incidência foi dos 21 a 30 anos, o relato de caso traz uma paciente do sexo feminino de 7 anos de idade. Quanto à etiologia, há prevalência de traumas relacionados a acidentes de trânsito, com grande predomínio, já a paciente foi vítima de acidente doméstico</p>	<p>NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.</p> <p>RAFAEL FRANCISCO ALVES SILVA, Luiz Carlos de Araújo Souza, Lidia Bastista Ribeiro Costa, Stephanie da Silva Fernandes, Marcelo Alencar da Fonseca, Paulo Henrique Cassimiro Vieira, Rafael da Rosa Ergang, Ivan Araújo Motta</p> <p><i>Hospital Regional de Santa Maria - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores primários de apêndice são ocorrências raras, encontrados em menos de 2% das apendicectomias. A neoplasia mucinosa (NM) de apêndice responde por 0,2- 0,7% desses casos, sendo sua prevalência maior na sexta década de vida. O quadro clínico pode variar indo desde apresentações assintomáticas até apendicite aguda, passando por dor abdominal não específica ou massa pélvica. O tratamento é cirúrgico, apendicectomia ou hemicolectomia, conforme extensão da lesão. Objetivo deste estudo é relatar um caso de apendicite aguda causada por NM e revisar na literatura a classificação histopatológica e o tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: WAS, 55 anos, feminino, deu entrada no pronto socorro de cirurgia geral com queixa de dor bem localizada em fossa ilíaca direita, iniciada há 2 dias, associada a náusea, vômitos e hiporexia há 1 dia. Sem outras queixas e menopausa há 4 anos. Ao exame físico, apresentava abdome doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg presente. Hemograma sem alteração e, ao exame de imagem, ultrassonografia abdominal evidenciava apêndice com espessura transversal de 3 cm, sem modificação sob compressão do transdutor, com áreas hipoecoicas e heterogêneas e borramento da gordura periapendicular. Exame compatível com apendicite aguda. Foi submetida a laparotomia exploradora. Durante o intraoperatório, o apêndice estava espesso, endurecido, com fibrina, sem sinais de necrose ou abcesso, com aspecto tumoral em toda sua extensão até parede de ceco. Foi optado por realizar hemicolectomia direita e ileo-tranverso anastomose látero-lateral. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no quarto dia pós-operatório. Análise histopatológica da peça cirúrgica, apresentava apêndice com 3,0 x 4,0 x 1,4 cm, com lesão polipoide ocupando toda luz do apêndice estendendo-se para a luz do ceco e medindo 1,5 cm de espessura. Microscopia evidenciou NM de apêndice de baixo grau restrita a submucosa.</p> <p>DISCUSSÃO: A classificação dos tumores de apêndice é controversa. Os tumores produtores de mucina possuem origem epitelial e são divididos primariamente em NM de baixo grau ou alto grau e adenocarcinoma produtor de mucina. A NM de baixo grau e alto grau são lesões restritas a submucosa e são diferenciadas pelo nível de atipia celular e o adenocarcinoma, por invasão da muscular própria. A principal complicação da NM é a ruptura do apêndice causando pseudomixoma peritoneal. O tratamento é baseado na exérese do sítio primário de lesão, por apendicectomia ou hemicolectomia direita, quando o tumor é pericecal, é maior que 2 cm ou apresenta sinais de malignidade. Em estágios avançados, pode ser necessário quimioterapia, HIPEC e Debulk. Em nosso relato, a realização da hemicolectomia foi a melhor opção terapêutica, visto que a extensão da lesão para ceco contraindicaria a apendicectomia.</p>
<p>PO 379-2</p> <p>RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE ADENOMA PLEOMÓRFICO</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, LOHANA MAYLANE AQUINO CORREIA DE LIMA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenoma pleomórfico é o tipo de neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares, podendo sugerir malignidade quando há crescimento rápido, dor, envolvimento do nervo facial e adenopatia cervical. A idade de aparecimento está entre 40 e 60 anos de idade e tem uma prevalência maior no gênero feminino. Os lugares mais acometidos são: as glândulas parótidas, salivares menores e submandibulares. O diagnóstico para tumores das glândulas salivares depende de um exigente e preciso diagnóstico patológico e de seus exames não invasivos os quais incluem ultrassom, sialografia, tomografia computadorizada e imagem de ressonância magnética. O tratamento cirúrgico mais recomendado é a exérese completa da lesão, indispensável para evitar possível recorrência. Dependendo da localização, tamanho, profundidade e volume da lesão, a escolha da técnica cirúrgica para o tratamento do adenoma pleomórfico pode variar. O adenoma continua seu desenvolvimento, caso não seja removido completamente.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de uma paciente, gênero feminino, melanoderma, 29 anos de idade, no qual procurou o Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Pernambuco queixando-se de um aumento de volume na região submandibular do lado esquerdo. A paciente relatou já ter sido submetida a cirurgia para excisão de um adenoma pleomórfico na mesma localização 4 anos antes. Ao exame clínico observou-se uma lesão na região de parótida esquerda, bem delimitada, de consistência firme e indolor. Foi solicitado um exame de imagem (ultrassom) e realizada uma biópsia da região que comprovou o diagnóstico inicial e a paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico para realizar a ressecção do tumor com parotidectomia parcial, sob anestesia geral. O acesso utilizado foi o submandibular de Risdon, prosseguindo da divulsão dos tecidos subcutâneos, realizada a hemostasia de vasos sangrantes e a excisão da lesão. A sutura foi realizada por planos e a paciente prosseguiu em um pós-operatório segundo padrões de normalidade. Foi acompanhada até os dias atuais sem nenhum sinal de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenoma pleomórfico, é um tumor benigno com idade prevalente na literatura entre a quinta e sexta décadas de vida e ao sexo feminino, o relato de caso demonstra prevalência no mesmo gênero, porém diverge da faixa etária. O adenoma pleomórfico da paciente acometeu a área de maior prevalência segundo a literatura, a glândula parótida. Clinicamente é de crescimento lento, assintomático e bem delimitado, conforme o caso relatado. Os exames de eleição são a ultrassonografia, sialografia, tomografia computadorizada e imagem de ressonância magnética, a paciente foi solicitada uma ultrassonografia demonstrado imagem bem delimitada, hipoecoica na região de parótida esquerda. E o tratamento mais recomendado segundo os autores foi o realizado, com excisão completa da lesão.</p>	<p>PO 379-3</p> <p>HERNIA DE AMYAND - APENDICITE AGUDA SIMULANDO HERNIA INGUINAL ENCARCERADA</p> <p>Márcio Piller Gonçalves, Ivan Augusto Aguiar, Kim Vitor Assunção Albuquerque Miranda, Ricardo Alexandre Ramos Barbosa</p> <p><i>Hospital Naval de Natal - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand, o encontro do apêndice cecal no interior do saco herniário da hérnia inguinal, seja ela direta ou indireta, é um achado relativamente raro no cotidiano médico-cirúrgico. O desenvolvimento de apendicite aguda, no contexto de uma Hérnia de Amyand, pode confundir o diagnóstico desta patologia com uma hérnia encarcerada ou mesmo um processo infeccioso local como abcesso ou infarto ganglionar. Além da abordagem operatória, o cirurgião pode fazer uso de exames de imagem para esclarecer, descartar ou confirmar este diagnóstico mas, na grande maioria das vezes, o paciente será submetido a intervenção cirúrgica sendo o diagnóstico de apendicite um achado do transoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexto feminino, 93 anos, hipertensa em uso regular de medicação, obesa, com passado de mastectomia por neoplasia de mama e histerectomia. Comparece ao serviço de emergência do hospital com queixa de dor em região inguinal direita com uma semana de evolução, sem febre, náuseas ou vômitos. Negou dor semelhante anteriormente ou outras queixas relacionadas a região inguinal. Ao exame físico, apresentava abaulamento da região inguinal direita com aumento da temperatura local e dor ao toque. Solicitada tomografia computadorizada de abdome e pelve, sendo relatado a presença de volumosa hérnia inguinal direita, associada a extensão plastrão inflamatório e insinuação do apêndice ileocecal no seu interior. Foi admitida para internação, iniciado antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol e encaminhada, no mesmo dia, para o Centro Cirúrgico. A paciente foi submetida a inguinotomia exploradora, sendo identificado saco herniário com grande coleção de secreção purulenta em seu interior que, após aspirado, revelou apêndice ileocecal com processo inflamatório associado a necrose e perfuração. Foi procedida a apendicectomia e herniorrafia sem o uso de tela, sendo a paciente encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva para recuperação. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no oitavo dia de pós operatório para completar antibioticoterapia domiciliar. O histopatológico confirmou diagnóstico de apendicite aguda.</p> <p>DISCUSSÃO: O achado da hérnia de Amyand é pouco frequente no cotidiano, representando menos de 1% das hérnias inguinais submetidas ao tratamento cirúrgico. O manejo correto desta patologia, com a introdução precoce de antibioticoterapia, a suspeição diagnóstica e a correta abordagem cirúrgica permite o sucesso do tratamento com menor índice de complicações. Felizmente, devido a sua topografia, a apendicite na Hérnia de Amyand é muitas vezes confundida com uma hérnia encarcerada complicada, levando, invariavelmente, ao tratamento cirúrgico imediato, interrompendo sua evolução e maiores complicações. Por outro lado, devido a carência de sintomas abdominais, algumas vezes o desconforto inicial na região inguinal pode ser subvalorizado pelo paciente, levando a demora da busca por auxílio médico e ao maior tempo de evolução de sua doença.</p>

PO 380-1	PO 380-2
<p>INTUSCEPCAO EM GESTANTE EM POS OPERATORIO TARDIO DE BYPASS GASTRICO EM Y DE ROUX</p> <p>Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Luís Otávio Amarante Franco, Pedro Victor Matos Moreno da Silva, Arthur Bispo de Almeida Pinto, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Vitor Paiva Pires, Victor Mateus Xavier de Santana</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) tem sido o método cirúrgico mais aplicado para tratar a obesidade no país. Contudo, está sujeito a complicações, sendo uma delas a intuscepção intestinal. Tal patologia consiste na migração de um segmento do intestino para o lúmen intestinal adjacente, gerando um quadro de obstrução intestinal (OI) e, por oclusão venosa da alça invaginada, isquemia. O diagnóstico geralmente é feito por exame de imagem: na TC, há evidência patognomônica como uma massa, consistindo de porções externas e internas das intuscepções. O tratamento tende a ser cirúrgico com enterectomia da área necrosada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, gestante de 36s, com dor abdominal difusa e OI há 2 dias. Antecedente de Gastroplastia em Y de Roux há 8 anos. Procurou o Hospital Materno Infantil, onde realizou TC de abdome que revelou sinais de intuscepção e sofrimento de alça. Transferida à Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte, indicada à sala de urgência. Realizado, em 1º tempo cirúrgico, cesariana e, em seguida, laparotomia exploratória com os seguintes achados: sinais de RYGB; localizado ponto de OI em delgado com intuscepção distalmente 50cm da entero-entero anastomose; segmento de delgado necrosado, com sinais de sofrimento acometendo cerca de 50cm de alças distalmente a entero-entero anastomose. Procedido: desfeita intussuscepção intestinal; enterectomia segmentar de 50 cm intestino delgado (alça com) a partir da entero-entero anastomose com rafia primária do coto proximal; Nova entero-entero anastomose entre alça comum e alça alimentar distando 10 cm da entero-entero anastomose prévia. Pós-operatório de 28 dias com recuperação total.</p> <p>DISCUSSÃO: Há poucos artigos de intuscepção como complicação pós-operatória do RYGB. Nos já publicados, a maioria dos pacientes é mulher com idade média de 37 anos. A OI pós procedimento de RYGB ocorre com frequência de 0,2 a 4,5%, anos após a cirurgia e geralmente a causa é a formação de hérnias pós-cirúrgicas. A intuscepção é a causa de pouco mais de 1% das OI's em adultos e, como no caso apresentado, quando associadas ao RYGB a etiologia é indefinida, apesar de novos estudos relacionarem a patologia a alterações na motilidade peristáltica das alças. A intuscepção pós-RYGB baseia-se na ideia de que a criação do membro Roux interrompe os marcapassos intestinais naturais no duodeno e permite novos marcapassos ectópicos, gerando uma área/segmento de dismotilidade e levando à dilatação no pé do Y de Roux, no qual a sutura mecânica atua como ponto para a invaginação. O local de maior prevalência para o acontecimento da intuscepção é na enteroanastomose, acarretando necrose de segmento intestinal e/ou distensão da alça biliopancreática e consequente dilatação retrógrada do estômago excluso, com ruptura da linha de grampos e peritonite. Há poucos estudos que relacionam a gestação com a intuscepção por RYGB. Dessa forma, apresentamos esse relato de caso para enriquecimento científico.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO FACIAL DO TERÇO MÉDIO PROVOCADO POR ACIDENTE DE TRANSITO</p> <p>CAMILA SIQUEIRA DE AGUIAR, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, LOHANA MAYLANE AQUINO CORREIA DE LIMA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O aumento da exposição e a pouca proteção contribuem para aumentar a probabilidade de injúrias graves na região da cabeça, o que tem representado cerca de 50% das causas de morte por trauma, tendo como seus principais agentes, em ordem de prevalência, os acidentes automobilísticos (principalmente envolvendo motos), agressão física, queda da própria altura, atingindo sobretudo homens com idade média de 30 anos. Os acidentes de trânsito constituem um grave problema de saúde pública. A cada ano, ocorrem em torno de 45 mil mortes decorrentes deste mecanismo de trauma no Brasil, a uma estimativa de 1 acidente por minuto. Grande parte da população envolvida nestes eventos é do gênero masculino, com idade inferior a 45 anos. Um estudo realizado em um centro de atendimento especializado evidenciou que, relativo aos traumas de face provocados por acidentes de trânsito, 18,6% foram decorrentes de acidentes motociclísticos. As consequências são desastrosas, podendo provocar mutilações, invalidez e morte. O etilismo está associado a um aumento do número de acidentes, ao passo que o uso de capacete protetor se mostrou eficaz na redução das mortes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero masculino, 28 anos, melanoderma, o qual sofreu acidente motociclístico. O mesmo referia que usava o capacete de proteção no momento do acidente. No entanto, sofreu trauma de alta complexidade, o que provocou ferimentos extensos de pele, músculos e ossos em terços médio e superior da hemiface esquerda. No plano ósseo, houve fratura complexa do osso zigomático e cominutiva da maxila. O paciente recebeu os cuidados iniciais pela equipe do SAMU e foi encaminhado a um centro de referência em trauma. Após o atendimento do suporte avançado de vida no trauma, foi submetido à cirurgia para reparo de suas deformidades através do debridamento de tecidos desvitalizados, exérese de corpos estranhos, reconstrução do tecido subcutâneo e sutura cutânea, reduções de fraturas ósseas às suas posições anatômicas originais através de osteossínteses a fios de aço, conferindo um bom resultado estético e funcional.</p> <p>DISCUSSÃO: Os traumas faciais acometem, segundo a literatura, pacientes do sexo masculino com uma média de 30 anos de idade. Observa-se assim que o paciente estava dentro do gênero mais acometido e da faixa etária de prevalência. Também se verifica que os traumas faciais representam grande parte da demanda nas emergências hospitalares e o acidente motociclístico é uma das principais causas de tais ocorrências, corroborando assim o caso descrito com a literatura. Formas de prevenção a traumas faciais combinadas a acidentes motociclísticos são o combate ao etilismo e a utilização do capacete de proteção individual, o paciente em questão não havia consumido bebidas alcoólicas e fazia a utilização do capacete de proteção. Dessa forma, o conhecimento de técnicas de avaliação e tratamento inicial e avançado às vítimas de tais acidentes se faz necessário para que haja uma melhor expectativa de vida desses pacientes.</p>
<p>PO 380-3</p> <p>NECROSE DE CECO POR ISQUEMIA DA ARTERIA MESENTERICA - RELATO DE CASO</p> <p>CAROLINE MORAES FEITOSA, MARIA KATARINA DE MORAIS D CAMINHA, CAMILA MONTEIRO DA ROCHA, SABRA MARIELA FERNANDES FALCÃO, ERIC DE OLIVEIRA SOARES JUNIOR, BARBARAH RITA DINIZ ROCHA, LUANA THAIS SILVA FEITOSA</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Isquemia aguda advém de oclusão embólica de vasos previamente desobstruídos. As causas cardiogênicas representam 80% dos casos. Êmbolos de origem cardíaca tem menor probabilidade de chegarem à circulação visceral. Assim, eles podem acarretar em situações agudas graves, como isquemia mesentérica secundária a um êmbolo na artéria mesentérica. A extensão da lesão intestinal varia de acordo com a localização do êmbolo. Um dos principais fatores que corroboram para a embolia, é a manipulação de cateter e fio guia durante o cateterismo que deslocam o material aterotrombótico. Esse trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso de isquemia mesentérica de origem cardiogênica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 58 anos, deu entrada no Hospital de Referência de Araguaína (HRA), com dor abdominal há 1 dia em fossa ilíaca direita (FID) que piora com movimento, associada a vômitos e diarreia. Refere cardiopatia e cateterismo para implantação de prótese biológica de valva mitral recentemente. Ao exame: regular estado geral, FC 104 bpm, hipotensão, abdome flácido e com Sinal de Blumberg presente. Realizada ultrassom de abdome total (USG-AT) que evidenciou apêndice cecal espessado na FID e vesícula biliar com cálculo. Exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda. Com o diagnóstico pré-operatório de abdome agudo inflamatório o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. A laparotomia exploradora evidenciou necrose de ceco, tecido friável com odor fétido e líquido seroso pela cavidade abdominal. Foi realizada colectomia direita seguida de anastomose ileotransversa e drenagem de cavidade.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica de isquemia mesentérica varia de acordo com os danos ao intestino e ao tempo de diminuição do fluxo sanguíneo mesentérico. O quadro clínico mais frequente é dor abdominal intensa, difusa, associada à vômitos, diarreia, distensão abdominal e enterorragia. O diagnóstico foi desafiador para a equipe médica, devido à presença de sintomas inespecíficos. Eles podem ser confundidos com outras patologias, o que faz a embolia arterial mesentérica uma patologia de alta mortalidade. Na suspeita diagnóstica, foi considerada a realização do cateterismo prévio para troca valvar recente, que é um fator de risco significativo. Além disso, o paciente apresentava uma clínica característica de isquemia mesentérica. Aos exames laboratoriais apresentava leucocitose, que de acordo com a literatura é uma característica importante. Correlacionando a isquemia extensa com a isquemia de ceco com necrose, a última tem melhor prognóstico. Seu tratamento cirúrgico é menos agressivo, o que reduz complicações pós operatórias acarretando em mínimas taxas de mortalidade. Sendo assim, a melhor conduta é a colectomia da área necrosada com anastomose dos segmentos preservados. Paciente recebeu alta hospitalar no décimo sexto dia de internação, com abdome plano, flácido, indolor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação peritoneal e com recomendação de acompanhamento ambulatorial.</p>	<p>PO 381-2</p> <p>EXCISÃO CIRURGICA DE UM MACRO LINFONODO SUBMANDIBULAR CALCIFICADO</p> <p>CAMILA SIQUEIRA DE AGUIAR, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, JOSÉ ERENILDO ALVES DA SILVA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Linfonodos são numerosos, interpostos no trajeto dos vasos linfáticos. São órgãos pequenos, ovoides. Calcificação patológica é a deposição anormal de sais de cálcio, juntamente com pequenas quantidades de ferro, magnésio e outros sais mineirais nos tecidos. A calcificação dos linfonodos é uma dessas condições e pode ter várias causas: tuberculose, vacina BCG, sarcoidose, doença da arranhadura do gato, infecções fúngicas, linfomas submetidos à radioterapia prévia e metástases de neoplasias calcificantes distantes. A calcificação de linfonodos geralmente é assintomática e encontrada ao acaso em radiografias panorâmicas. Os linfonodos comumente envolvidos são os submandibulares e cervicais. A prevalência de achados de calcificações foi em indivíduos com idade superior a 40 anos, sem relevância quanto ao gênero e a calcificação da artéria carótida foi considerada a mais prevalente. Clinicamente são um aumento de volume de crescimento lento, bem delimitado e duro a palpação. A forma de tratamento mais relatada a literatura foi a excisão cirúrgica, se houver comprometimento estético ou funcional da região.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, melanoderma, 67 anos, buscou o serviço do Ambulatório de CTBMF da UFPE relatando um aumento de volume na região submandibular direita, com aproximadamente 5 anos de evolução. Ao exame clínico foi realizado uma palpação na região a qual apresentou características de consistência dura, bem delimitada, móvel e indolor. Solicitou-se raios X de face do tipo panorâmica, o qual apresentou-se como uma imagem radiopaca na região submandibular. Posteriormente solicitou-se uma tomografia de face, apresentando imagem compatível com calcificação de tecido mole. O paciente por fim foi submetido a ressecção sob anestesia geral. Por isso o Cirurgião Dentista deve saber realizar o diagnóstico diferencial para melhor tratamento do paciente, evitando abordagens invasivas em casos desnecessários.</p> <p>DISCUSSÃO: A calcificação patológica ocorre em maior número a partir da 5ª década de vida e sem prevalência por gênero, corroborando nosso caso com a literatura. Sua etiologia é diversa o que torna os possíveis diagnósticos amplos, o paciente em questão sofreu uma calcificação difúsa de um linfonodo na região submandibular direita decorrente de uma infecção prévia já solucionada. São mais comumente achados radiográficos, porém o paciente já apresentava queixa estética de aumento de volume na região. Normalmente linfonodos calcificados são confundidos com Sialólitos ou Flébolitos, porém foram descartadas em nosso caso a hipótese com a tomada tomográfica. Clinicamente são aumento de volume, bem delimitado e duro a palpação, como relatado na literatura e encontrado no paciente.</p>

PO 382-1	PO 382-2
<p>CIRURGIA BARIATRICA FACE AO DILEMA DO TRANSTORNO ALIMENTAR: RELATO DE CASO</p> <p>Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca, Ana Raphaela Mesquita Bittencourt, Dara Lúcia Chaves Lemos, Iana Larissa dos Reis Ferreira, José Albino Brito Ferreira Júnior, Sabrina Frazão Tolentino, Virgínia Ferreira Santana, Yasmin Elora Lobato Lopes</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Com o crescente uso das cirurgias bariátricas no tratamento da obesidade, relatos de evolução pós-cirúrgica para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa começam a ser comuns. Eventualmente, uma adequada avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica é essencial para o diagnóstico e adequado tratamento precoce de um transtorno alimentar prévio, afinal, um padrão alimentar desordenado tende a persistir após a operação e pode agravar a condição clínica do paciente, além de, no longo prazo, facilitar o reganho de peso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 38 anos, feminino, branca, solteira. Refere história de obesidade desde a infância, sendo uma pessoa. Nega relacionamento afetivo estável. Familiares com sobrepeso. Nega história de transtornos psiquiátricos na família. Afirma ter procurado tratamento psiquiátrico 9 meses após operação bariátrica. Neste período perdeu 68 kg, representando esta variação mais de 50% de seu peso inicial. Durante quatro meses de tratamento psiquiátrico, sofreu quadro de vômitos auto induzidos após a alimentação, recusa alimentar, distorção da imagem. Foi medicada com doses progressivas de fluoxetina. A reversão parcial da operação passou a ser discutida pela equipe cirúrgica com o intuito de estabilizar o quadro clínico, porém a passou-se negou a realizar o procedimento. Paciente recebeu alta 6 meses após a internação, (IMC= 26,04kg/m²), normalização dos parâmetros laboratoriais e de exame físico, com seguimento de tratamento regular para acompanhamento do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: Procedimentos cirúrgicos passaram a ser introduzidos – muitas vezes sem o estudo dos benefícios e malefícios psicológicos e mudança de estilo de vida resultantes da cirurgia de bypass gástrico. Nessa ótica, a evolução do caso apresentado mostra a dificuldade que existe para tratar pacientes com transtornos alimentares face aos transtornos mentais supostamente existentes. Diante disso, é importante pesquisar a presença de Transtorno da Compulsão Alimentar, pois esse transtorno pode permanecer ativo, comprometendo o resultado pós-cirúrgico. Destarte, o trabalho pré e pós-cirúrgico deve incluir uma adequada atuação de uma equipe multiprofissional com psiquiatra conduzindo a avaliação diagnóstica e o tratamento farmacológico, psicólogos administrando psicoterapia individual, conjugal ou familiar, nutricionista e endocrinologista, visando adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento e oferecendo alternativas viáveis.</p>	<p>TRATAMENTO CIRÚRGICO POR COMPLICAÇÕES CAUSADAS EM UM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DE MUNCHAUSEN</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, JOSÉ ERENILDO ALVES DA SILVA, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo Síndrome de Munchausen é um transtorno factício, ou seja, os indivíduos fingem ou causam a si mesmo patologias ou traumas psicológicos para chamar atenção ou simpatia para si mesmo. Os sintomas podem ser induzidos por abuso de medicamentos/drogas com a habilidade de mimetizar sinais e sintomas de forma a necessitar de internações prolongadas, procedimentos de diagnósticos invasivos, longo tempo de terapia com as mais variadas classes de drogas e cirurgias. Táticas comuns de uma pessoa com síndrome de Munchausen é convencer os médicos de suas patologias através da manipulação de exames e sintomas. Observa-se também outra variação dessa síndrome, a síndrome de Munchausen por procuração que é uma forma de abuso infantil de alto risco, difícil de diagnosticar, o que muitas vezes passa despercebida por semanas, meses, mesmo anos, que pode resultar em complicações graves e até mesmo a morte. É uma forma peculiar de abuso, em que os tutores simulam a existência ou causa sintomas ou sinais de uma patologia a uma criança, a fim de procurar assistência médica e manobras de diagnóstico ou terapêutica cara ou arriscada, com o objetivo de chamar atenção para si.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, gênero masculino, melanoderma, 54 anos, que chegou encaminhado ao Ambulatório de CTBMF da UFPE, queixando-se de expelir insetos da cavidade nasal há 02 anos. Ao exame clínico observou-se um aumento de volume nas regiões da maxila e a mucosa nasal que se encontrava hiperemiada com a presença de corpos estranhos. Para diagnóstico solicitou-se os exames de imagens nas quais identificou-se uma imagem radiopaca nos seios maxilares dando uma hipótese diagnóstica de sinusite maxilar. A equipe optou pela realização de sinusectomia bilateral pela técnica de Caldwell-Luc com remoção dos corpos estranhos. O acompanhamento foi feito em todo pós-operatório. Após 60 dias, o paciente compareceu ao serviço com estado psicológico alterado relatando nova presença de insetos na cavidade nasal e bucal. Foi solicitado que o mesmo recolhesse os materiais por ele especificado que eram expelidos para ser enviado ao exame no setor de Entomologia. O laudo constatou que as informações do paciente não procediam, visto que os exemplares não se encontravam em estado de conservação condizentes com o esperável após o ato de expulsão dos mesmos pela cavidade nasal e bucal. O caso foi avaliado conjuntamente com o serviço de Psicologia e podemos chegar assim concluir o diagnóstico de Síndrome de Munchausen.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Munchausen é um transtorno factício em que o paciente provoca ou simula sintomas de doenças. A pessoa afetada exagera ou cria sintomas para ganhar atenção, tratamento e simpatia. Em alguns casos extremos, pessoas com essa síndrome estuda a fundo a doença para conseguir produzir os sintomas com maior precisão. No presente caso o paciente era portador da síndrome e assim como relata a literatura, provocava a si mesmo sintomas de uma doença a fim de atrair atenção.</p>
<p>PO 382-3</p> <p>COMPLICAÇÃO TARDIA DE COLECISTITE AGUDA CALCULOSA; NECROSE E PERFURAÇÃO DE VESÍCULA BILIAR ASSOCIADA A NECROSE DE DELGADO - RELATO DE CASO</p> <p>MARIA KATARINA DE MORAIS D CAMINHA, CAROLINE MORAES FEITOSA, CAMILA MONTEIRO DA ROCHA, SABRA MARIELA FERNANDES FALCÃO</p> <p>INTRODUÇÃO: Colelitíase é responsável por cerca de 95% das doenças das vias biliares. A formação do cálculo resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. A presença dele é um importante fator de risco para o desenvolvimento de colecistite aguda calculosa (CAC) que corresponde à inflamação da vesícula biliar (VB), causada por um cálculo impactado no ducto cístico. Mais frequente em mulheres, multiparas, obesas, portadoras de diabetes e em uso de anticoncepcional. A sintomatologia é variada. As complicações mais comuns são: colecistite aguda, icterícia, colangite e pancreatite. A etiopatogenia da litíase de VB é decorrente da incapacidade de manter certos solutos biliares, principalmente o colesterol e os sais de cálcio, em estado solúvel. A apresentação clínica mais frequente é dor aguda contínua em hipocôndrio direito e/ou epigástrico, associada à náuseas, vômitos e febre. O diagnóstico padrão-ouro, é a ultrassonografia de abdome total (USG-AT), que mostra espessamento da parede da VB, cálculo e líquido. Exames laboratoriais com aumento de enzimas canaliculares, bilirrubina sérica e transaminases. Além de hemograma para análise de leucócitos. Tratamento consiste em dieta zero, analgesia, antibiótico e cirurgia. Uma das complicações raras inclui gangrena com perfuração. Esse trabalho tem como objetivo apresentar essa complicação.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 60 anos, entrou no Hospital Regional de Araguaína (HRA), com dor moderada em abdome superior, iniciada há um dia. Ao exame anictérica, FC: 82 bpm, abdome flácido, indolor à palpação e ruídos hidroaéreos (RHA) presentes. USG-AT que evidenciou VB repleta com paredes lisas e regulares, com cálculos em seu interior, sem dilatação intra e extra-hepática. Terceiro dia de internação intra-hospitalar evoluiu com: rebaixamento do nível de consciência, sudorese, FC: 132 bpm, PA: 80x50 mmHg e episódios de vômitos. Nova USG-AT com discreta dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, VB hidrópica de paredes difusamente espessadas com lama biliar e múltiplos cálculos em seu interior. Exames laboratoriais com TGO e TGP alterados, hemograma normal. Avaliada pela cirurgia geral, ao exame com irritação peritoneal, sendo indicada laparotomia exploradora (LE). A mesma mostrou secreção biliosa e serosa, VB necrosada, perfurada e tamanho aumentado, alças de intestino delgado isquemiadas, com necrose em íleo terminal a 3 cm da válvula ileocecal e áreas de isquemia em cólon. Realizado colecistectomia com saída de secreção purulenta, bile e presença de cálculo em seu interior. Seguido de enterectomia, ileostomia e drenagem de cavidade.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado representa uma complicação rara da CAC, a perfuração livre de VB que ocorre em até 10% dos casos. É mais frequente no início do episódio agudo, nos três primeiros dias de evolução. A paciente apresenta fatores de risco para colelitíase como idade e sexo, além de exames de imagem e laboratoriais que corroboram para o diagnóstico. A paciente evoluiu com melhora e teve alta em 10 dias.</p>	<p>PO 383-2</p> <p>CIRURGIA PARA LIPOMA SUBMANDIBULAR DE GRANDE EXTENSÃO</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, LUCAS VIANA ANGELIM, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lipomas são tumores cutâneos benignos compostos por células de gordura maduras. São os mais frequentes na população, com a incidência estimada de 10% e prevalência em 2,1 por 1.000 pessoas. Apresentam-se geralmente nas regiões subdérmica e subcutânea, e podem-se localizar em qualquer parte do corpo, incluindo vísceras e cavidades. Geralmente, incide mais na população feminina e surgem na faixa etária de 40 a 60 anos e são raros em crianças. Os lipomas apresentam-se como massas de crescimento lento sem sintomas de dor ou comprometimento funcional. O diagnóstico, na maioria das vezes, é clínico para os que apresentam lipoma subcutâneo típico. Nos casos de lipoma grande (> 5 cm), de forma irregular e com sintomas de envolvimento miofascial, a imagem é justificada por ultrassom, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Os lipomas da região oral e maxilofacial são bem menos frequentes. Geralmente o tumor apresenta-se com um aumento de volume nodular, superfície lisa, indolor, assintomático e macio a palpação. Na maioria das vezes, não é necessário tratamento, pois o acompanhamento é clínico. No entanto, as indicações para a remoção de um lipoma incluem preocupações cosméticas, quando causam alterações nervosas, dor e consequentes limitações funcionais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero feminino, 67 anos, apresentava aumento de volume na região submandibular direita, com 5 anos de evolução. A lesão apresentava consistência amolecida, móvel e indolor à palpação. Foi solicitada uma ultrassonografia da região, observado-se uma massa hipocóica, bem circunscrita. Optou-se pela realização de uma biópsia excisional, foi realizado o acesso submandibular de Risdon, a divulsão dos tecidos, realizada a hemostasia de vasos sangrantes e excisão da lesão, que ao exame macroscópico apresentava coloração amarelada e 14cm x 6,5cm. Foi realizada a toaleta da cavidade e a sutura dos tecidos por planos. O material foi enviado para realização do exame histopatológico e foi confirmada a hipótese de Lipoma. A paciente evoluiu no pós-cirúrgico sem complicações e o caso foi preservado por 2 anos, sem recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Os lipomas, apesar de não acometerem com frequência as regiões da cabeça e pescoço, segundo a literatura, devem ser cogitadas em pacientes apresentando aumento de volume na região submandibular, macio à palpação e indolor, como relatado no caso. Lipomas podem ser encontrados em forma múltipla em 5% dos casos e normalmente são menores que 5cm, porém a paciente apresentou um lipoma de grande extensão e não faz parte dos 5% da estatística de pacientes que apresentam lipomas múltiplos. Eles têm crescimento lento, assintomático, macio e bem delimitado a palpação conforme descreve a literatura e a paciente em questão. Como na paciente, verifica-se a prevalência do lipoma na população feminina acima dos 40 anos de idade. Devem ser tratados cirurgicamente se houver comprometimento de função ou estética e preservadas para que as recidivas sejam evitadas.</p>

PO 384-2	PO 384-3
<p>AGRESSÃO FÍSICA FACIAL EM GESTANTE CAUSADA POR FACÃO</p> <p>CAMILLA SIQUEIRA DE AGUIAR, MARCELA CÔRTE REAL FERNANDES, RODRIGO HENRIQUE MELLO VARELA AYRES DE MELO, DEISE LOUISE BOHN RHODEN, MILENA MELLO VARELA AYRES DE MELO PINHEIRO, VICTOR LEONARDO MELLO VARELA AYRES DE MELO, LUCAS VIANA ANGELIM, RICARDO EUGENIO VARELA AYRES DE MELO</p> <p><i>UFPE - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Estudos realizados em centros de referência em trauma constataram que os ferimentos provocados por agressões físicas correspondem a 23% dos traumatismos faciais, sendo 11,7% destes provocados por armas brancas. A discussão interpessoal é o motivo mais frequente das agressões, tendo a maioria dos pacientes sido agredida pela primeira vez. Os ferimentos causados por armas brancas têm como mecanismo a dissipação de energias de ordem mecânica. Através deste, as lesões são produzidas por ação perfurante, cortante, contundente ou em combinação. A avaliação inicial de todo paciente traumatizado segue os protocolos do PHTLS e do ATLS. Na avaliação específica para os ferimentos em face provocados por arma branca, são realizados os reparos cirúrgicos necessários, bem como antibioticoterapia e profilaxia antitetânica de acordo com as normas vigentes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero feminino, 16 anos, leucoderma, com 16 semanas de gestação em curso, sofreu agressão física por arma branca (facão) provocada pelo próprio companheiro, o que ocasionou ferimento corto-contuso extenso acompanhado de fraturas em maxila, zigomático e mandíbula, da hemiface direita. A paciente foi encaminhada a um serviço de referência em trauma, no qual recebeu o atendimento de acordo com as normas do ATLS. Durante o atendimento, foram solicitados exames de diagnóstico por imagem, onde foi visto na tomografia computadorizada a presença de fraturas do tipo cominutiva na região de osso zigomático, maxila e mandíbula da hemiface direita. Após o exame clínico e a análise dos exames imagiológicos, a paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico onde foi submetida à cirurgia de reconstrução minuciosa de ossos e tecidos lesionados. No processo cirúrgico foi feito o debridamento de tecidos desvitalizados, exêreses de corpos estranhos, reconstrução do tecido celular subcutâneo e sutura cutânea. Procedeu-se a esses procedimentos nas reduções de fraturas ósseas às suas posições anatómicas originais através de osteossínteses a fios de aço com bloqueio maxilomandibular associado ao arco de Erich. Para o pós-operatório, foram prescritos analgésicos, antibióticos, antitérmicos e uso de corticosteroides até a regressão do edema.</p> <p>A paciente evoluiu dentro dos padrões de normalidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre os ferimentos com arma branca, o qual se configura o do caso relatado, a literatura identifica que esses fazem parte de 23% dos provocados por agressões físicas. Autores relatam que traumas faciais ocorrem mais no gênero masculino, divergido do relato de caso, porém corroborado com a faixa etária da 3ª a 5ª década de vida como cita autores. Todos os tratamentos relatados para traumas faciais abordam o ATLS, abordagem cirúrgica, antibioticoterapia e profilaxia antitetânica, como foi abordada a paciente no presente caso. A literatura afirma que sequelas pós trauma facial são comuns e as mais relatadas são cicatrizes antiestéticas, deformidade facial, paralisias, a paciente do caso relatado não teve nenhuma seqüela pós-operatória.</p>	<p>ENTERONECROSE EM GESTANTE DE 26 SEMANAS SEM HISTORICO DE ABORDAGEM CIRURGICA PREVIA – RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Zanatelli Brasil Bastos, Gabrielle Terezinha Foppa, João Raphael Zanlorensi Glir, Bianca Aymone da Silva, Viktoria Weihermann, Ana Claudia Marchi de Barros, Marcia Regina Zanello Pundek</p> <p><i>Hospital do Trabalhador - CURITIBA - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O quadro de abdome agudo não-obstétrico é a principal causa de emergência cirúrgica na população geral, sendo raro durante a gestação. A obstrução intestinal é a terceira causa mais comum de abdome agudo em gestantes, sendo as aderências entre alças provenientes de cirurgias prévias a principal razão da oclusão, também podendo estar associada a complicação de doença inflamatória pélvica.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente estudo traz o caso de uma gestante de 16 anos com idade gestacional de 26 semanas, que procurou o pronto atendimento com queixa de náuseas e vômitos fecaloídicos há três dias. Após investigação, foi diagnosticado um caso de abdome agudo obstrutivo. Foi realizada laparotomia exploradora, na qual foram encontradas aderências como etiologia da obstrução, sendo observada necrose de íleo distal com necessidade de ressecção de 30 cm de alça intestinal e enterectomia com anastomose primária. A paciente não possuía histórico de cirurgias ou doenças sexualmente transmissíveis, e a testagem sorológica para clamídia foi negativa. Na sequência a paciente evoluiu com bolsa rota e anidramnio. Foi optado por manter a gestação até a idade gestacional de 28 semanas objetivando maior viabilidade fetal, quando foi realizada cesariana sem intercorrências. O recém-nato foi encaminhado a UTI neonatal. Após período de hospitalização, ambos receberam alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de dor abdominal ser uma queixa comum em gestantes, o abdome agudo é uma patologia incomum nesse período, acometendo 1 a cada 500-700 gestantes, e dessas, somente 0,2-2% irão necessitar de intervenção cirúrgica. O quadro de abdome agudo em gestantes é um desafio diagnóstico devido às mudanças anatômicas, fisiológicas e bioquímicas durante a gestação que podem mascarar a apresentação clínica. Dentre elas se incluem o deslocamento dos órgãos intra-abdominais, a alta prevalência de sintomas como náusea, vômito e dor abdominal e a leucocitose fisiológica. Além disso, também há relutância em se operar uma grávida sem necessidade. A obstrução intestinal por aderências é um evento raro em gestantes, sendo ainda mais raros casos como o relatado, no qual não havia história prévia de comorbidades, procedimentos cirúrgicos ou de doença inflamatória pélvica. O atraso ou não-realização do diagnóstico levam a um aumento nos níveis de morbimortalidade materna e fetal. Sendo assim, os casos confirmados e com indicação cirúrgica, devem ser abordados cirurgicamente em caráter emergencial, como na paciente não-grávida. No caso exposto, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico com poucas horas de admissão. Os principais riscos associados a procedimentos cirúrgicos na gestação são a morte fetal, parto prematuro e imaturidade fetal. No presente caso o parto prematuro foi uma complicação, porém, sabe-se que o manejo rápido e adequado propicia melhor desfecho ao binômio mãe-feto, e a conduta tomada permitiu um desfecho satisfatório a ambos.</p>
<p>PO 385-3</p> <p>ABCESSO DE PSOAS POR APENDICITE</p> <p>TAUANY TORRES, TALES BARIONE REGINALDO, PEDRO VICTOR CALVO SALLES, DEBORA LAENA BARROSO SACOMAN, VICTOR GONÇALVES DE LIMA, JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES, VITOR HERNANDES LOPES</p> <p><i>PUC SOROCABA - Sorocaba - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relato de um caso de abcesso de psoas bilateral causado por apendicite aguda não diagnosticada. O abcesso de psoas é uma enfermidade pouco frequente, de curso insidioso e de difícil diagnóstico, causado muitas vezes, por contiguidade a uma infecção. A apendicite é um quadro inflamatório do apêndice cecal causado por obstrução de sua luz, na grande maioria das vezes, por um fecalito. Quando não identificada, pode levar a graves complicações, algumas de difícil diagnóstico, como os abscessos de psoas.</p> <p>RELATO DE CASO: SSN, 53 anos, sexo masculino, com quadro febre baixa diária e dor lombar importante irradiando para pelve, membros inferiores e região abdominal há 2 meses. Apresentava posição antálgica e retração dos membros inferiores, tendo permanecido acamado por 15 dias. Realizou-se exames laboratoriais e tomografia de abdome (TC) que evidenciou líquido livre na cavidade abdominal e abscesso de psoas bilateral, sem outras lesões aparentes. Iniciada a antibioticoterapia de amplo espectro, o paciente foi submetido a laparotomia com identificação de coleção purulenta em psoas direito e sem identificação da coleção em psoas esquerdo. O apêndice estava em posição retrocecal, inflamado e com necrose, em íntimo contato com o abscesso de psoas a direita. Foi realizada a apendicectomia e drenagem. Permaneceu em leito de UTI, em estado crítico, com uso de droga vasoativa. Realizada TC em 04/02/19 que evidenciou nova coleção intra-abdominal. Indicada a abordagem cirúrgica, encontrou-se moderada quantidade de pus na cavidade abdominal em topografia do psoas direito, que foi drenada. O paciente permanece internado em leito de UTI, com melhora do quadro séptico.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste caso, a demora para diagnosticar a apendicite aguda levou a complicação de difícil diagnóstico. Inúmeros casos de abscesso de psoas não são diagnosticados antes da instalação da sepse, levando o paciente a óbito. O abscesso de pessoas deve ser pensado diante de quadros de lombalgia insidiosa ou febre sem foco aparente, entre outros. De acordo com a literatura, apenas cerca de 7% dos abscessos retroperitoneais são causados por apendicite.</p>	<p>PO 386-1</p> <p>FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA E ESTENOSE POR MIGRAÇÃO DE ANEL GÁSTRICO PÓS CIRURGIA DE FOBI-CAPELLA – REPARO VIDEOLAPAROSCÓPICO</p> <p>EVANDRO CEZAR CIANFLONE FILHO, RUAN JONATHAN MELO VILAÇA DORNELAS, BRUNIO SOUZA CALDAS, MOLÍNO AUGUSTO MOREIRA FONSECA, THOMAS HENRIQUE AUÉL, RONALDO PEÇANHA SILVEIRA, FERNANDO SÁ FREIRE PINHO JUNIOR, BERNARDO BOTTINO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - NITEROI - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A cirurgia bariátrica tem indicações precisas e bons resultados no tratamento da obesidade e da síndrome metabólica. Uma das técnicas utilizadas é a cirurgia de Fobi-Capella, que pela técnica convencional contava com a colocação de um anel gástrico. Como qualquer outro procedimento cirúrgico, essa operação é acompanhada de riscos inerentes e possibilidade de complicações e, portanto, deve ser seguida de rigoroso acompanhamento médico. A fístula gastrogástrica (comunicação entre o estômago excluído e o pouch gástrico) é uma complicação rara, associada geralmente a presença de úlcera marginal no pouch gástrico. Quanto a complicações do anel gástrico, foram relatados frequentes casos de estenose/obstrução causadas pela sua migração.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 53 anos, com história prévia de cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella (convencional) em 2006, procura atendimento com quadro de distensão abdominal, vômitos pós-prandiais, perda ponderal (13Kg em 5 meses, 8Kg em 30 dias), odinofagia, sensação de disfagia de condução e regurgitação líquida ao deitar. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou esofagite erosiva Grau A de Los Angeles e sugerindo estenose de anastomose gastroenteral por migração do anel gástrico. A realização do exame contrastado de trânsito gastrointestinal evidenciou a presença da fístula gastrogástrica (FGG). Além disso, ultrassonografia de abdome total pré-operatória apresentou imagem sugestiva de cálculo de 9mm no interior da vesícula biliar. Assim, foi indicada abordagem cirúrgica por via videolaparoscópica, sob anestesia geral. Procedeu-se à ressecção da fístula gastrogástrica, retirada do anel gástrico e colecistectomia. O paciente evoluiu no pós-operatório sem complicações, com melhora dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: A escolha pela via videolaparoscópica foi feita tendo em vista as vantagens da abordagem minimamente invasiva associada à alta eficácia dessa técnica. Ressalta-se a importância do seguimento médico pós cirurgia bariátrica para identificação precoce e profilaxia de complicações. Considerando-se a relação entre úlcera marginal e formação de FGG, evidencia-se a importância do acompanhamento e tratamento clínico em pacientes com EDA sugestiva de gastrite ou úlcera. As técnicas atuais não incluem mais a colocação do anel gástrico em função da elevada incidência de complicações como o caso relatado.</p>

PO 386-2	PO 387-2
<p>MONITORIZAÇÃO DO NERVO FACIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA: RELATO E REVISÃO LITERÁRIA</p> <p>Stella Márcia Carvalho, Aristone José Marinho, Leslie Clifford Araújo</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O nervo facial é responsável pela inervação dos músculos da expressão facial e sensibilidade no terço anterior da língua. Diversos procedimentos cirúrgicos são realizados em sua área de inervação, necessitando assim de técnicas de preservação neural. Diversos procedimentos já foram descritos, mas os de monitorização neurofisiológica, embora ainda pouco presente nos centros de cirurgia, têm se mostrado mais eficaz. Para tal, foi realizado um relato de caso e revisão de literatura dentre as diversas técnicas de preservação neural.</p> <p>RELATO DE CASO: Pacientes foram submetidos à cirurgia realizada no sítio do trajeto anatômico do nervo facial. Para sua preservação foi utilizada monitorização eletromiográfica e estimulação facial. Técnicas anteriores englobavam apenas o procedimento cirúrgico baseado no conhecimento anatômico das estruturas em relação ao nervo facial, porém, atualmente, utiliza-se a monitorização somada ao conhecimento da anatomia. Durante a cirurgia de um determinado grupo foi usado a monitorização do nervo facial com estimulador facial e o outro grupo, foi utilizado, apenas, a estimulação facial.</p> <p>DISCUSSÃO: A monitorização do nervo facial é o mais avançado procedimento a auxiliar o cirurgião no mapeamento anatômico, prevenindo traumas que desencadeiam quadros de paralisia dos músculos da mímica facial, como também a gravidade da lesão. Acredita-se que esse método reduz o tempo cirúrgico e aumenta a satisfação do paciente no pós-operatório em comparação ao método sem a monitorização. Tendo em vista nos estudos que foram comparados os métodos com e os sem monitorização, foi observado que o nervo facial foi preservado em 96,1% quando este foi monitorado, em comparação ao método tradicional, baseado apenas no conhecimento anatômico, com uma variação de 70-80% da preservação da função do nervo. Mostrando-se além de melhores resultados, a possibilidade da utilização desta técnica para outras raízes nervosas.</p>	<p>RELATO DE CASO: CILINDROMA EM COURO CABELUDO</p> <p>Paulo César Silva Azizi, Paulo César Alves Azizi, Nicole Braz Campos, Janaína Aparecida Silva Braga Azizi</p> <p><i>Unifoa - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cilindroma é uma neoplasia benigna incomum, de anexos cutâneos, que se manifesta frequentemente como lesão única, pequena, róseo-avermelhada, usualmente indolor, de ocorrência esporádica, situada, em 90% dos casos, no couro cabeludo, na face ou no pescoço. Casos com lesões múltiplas são hereditários, com transmissão autossômica dominante de penetrância incompleta, e se traduzem por nódulos lisos, de contornos arredondados e tamanhos variados, situados no couro cabeludo e, ocasionalmente, na face, mais raramente no tronco e nas extremidades; quando praticamente todo o couro cabeludo é acometido, fala-se em "tumor em turbante". O diagnóstico é dado através da histopatologia para que ocorra a diferenciação da lesão, com outros tumores de couro cabeludo e com características semelhantes.</p> <p>RELATO DE CASO: J. S. A., feminino, 35 anos, atualmente grávida (6 meses de gestação), procurou o serviço de cirurgia com dois tumores localizados em couro cabeludo, com passado de Leucemia, onde estava previsto o transplante de medula óssea, o qual não ocorreu devido à gravidez inesperada. Ao exame: Tumores (2) com características de cilindroma, de aproximadamente 5cm de diâmetro, lisos, de consistência firme, cor rósea, localizados em região frontal e parietal direitas no couro cabeludo. Ultrassonografia dos cistos mostrou-se inconclusiva.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia do hospital Gaffré e Guinle, para retirada dos cistos cirurgicamente para que estes sejam encaminhados à histopatologia para confirmação de sua origem etiológica, onde espera-se a confirmação da suspeita clínica de cilindromas.</p>
<p>PO 387-3</p> <p>ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO EM PACIENTE COM ESPLENOMEGALIA EM INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA</p> <p>PEDRO VICTOR CALVO SALLES, TALES BARIONE REGINALDO, TAUANY TORRES, DEBORA LAENA BARROSO SACOMAN, VICTOR GONÇALVES DE LIMA, VITOR HERNANDES LOPES, JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES</p> <p><i>PUC SOROCABA - Sorocaba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O atual relato discute o caso de um paciente em investigação de síndrome mielodisplásica há cerca de dois meses, necessitando de intervenção cirúrgica devido a anemia bicitopenia associado à distensão abdominal e paracentese com líquido sanguinolento. O objetivo do seguinte caso é relatar e discutir a origem do sangramento intra-abdominal, correlacionando com a doença do paciente, hábitos de vida e história clínica.</p> <p>RELATO DE CASO: JMA, 44 anos, masculino, lavrador, descreveu que há 2 meses vem sentindo dispnéia e dores nos membros inferiores. Relatou o uso de tabaco, álcool e "Rebite" (Metanfetamina), e ainda contato crônico com agrotóxicos. Procurou atendimento médico, onde foi constatada uma bicitopenia (plaquetopenia e anemia). Com a equipe de hematologia, iniciou-se investigação para Síndrome Mielodisplásica (SMD), sendo coletada biópsia de medula óssea. Desde então, recebia concentrados de hemácias e plaquetas quase diariamente. Há 1 semana, desenvolveu Neutropenia Febril após uso de Levofloxacino por 14 dias e foi internado aos cuidados da Hematologia. Além da Neutropenia Febril, queixava-se de distensão e dor abdominal difusa, com piora progressiva. Evoluiu com dispnéia. Foi realizada uma Tomografia de Abdome sem contraste com visualização de líquido livre em cavidade abdominal. Indicada paracentese, foi retirado 1L de líquido hemático escurecido com melhora da sintomatologia inicial. Porém, seus padrões laboratoriais hematimétricos continuavam baixos, a despeito das inúmeras transfusões sanguíneas que realizara. Outra TC de Abdome foi indicada, desta vez com contraste. Visualizou-se líquido livre em grande quantidade, mas sem lesão de vísceras sólidas e com esplenomegalia. Mantendo o nível hematimétrico em queda, porém estável hemodinamicamente, foi indicada uma Laparotomia Diagnóstica. Realizou-se o procedimento cirúrgico, com a transfusão de Plaquetas no pré, intra e pós-operatório. Durante a cirurgia, verificou-se grande quantidade de líquido intrabdominal (1500mL), de coloração vermelho escurecida (sangramento crônico), além de esplenomegalia com áreas de hematomas em superfície esplênica. Realizou-se esplenectomia, sem intercorrências. Paciente permanece em UTI, estável, com melhora laboratorial e a ferida operatória apresenta bom aspecto.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente com queixa inicial de dispnéia e astenia há 2 meses. Evoluiu com piora do quadro com distensão abdominal, dispnéia e acentuada bicitopenia. Tomografia de abdome com laudo sugerindo esplenomegalia e paracentese de alívio com líquido hemático em cavidade abdominal levando a indicação cirúrgica. Encontrou-se esplenomegalia com áreas de hematomas em sua superfície, sendo realizada esplenectomia. Paciente segue em cuidados intensivos com melhora parcial do quadro. Trata-se de paciente estável com SMD e sangramento na cavidade abdominal, por ruptura espontânea de hematomas em baço de grande volume.</p>	<p>PO 388-1</p> <p>TROMBOSE DAS VEIAS MESENTERICA E ESPLÊNICA E PORTA APOS GASTRECTOMIA VERTICAL (CIRURGIA DE SLEEVE): RELATO DE CASO.</p> <p>Maria Lavinia Brandão Santiago, Maria Beatrice Ribeiro de Albuquerque Gomes, Maria Paula Oiticica de Jesus, Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Lucas Pacheco Vital Calazans, Antonio Lopes Muritiba Neto</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gastrectomia vertical (cirurgia de Sleeve) videolaparoscópica é um procedimento cirúrgico restritivo através do qual a grande curvatura do estômago é removida. Anatomicamente, o processo inicia-se em torno de 4 a 6 cm do píloro e vai até o ângulo esofagagástrico. É um procedimento que possui menor risco de complicações quando comparado a outros tipos de abordagens cirúrgicas bariátricas. Porém, por ser executada em pacientes com IMC elevado e alto índice de comorbidade associada, o risco cirúrgico é considerável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 41 anos, submetido a gastrectomia vertical laparoscópica (cirurgia de Sleeve) evoluiu no 4º dia pós operatório (PO) com dor abdominal intensa em região mesogástrica. Ao exame físico, o Abdome encontrava-se batráquico, depressível, ruídos hidroaéreos diminuídos, com dor a palpação em mesogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada uma Tomografia Computadorizada de abdome com contraste que evidenciou uma trombose porto-mesentérico-esplênica, sendo solicitada a internação, com monitorização intensiva e medidas de descompressão gástrica e repouso pancreático. Foi encaminhada para avaliação com a cirurgia vascular que iniciou um tratamento com heparinização em bomba de infusão intravenoso, análogos da somatostatina, analgésicos e seguimento clínico para abdome agudo. No 14º dia PO o paciente evoluiu com dor epigástrica, relatos de astenia, abdome se apresentava flácido ao exame físico. Sendo submetido a uma nova TC de abdome com contraste e a exames laboratoriais. O resultado da TC evidenciou o comprometimento da veia porta, mesentérica superior e esplênica. Notou-se ainda, alterações perfusionais na fase venosa, na região perihilar do fígado, hiporreale difuso do baço em todas as fases e densificação dos tecidos adiposos adjacentes às veias esplênicas. No 15º dia PO, paciente cursa com plaquetopenia (74.000) pela heparinização em bomba. Devido a isso, é suspensa a heparinização através da HNF, iniciando enoxaparina 100mg SC de 12/12 horas. Foi liberado também a dieta líquida ao paciente. No 16º DPO, paciente evoluiu bem, com melhora do quadro e o valor das plaquetas subindo para 107.000. No 19º dia, paciente encontra-se em bom estado geral, com eliminações fisiológicas presentes, com boa aceitação da dieta, sendo dada a alta para acompanhamento ambulatorial precoce com a cirurgia geral e a endovascular. É mantido a enoxaparina 100mg 12/12 horas</p> <p>DISCUSSÃO: A gastroplastia é uma técnica cirúrgica de alto risco para o acontecimento de tromboembolismo venoso (TEV). Por isso, a profilaxia deve ser iniciada no primeiro dia de internamento, principalmente na vigência de fatores de risco. Entretanto, apesar do uso da profilaxia ser rotina, não negativa as chances de o evento trombótico vir a acontecer. Nesse sentido, a cirurgia de Sleeve é uma ótima opção para o tratamento da obesidade por ser uma técnica que mantém a continuidade gastrointestinal, tem menor tempo cirúrgico.</p>

PO 388-2	PO 388-3
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE SIGMOIDE- RELATO DE CASO</p> <p>Eric Oliveira Soares Junior, Dórica Pereira Martins, Juliane Lopes Nascimento, Ariel Teixeira Ribeiro, Camila Fecury Cerqueira, Ana Julia Ferreira Fernandes, Andressa Santos Osório, João Antonio Américo Machado Batista</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Vôlvulos são entidades em que o intestino faz um giro sobre si mesmo, provocando obstrução e angulação em "alça fechada". Se tratando de vôlvo de sigmoide, o estrangulamento da vasculatura intestinal se faz de maneira precoce, comprometendo as funções fisiológicas do órgão. Leva a um quadro clínico de obstrução intestinal clássica, que pode ser complicado em associação com fecaloma, perfuração e necrose. Podem acontecer em qualquer faixa etária, sendo mais comuns em crianças devido a defeitos congênitos, no entanto, é comum sua incidência em faixas etárias mais avançadas. As causas mais comuns incluem tumor de cólon, aderências de parede intestinal e acúmulo de fezes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 72 anos, portador de doença cardíaca, refere que vem apresentando constipação há mais ou menos 22 dias associado a dor abdominal de média intensidade, em cólica, piorando nos últimos 2 dias com ausência de liberação de fezes e mal estar geral. Refere liberação de flatos, nega vômito e febre. Paciente deu entrada no PS em bom estado geral, eupneico, eucárdico, normocorado, PA 107X69 bpm. No exame físico encontrava-se com abdome distendido, doloroso a palpação e com Ruídos Hidroaéreos diminuídos. Restante do exame físico sem alterações. Foram feitas avaliações laboratoriais e raio-x de abdome sendo constatado distensão de alças abdominais com evidência de imagem em grão de café. A conduta estabelecida pela equipe médica foi com base na suspeita de obstrução intestinal devido a um vôlvo de sigmoide. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora com retossigmoidectomia e colostomia a Hartmann. Paciente apresentou boa evolução, com sinais vitais estáveis e exame do abdome indolor a palpação superficial e profunda e ferida operatória limpa e seca.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre as manifestações clínicas, são comuns os achados de sofrimento isquêmico, possivelmente no grau mais elevado deste problema, como a perfuração intestinal com peritonite associada. Na ausência dos referidos sinais, o tratamento inicial pode ser uma tentativa de decompressão colonoscópica, e na presença de tais sinais, a conduta prioritária consiste na cirurgia de Hartmann ("sigmoidectomia em dois tempos").</p>	<p>ABDOMINE AGUDO EM PORTADOR DE ANOMALIA MORFOLOGICA: UM DESAFIO DIAGNOSTICO</p> <p>João Marcos Santos Silva, Melquior Brunno Mateus Matos, André Adler Batista Paulino, Fernanda Facincani Medeiros Bezerra, Marcos Daniel Sousa Xavier, Samara Duarte Oliveira, Roxane Castro Alexandre, Hercules Magalhães Olivense Carmo</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a causa mais frequente de abdome agudo e de operações de urgência e emergência dentre as cirurgias gastrointestinais 1,2,3,4,5. Com uma prevalência de aproximadamente 7% na população. Tem um pico de incidência entre 10-14 anos no sexo feminino e entre 15-19 anos no sexo masculino 6. Estima-se que 90 a 100 pessoas por 100.000 habitantes terão essa doença por ano 7. Raramente a apendicite pode apresentar dor no lado esquerdo. Isso geralmente acontece devido a anormalidades como o situs inversus totalis (SIT) ou má rotação do intestino médio 3. O SIT dificulta o diagnóstico e o manejo da dor abdominal aguda, já que nesses casos os sintomas e sinais podem confundir o examinador devido à posição anormal dos órgãos intra-cavitários 8. A incidência de apendicite aguda associada com esta anomalia é relatado entre 0,016% e 0,024% 9. O diagnóstico de SIT pode ser baseado em exame físico, radiografia de tórax, ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC) 1. Com o diagnóstico de SIT estabelecido, as opções cirúrgicas são as mesmas que para pacientes normais 9,10. A apendicetomia é o tratamento de escolha 6.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 20 anos, sexo masculino, pardo, natural e procedente de Rio Branco, Acre. Foi atendido no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – Acre (HUERB) em agosto de 2018, com história de dor abdominal progressiva que teve início 5 dias antes do atendimento, em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, irradiava-se difusamente, acompanhada de episódios de vômitos e febre não aferida. Negou hiporexia ou parada de eliminação de flatos e fezes. O paciente apresentava abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação superficial e profunda, sendo em maior intensidade na fossa ilíaca direita, hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, com dor à descompressão brusca em fossa ilíaca esquerda e irritação peritoneal. Foi evidenciada à ultrassonografia de abdome imagem cilíndrica terminando em fundo cego, com densificação da gordura adjacente e líquido ao seu redor, localizada na fossa ilíaca esquerda, medindo 34x20mm. Foi submetido, então, à apendicetomia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, tendo sido realizada antibioticoterapia com metronidazol e ceftriaxona por sete dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Em paciente com SIT, devido à topografia contralateral das vísceras, o diagnóstico é mais demorado, ocasionando um tratamento postergado, com índices maiores de complicações e gerando um risco maior de morbi-mortalidade nos casos diagnosticados tardiamente 4. O paciente deste relato de caso não sabia ser portador de SIT, o que gerou um atraso em seu diagnóstico. Somente através dos exames de imagem foi possível chegar ao diagnóstico de apendicite aguda. O procedimento cirúrgico além de confirmar a patologia também realiza o tratamento adequado de apendicetomia. Apesar disso, o quadro de apendicite complicada – perfurada com peritonite difusa – é um fator preditor de complicação pós-operatória em apendicite 10.</p>
<p>PO 389-1</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR EM POS-OPERATORIO TARDIO DE CIRURGIA BARIATRICA</p> <p>Luana Cecilia Araujo Conti, Gustavo Cunha Rodrigues, Jacqueline Lyrio Brandes, Paola de Araujo Sardenberg Alves</p> <p><i>Hospital Drº Beda - Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo bezoar refere-se ao aglomerado de substâncias indigeríveis no tubo digestivo, sendo mais encontrados no estômago e porções proximais do delgado. São classificados de acordo com sua composição. Tricobezoares, compostos de cabelos ou pelos e fitobezoares, contendo fibras, cascas ou sementes de vegetais, sendo esses os tipos mais comuns. Pacientes com doenças mentais tem incidência na patologia em questão. A cirurgia gástrica é o principal fator predisponente na formação de fitobezoar, mas a mastigação inadequada, dietas a base de fibras não digeríveis e alteração na motilidade gástrica também influenciam na sua formação. Os sintomas ocasionados pelos bezoares são geralmente decorrentes da obstrução, tais como dor abdominal, náuseas e vômitos. O seu tratamento consiste em remoção por meio endoscópico, dissolução por substâncias químicas ou tratamento cirúrgico. Esse trabalho objetiva relatar um caso de fitobezoar em paciente previamente submetido à gastroplastia redutora em Y de Roux laparoscópico (bypass gástrico).</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 59 anos, relata dor abdominal difusa e intensa há 01 dia, associado a náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Foi submetida a bypass gástrico laparoscópico há cinco anos. Sem relato de ser portadora de distúrbio psiquiátrico. Ao exame físico encontrava-se estável, normocorada, eupneica em ar ambiente, afebril, hidratada e taquicárdica; abdome distendido, doloroso à palpação difusamente e sem irritação peritoneal. Solicitada tomografia computadorizada de abdome e pelve, com evidência distensão de alças de delgado, notando-se transição com alça fina na fosse ilíaca esquerda onde observamos sinais de fecalização neste segmento de alças de delgado. Sinais de manipulação de cirurgia gástrica. Sem evidência de líquido livre na cavidade peritoneal. Indicada laparoscopia diagnóstica, onde foi evidenciado presença de obstrução à nível de transição jejuno-ileal por massa móvel intra-luminal. Realizado enterotomia, sendo encontrado presença de fitobezoar como causa da obstrução. Feito extração do mesmo, seguido de enterorrafia. Paciente com boa evolução clínica, início de dieta líquida no primeiro dia pós-operatório e alta hospitalar com três dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Bezoares são achados raros e em virtude de suas potenciais complicações. Deve-se estar atento para um diagnóstico precoce, valorizando qualquer evidência de alteração comportamental, assim como, considerar cirurgia gástrica prévia, uma vez que há relatos em literatura que essa complicação pode-se apresentar de forma imediata ou tardia. A base do tratamento consiste na remoção do bezoar e a prevenção da recorrência.</p>	<p>PO 389-2</p> <p>AGUDIZAÇÃO DE HEMATOMA SUBDURAL SUBDURAL CRONICO COM CIRURGIA DE DESCOMPRESSAO CEREBRAL.</p> <p>Renata Gama Lino, Andressa Borges Brito, Andressa Santos Osório, Eric Oliveira Soares Junior, Camila Fecury Cerqueira, Dhovana Silva Ceolin, Alice Jardania Pereira Mota, Vinicius Bessa</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hematoma subdural agudo acomete cerca de 1% a 5% de todas as lesões traumáticas sobre o crânio, e em 22% dos traumatismos cranioencefálicos (TEC) graves. Um dos principais fatores que influenciam no prognóstico é a idade avançada e também o estado de consciência do paciente, os que têm perda de consciência evoluem com mortalidade 5 vezes mais dos que não têm essa perda. A drenagem feita até 24 horas após o trauma, reduz o risco de morte do paciente. O traumatismo craniano é a causa mais comum de hematoma subdural agudo (HSDA), estando a maioria dos casos relacionada a acidentes automobilísticos, quedas e agressões. Os pacientes com atrofia cerebral significativa são os de mais alto risco para hematoma subdural. O perfil desse grupo é de idosos, indivíduos com história de abuso crônico de álcool e aqueles com traumatismo cranioencefálico (TCE) prévio. Por conta disso, os hematomas subdurais crônicos são vistos em adultos mais velhos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente P.P.L., feminino, 77 anos, admitida no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas-TO, Portadora de Parkinson com diagnóstico há 3 anos, relata quedas da própria altura durante esses anos, já diagnosticada com hematoma subdural crônico esquerdo, com tratamento conservador há mais ou menos 2 anos. Acompanhante refere queda da própria altura há 3 semanas, posteriormente, a paciente começou a apresentar hemiparesia a direita, cefaleia do tipo holocraniana progressiva diária e com nível hipertensivo associado e perda de consciência progressiva durante essas 3 semanas. Víctima de hematoma subdural agudo frontoparietal esquerdo com apagamento dos sulcos entre os giros corticais e redução do ventrículo lateral esquerdo, já com espessura de 14 mm, mostrado na tomografia computadorizada, indicativo de cirurgia para a drenagem do hematoma. Incisão feita no hemicrânio crânio esquerdo com anestesia local com sedação, sem necessidade de intubação, visando uma melhor recuperação pós cirúrgica da paciente, pela idade avançada. Duração do procedimento foi em torno de 50 minutos. Internação por 2 dias e uma melhorara significativa dos sintomas relatados anteriormente.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso resalta a importância do acompanhamento de idosos com doenças cerebrais degenerativas como Parkinson que é o caso da paciente, e importância em ser feita a drenagem do hematoma subdural agudo, mostrando como melhora a qualidade de vida da paciente como essa decompressão cerebral e também a cuidado especial no procedimento cirúrgico na emergência, evidenciado pela escolha da anestesia local com sedação, para uma melhor evolução pós-operatória.</p>

PO 389-3	PO 390-3
<p>RELATO DE CASO: INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA E MANEJO TERAPEUTICO EM PACIENTE COM PERITONITE DE CAUSA DESCONHECIDA</p> <p>Naari Novais Couto, Thaiana Pimentel De Moraes, Luísa Nunes Teixeira Da Silva, Regina Fátima Freire Quintaes, Patrícia Lefevre Schmitz</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS - FMP - Petrópolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Peritonite é a inflamação do peritônio ou da cavidade peritoneal, geralmente causada por uma infecção localizada ou generalizada, podendo ser primária ou secundária. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso de um paciente com peritonite bacteriana de causa não esclarecida, mesmo após laparotomia exploratória.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 27 anos, negro, portador de mermelia dos membros superiores, usuário regular de cocaína e estilista social, foi admitido no Hospital Alcides Carneiro/Petrópolis relatando dor abdominal há cinco dias de moderada intensidade, de início súbito, em queimação, irradiada para hipocôndrio e flanco direitos, associada a náuseas e episódios de êmese com restos alimentares. Evoluindo nos últimos cinco dias com dor difusa de menor intensidade, com evacuações ausentes, porém eliminando flatos. Na admissão encontrava-se taquicárdico (116 bpm), abdome com peristalse presente, distendido, timpânico, depressível e doloroso, ausência de massas ou visceromegalias. Apresentando leucometria de 12.900 mm³, e Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve, com imagem hipodensa laminar indissociável à parede do ângulo hepático do cólon, densificação da gordura adjacente, pequenos linfonodos de permeio e moderada quantidade de líquido em pelve, sem sinais de obstrução intestinal. Foram feitos Gentamicina e Metronidazol com hipótese de Úlcera perfurada. Realizada nova TC de abdome e pelve com contraste para melhor avaliação, sem alterações. Evoluiu por três dias com piora do estado geral, apresentando picos febris e Farmacodermia. Suspensos os antibióticos por suspeita de Pancreatite Aguda. Após um dia houve piora clínica fez-se o retorno de Gentamicina e decidiu-se por Laparotomia Exploratória, na qual foi evidenciada grande quantidade de exsudato purulento em pelve, algo em fossa ilíaca direita e loja de exsudato purulento em região infra-hepática. Apêndice cecal sem alterações, optando-se por Apêndicectomia pela técnica de Vasconcelos, devido à grande aderência em base. Rafia de cólon por lesão inadvertida. Cultura do líquido peritoneal positiva para E.coli, sensível a Gentamicina e Cefepime. Feita Endoscopia Digestiva Alta para descartar Úlcera Tamponada, sem alterações. Não solicitado Colonoscopia pela rafia de cólon. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial expressivas. Marcadores de Doença Inflamatória Intestinal (DII) em andamento. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A região Sudeste do Brasil tem a maior taxa de mortalidade por Peritonite, totalizando 48,28% (DATASUS, 2016), demonstrando a importância do tratamento especializado para cada caso, em busca da causa de base. Este caso foi relatado objetivando as dificuldades do diagnóstico no contexto de saúde pública a qual está inserido. As hipóteses diagnósticas mais prováveis para o caso, como Apêndicite Aguda, Úlcera Péptica Perfurada e Perfuração de alças intestinais foram descartadas durante o ato operatório e com exames complementares.</p>	<p>UM RARO CASO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ADENOCARCINOMATOSE METASTÁTICA DE LIGAMENTO REDONDO.</p> <p>Paula Ferreira Brasil, Bruno Knaak de Abreu, Luísa Vieira Souto Salgueirinho Salles Abreu, Ana Clara Monte Gonçalves, Marvin Willie Silva Foster, Rodrigo Martinez</p> <p><i>UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Obstrução intestinal extraluminal secundária a metástases intra-abdominais é uma urgência rara e muito grave, representando menos de 10% dos casos de origem neoplásicas. Associado a isso, metástases para o ligamento redondo são igualmente incomuns e a combinação das duas ainda não foi descrita na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: No presente relato, descrevemos o caso de uma paciente de 55 anos, do sexo feminino, que deu entrada na emergência com súbita dor abdominal, náuseas e vômitos. Realizada Tomografia Computadorizada de abdômen evidenciando pneumoperitônio e distensão segmentar do ceco, sem outras alterações. A paciente possuía um histórico de investigação de Câncer gástrico com sucessivas EDA negativas, sem sinais de desnutrição, anemia ou outro sinal sugestivo de malignidade. Submetida a laparotomia exploradora, encontrado cólon direito distendido, com perfuração em ceco e extensa contaminação da cavidade. A infiltração carcinogênica restrita ao epíplon e ao ligamento redondo, que estavam aderidos entre si, resultou em obstrução extrínseca à altura do cólon ascendente, que combinada à presença de válvula íleo-cecal competente, resultou em obstrução cecal em "alça fechada", levando à sua perfuração precoce. Realizada ileocelectomia direita estendida, com exêrese de epíplon e ligamento redondo, seguida de ileostomia. Análise histopatológica das peças confirmou adenocarcinoma pouco diferenciado metastático para epíplon e ligamento redondo. A paciente obteve boa recuperação, com alta hospitalar após 1 semana para acompanhamento oncológico ambulatorial, onde se confirmou, a partir de laudo de EDA realizada previamente ao quadro relatado, porém liberado dias após, adenocarcinoma gástrico.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico de urgência foi indicado pela incerteza do quadro e pelo risco imediato de vida. A infiltração metastática do ligamento redondo é uma condição rara, com descrição na literatura de quatro casos, nenhum deles de origem gástrica. As obstruções intestinais extraluminais ocorrem de forma mais comum pelo crescimento de massas metastáticas, não se tendo encontrado na literatura, nenhum caso descrito de estrangulamento das estruturas pelo ligamento redondo e omento. Sabe-se que o manejo de pacientes com câncer e obstrução intestinal deve ser individualizado levando-se em consideração a condição clínica de cada paciente, estágio do câncer e expectativa de vida estimada. Uma grande fração é categoricamente inoperável e, em geral, a sobrevivência é limitada, a ponto de alguns autores sugerirem tratamento conservador. No entanto, em comparação com o tratamento médico, a cirurgia não está associada a um aumento da mortalidade. Os autores acreditam que seja um caso raro que merece o destaque e ressaltam a importância do adequado diagnóstico e investigação de um quadro de abdômen agudo na presença de neoplasias, especialmente naqueles com tendência a produzir obstruções intestinais.</p>
<p>PO 391-2</p> <p>BOCIO MERGULHANTE</p> <p>Wendel dos Santos Furtado, Daniel Sammartino Brandão, Cássio Silva Coelho, Vítor Breves Paiva, Carolina Martins Vissoci, Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Diego Fernandes Queiroga Pita</p> <p><i>UNICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O bócio mergulhante é uma afecção relativamente rara da glândula tireoide que consiste em aumento do tamanho, peso e volume desta glândula que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. Em geral, é um quadro de evolução lenta sendo assintomático em até 65% dos casos. A maior parte consiste em massa benigna e as alterações da função tireoidiana não são comuns em pacientes com bócio intratorácico. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica da glândula, uma vez que representa a única possibilidade de remoção completa da lesão. Complicações mais comuns no pós-operatório são: hipoparatiroidismo transitório, lesão de nervo laríngeo recorrente, hemorragias, hipocalcemia, tetania, e paralisias recorrentes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 32 anos, assintomática, estava em consulta de rotina quando, durante exame físico, foi observado nódulo em tireoide. Foram solicitados exames complementares sendo evidenciado bócio multinodular na USG cervical; TC de pescoço e tórax com nódulos de realce heterogêneo de contraste e margens bem definidas no istmo, lobo esquerdo e outros nódulos que se estendem até mediastino anterior e PAAF com nódulo colóide com alterações císticas (Bethesda II). Foi encaminhada para tireoidectomia total que foi realizada junto com ressecção de componente mediastinal do bócio no mediastino anterior, entre tímo e veia braquiocéfálica, ambas realizadas via transcervical. O anatomopatológico evidenciou hiperplasia nodular de tireoide e linfonodo mediastinal exibindo quadro reacional tipo histiocitose sinusal. Evoluiu com queda do cálcio sérico e sintomas de parestesia em pé direito e membros superiores, irritabilidade e queda do cabelo, sendo iniciada reposição de cálcio, levotiroxina e alta após melhora clínica. Após 1 mês, retorna com nova TC de pescoço sem alterações, exames laboratoriais mostrando cálcio de 8,0 mg/dL; fósforo de 6,3 mg/dL, TSH 12,71 mU/L e T4L 0,6 ng/dL e persistência da parestesia em extremidade de membros, favorecendo um quadro de hipotireoidismo e hipoparatiroidismo pós-operatório. Foi otimizada a reposição de cálcio, acrescentado calcitriol e mantido levotiroxina. Retorna após 2 meses com piora de parestesia em membros e paralisia intermitente em face há 5 dias acompanhados de câimbras frequentes, hipocalcemia de 7,9 mg/dL e apresentando sinal de Trousseau e Chvostek durante atendimento. Optado por otimizar dose de levotiroxina e mantido calcitriol. Após 1 mês paciente retorna com exames laboratoriais demonstrando Ca sérico de 8,9; T4L 1,61 e TSH <0,05, mas segue referindo parestesia intermitente em face e parestesia de membros. Continua em acompanhamento clínico pela endocrinologia.</p> <p>DISCUSSÃO: Temos um caso de hipotireoidismo e hipoparatiroidismo pós-tireoidectomia total com apresentação clínica rica, evidenciando tetanismo marcante com Trousseau e Chvostek positivos e com difícil controle do cálcio e fósforo sérico, TSH e T4L.</p>	<p>PO 391-3</p> <p>ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR LEIOMIOMA UTERINO: UM ESTUDO DE CASO</p> <p>Rayanne Oliveira, Gabriel Reichert, Lucas Reichert, Rebeca Albuquerque, Fernanda Mendonça, Zalmir Reichert</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Leiomioma uterino é o tumor benigno hormônio-dependente do músculo liso do útero mais comum na menacme, acometendo cerca de 40% das mulheres. Conforme a localização do tumor: subserosa, intramural e submucosa, as principais manifestações clínicas são menorragia, desconforto pélvico e dismenorreia. Porém, os leiomiomas subserosos podem crescer e comprimir uma alça intestinal, estabelecendo um quadro de abdome agudo obstrutivo.</p> <p>RELATO DE CASO: paciente T. C. A. S, 53 anos, doméstica, branca, deu entrada na urgência de um hospital de João Pessoa, com queixa de dor abdominal generalizada há três dias, um episódio de vômito, e uma evacuação pastosa, desde o surgimento da dor. Fumante 40 maços/ano e laqueadura tubária há 25 anos. Ao exame, apresentava-se com fácies de dor, estado geral comprometido, desidratada, corada e afebril. Apresentava abdome globoso, dor difusa à palpação profunda do andar inferior do abdome, com defesa peritoneal. Levantou-se a hipótese diagnóstica de abdome agudo inflamatório e, solicitado uma ultrassonografia de abdome total, evidenciando acentuado meteorismo intestinal e útero aumentado de volume (V: 1.333,0cm³), com acometimento miomatoso intramural e subserosos. A paciente foi internada em dieta zero e antibioticoterapia endovenosa (cefalotina, gentamicina e metronidazol), além de medicação analgésica e submetida à laparotomia exploratória de urgência, onde foi evidenciado um bloqueio de alças intestinais pelo útero miomatoso, provocando isquemia nas mesmas. Foi realizado a histerectomia subtotal na paciente, banhou-se a alça isquemiada em solução fisiológica aquecida, com retorno da coloração habitual da mucosa. Realizada sutura protetora da mucosa, com fio prolene 2.0. Evoluiu no segundo dia pós-operatório eliminando flatos, evacuando no terceiro dia. Recebeu alta hospitalar sem queixas após seis dias da cirurgia. Retornou após trinta dias do procedimento cirúrgico, sem relato de dor, febre, ou outro sintoma.</p> <p>DISCUSSÃO: o abdome agudo é uma condição clínica que pode representar risco iminente de morte ao paciente. Assim, seu diagnóstico e conduta deve ser tomado de forma rápida e precisa, visto que cada etiologia de abdome agudo tem um tratamento específico. Nos manuais de emergência pesquisados, nenhum citou o leiomioma uterino como um possível desencadeador da obstrução intestinal. Desta forma, percebe-se que tal situação não é do conhecimento de uma importante parte dos médicos, o que pode comprometer o atendimento e o tratamento da paciente acometida pela doença, tornando a sua resolução insatisfatória. Por isso, é de fundamental importância o relato de casos como o supracitado para que possamos compreender melhor quadros incomuns de abdome agudo de origem ginecológica. Outrossim, ressalta-se a importância de tal conhecimento para as outras especialidades médicas, visto que saber a resolução deste problema pode exigir abordagens multidisciplinares. Palavras-chaves: Leiomioma Uterino; Abdome Agudo; Obstrução Intestinal.</p>

PO 392-1	PO 392-2
<p>FEBRE MEDICAMENTOSA EM PACIENTE POS GASTRECTOMIA VERTICAL</p> <p>SENAIVAL ALVES OLIVEIRA JÚNIOR, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO, DENED MYLLER BARROS LIMA, CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, ANTONIO BRAZ SILVA NETO, LUIS FELIPE REVOREDO ANTUNES MELO, REBECCA GOMES FERRAZ, LUIS FELIPE MEDEIROS ROCHA</p> <p><i>Hospital Universitario Onofre Lopes - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A febre de origem medicamentosa é definida como: "um distúrbio caracterizado por elevada temperatura, o qual coincide com a administração de uma droga e desaparece após a descontinuação da mesma, de modo que não haja outra causa evidente após um exame físico cuidadoso e investigação laboratorial adequada. Os mecanismos são múltiplos e envolvem reações de hipersensibilidade, mecanismos termorregulatórios alterados, reações que estão diretamente relacionadas à administração do fármaco ou farmacologia do mesmo, bem como causas idiossincráticas. O presente estudo apresenta um relato de caso (pós gastrectomia vertical) abordado em nosso serviço que fomenta este tema.</p> <p>RELATO DE CASO: I.B, Feminino, 39 anos, natural e residente em Parnamirim/RN, casada, 1 Filha, 2º Grau completo. Submetida a sleeve gástrico para tratamento da obesidade mórbida, comparece ao serviço no 7º dia pós operatório com queixa de dor em ombro direito associado à dispnéia intermitente. Realizado tomografia de abdome que revelou duas coleções intra-abdominais margeando o lobo hepático esquerdo, além de pequena densificação da gordura mesentérica junto ao ângulo de HIS, próximo a margem superior do gramepmento gástrico. Realizado endoscopia digestiva alta, a qual mostrou orifício fistuloso pré pilórico. Evoluiu com sepse de foco abdominal, sendo submetida a laparoscopia com drenagem de ambos os hipocôndrios. Admitida posteriormente na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica. Em sua evolução, fez uso de múltiplos esquemas de antimicrobianos (cefepime, metronidazol, ampicilina, meropenem, vancomicina e caspofungina) sem melhora do quadro febril. Apresentava hemocultura, urocultura e cultura da ponta de cateter central com resultados negativos. Após vigilância constante da CCIH, optou-se por realizar o descalonamento dos antibióticos, observando-se redução dos picos febris, estabilização hemodinâmica e respiratória (após desmame da ventilação mecânica). Paciente transferida para enfermaria, recebendo alta posteriormente.</p> <p>DISCUSSÃO: A febre pode ser a única manifestação de uma reação adversa a medicamentos em 3 a 5% dos casos. O risco de desenvolver este quadro, aumenta com o número de itens prescritos, especialmente em pacientes idosos. As soluções administradas podem ser contaminadas com endotoxinas ou outros pirogênicos exógenos. Vale salientar que estamos diante de um diagnóstico de exclusão, e a interrupção de todos os medicamentos no mesmo intervalo de tempo, pode acarretar na manifestação de alguma doença subjacente, de modo que a identificação do agente causador seja dificultada. Na maioria dos casos observados na literatura, a resolução da febre ocorrerá dentro de 72 a 96 horas após a interrupção do fármaco. Em função disso, o caso apresentado corrobora com os dados atuais obtidos na literatura, estimulando o profissional a levantar tal suspeita em casos selecionados.</p>	<p>RECIDIVA DE DISPLASIA FIBROSA POLIOSTOTICA CRANIO FACIAL EM PACIENTE IDOSO</p> <p>Guilherme Bastos Palitot Brito, Sheila Ramos Miranda Henriques Tarrapp, Carlos Antonio Souza Filho, Senival Alves Oliveira Junior, Dened Myller Barros Lima, Antonio Braz Silva Neto, Gabriela Lima Nóbrega, Rebecca Gomes Ferraz</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN) - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A displasia fibrosa é uma lesão na qual partes do osso são substituídas por tecido conjuntivo fibroso e osso trabecular mal formado. O processo se origina na porção medular e é causada por uma mutação pós-zigótica no gene da proteína estimuladora de nucleotídeos - guanina (GNAS1). A displasia fibrosa pode ocorrer em ossos únicos ou múltiplos (displasia fibrosa monostótica e poliostótica, respectivamente). A forma poliostótica da displasia fibrosa é conhecida como síndrome de McCune-Albright e está associada a manchas café-com-leite. Corresponde à aproximadamente 5 à 7% de todos os tumores ósseos benignos. Apresenta-se com mais frequência na adolescência ou na faixa dos 20 anos. Pode ocorrer em qualquer osso, mas é mais comum no fêmur proximal, tibia, costelas e crânio, afeta ligeiramente mais homens do que mulheres.</p> <p>RELATO DE CASO: JBS, masculino, 60 anos, ex-tabagista e ex-etanolista, casado, aposentado, natural e procedente de Natal - RN. Procurou o serviço de cirurgia de cabeça e pescoço em 2011 com queixa de dor em mandíbula direita associado à abaulamento nesta topografia e de maxila direita, relatando início dos sintomas há aproximadamente 7 meses, notando crescimento exponencial do abaulamento. No exame físico não apresentava alterações de cavidade oral, ausência de linfonodomegalias cervicais e com mimica da face preservada. Palpado lesão endurecida em mandíbula direita de aproximadamente 6cm e em máxila direita de 7cm. Tomografia computadorizada (TC) da face demonstrou espessamento e esclerose associada a áreas císticas de permeio acometendo a região do corpo e mento da mandíbula à direita e maxila. Submetido à mandibulectomia segmentar com reconstrução com placa de titânio e enxerto ósseo de crista ilíaca direita e necessidade de passagem de sonda nasointestinal devido manipulação de mandíbula. Evoluiu bem em enfermaria, recebendo alta hospitalar no 7º dia de pós operatório (DPO). Histopatologia de corpo de mandíbula direita concluindo displasia fibrosa. Recebeu alta ambulatorial após 3 anos de seguimento, sem recidiva. Procurou novamente o serviço em 2018, com queixa de abaulamento em região malar direita e palato duro, iniciado há 2 meses. Nova TC de face demonstrou sinais de displasia poliostótica craniofacial caracterizada por espessamento e esclerose óssea envolvendo ossos da base do crânio, face, elementos vertebrais C1 e C2, com áreas hipotenusas/coativas de permeio, com consequente deformidade da gemináveis direita. Optado por manter acompanhamento clínico radiológico.</p> <p>DISCUSSÃO: A displasia fibrosa é rara na população idosa, havendo poucos casos descritos na literatura médica. O tratamento cirúrgico encontra-se indicado quando o paciente apresenta sintomas ósseos ou queixas estéticas relacionadas ao abaulamento, entretanto, apresenta altas taxas de recidiva. Devido ao difícil acesso cirúrgico demonstrado em exames de imagem e a alta taxa de recidiva, foi optado por seguimento clínico e radiológico do paciente, conduta embasada em relatos de casos semelhantes.</p>
<p>PO 392-3</p> <p>MUCOCELE DE APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Francisco Alves Silva, Alexandre Rodrigues Alves, Leonardo dos Santos Ferreira, João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Luiz Carlos de Araújo Souza, Adriano Pamplona Torres, Vitor Breves de Paiva</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neoplasia mucinosa de apêndice é responsável por 0,2- 0,7% dos casos de apendicite. O quadro clínico é assintomático em metade dos casos, mas pode cursar com apendicite aguda, dor abdominal não específica ou massa pélvica. O tratamento inicial é cirúrgico, podendo ser realizado apendicetomia ou hemicolectomia. Objetivo deste estudo é relatar um caso de apendicite aguda causada por neoplasia mucinosa de baixo grau (LAMN) e revisar na literatura seu tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: CAS, 75 anos, feminina, hipertensa e diabética. Deu entrada no pronto socorro de cirurgia geral, com queixa de dor em fossa ilíaca direita há 15 dias, associada a náusea e hiporexia há 1 dia. Nega vômitos, diarreia e sintomas urinários. Ao exame físico, apresentava FC:88bpm, SatO2:98%. Abdome semigloboso, ausculta abdominal sem alterações, com dor difusa à palpação de hemiabdomene direito. Hemograma com 15.200 leucócitos, com 4% de bastonetes. Ultrassonografia de abdome total realizada no dia do atendimento sem alterações. Tomografia computadorizada sugeriu apendicite. Foi então indicado laparotomia exploratória para possível apendicetomia. Durante o Intraoperatório, foi observado apêndice cecal, bloqueado pelo grande omento. Apêndice apresentava-se aumentado, hiperemiado com paredes espessas e ceco hiperemiado com sinais de isquemia, sugerindo processo neoplásico. Ausência de extravazamento de conteúdo fecal ou mucinoso na cavidade peritoneal, sem presença de linfonodomegalias ou implantes peritoneais ou hepáticos. Optado por colectomia direita, com anastomose primária. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 10º dia de pós-operatório. Análise histopatológica da peça cirúrgica, apresentava apêndice cecal com 5,0 x 3,0 cm. Presença de neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau, bem diferenciada, com extensão em todo órgão, com margem cirúrgica livre de tumor e linfonodos sem acometimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores produtores de mucina possuem origem epitelial, segundo a classificação da OMS de 2010, as neoplasias produtoras de mucina foram divididas em 3 grandes grupos: adenomas, LAMN e adenocarcinoma de apêndice. Atualmente, pelo Consenso de Delphi de 2016 as neoplasias mucinosas são classificadas: LAMN, neoplasia mucinosa de alto grau, adenocarcinoma mucinoso com ou sem anel de sinete. Acredita-se que a LAMN seja o processo neoplásico inicial, com estágio intermediário marcado pela atipia de alto grau, seguida pelo adenocarcinoma mucinoso, a presença de anel de sinete é indicativo de pior prognóstico. O tratamento da LMNA é baseado na retirada do sítio primário de lesão, por apendicetomia. A colectomia está indicada quando o tumor apresenta tamanho superior a 2cm ou envolvimento da região pericecal ou sinais de malignidade. Em nosso relato, o acometimento do ceco foi decisivo para a realização da colectomia direita.</p>	<p>PO 393-1</p> <p>HÉRNIA INTERNA PÓS BYPASS GÁSTRICO COM ACOMETIMENTO DAS ALÇAS ALIMENTAR, BILIOPANCREÁTICA E COMUM: NEM SEMPRE O ESPAÇO DE PETERSEN É O VILÃO.</p> <p>Tinzia Márcia Alves Carvalho, Gustavo Estevam da Silva Gomes, Késia Gusmão Meirelles, Áquila Agnes Dutra, Cássio de Castro Rocha, Daniela Pimenta de Castro Fernandes, Gabriel Talyson Eduardo Siqueira, Romeo Lages Simões</p> <p><i>1-Universidade Federal de Juiz de Fora(UFJF)- Campus Governador Valadares- MG. 2-Hospital Municipal de Governador Valadares -MG - Governador Valadares - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A maioria das hérnias internas (HI) pós Bypass Gastrointestinal em Y de Roux (BGYR) está relacionada ao espaço de Petersen, sendo a alça biliopancreática (ABP) a mais acometida nessas circunstâncias. No entanto, nem sempre esse local é o responsável por tal afecção, sobretudo se houver o acometimento concomitante da alça alimentar (AA), alça comum (AC) e ABP. O presente relato descreve uma HI decorrente de uma brida, comprometendo as 3 alças, evidenciando que nem sempre o espaço de Petersen é o vilão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente RAC, feminino, 41 anos, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor abdominal difusa iniciada 48 horas antes do atendimento, intensa, associada a vômitos biliosos e parada de eliminação de fezes e flatos. Possui história progressiva de BGYR via convencional há 1 ano e 7 meses e hemiorrafia incisional há 1 ano e 2 meses, em decorrência do primeiro procedimento. Ao exame físico apresentava-se com sinais de choque séptico, abdome distendido e irritação peritoneal. Exames propedêuticos corroboraram para o diagnóstico sintromico de abdome agudo obstrutivo. Realizou-se, então, laparotomia exploradora de urgência, que identificou presença de uma firme brida entre o folheto parietal do peritônio da parede abdominal e o meso de delgado, relacionada à cirurgia de herniorrafia incisional, que originou uma HI, promovendo o estrangulamento e perfuração da AA, bem como da base do Y de Roux, envolvendo assim ABP e AC. Desta forma foi realizada enterectomia de 60 cm de AA, além de 10 cm da ABP e 5 cm da AC, mantendo-se a reconstrução de trânsito em Y de Roux, com posterior apendicetomia táctica. Paciente encaminhada para o CTI após procedimento, onde permaneceu 21 dias, recebendo alta hospitalar no 27º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O BGYR continua sendo uma das técnicas bariátricas mais realizadas no mundo. Pacientes submetidos à essa técnica podem evoluir com quadros de obstrução intestinal pelo aparecimento de HI no pós-operatório tardio. Contudo, seu diagnóstico é dificultado pela baixa especificidade dos sintomas e dos exames de imagem. Dessa forma, não é incomum que o diagnóstico ocorra durante a cirurgia. No caso em questão, a HI foi causada por uma extensa brida entre o folheto parietal do peritônio da parede abdominal e o meso de delgado, o que ocasionou estrangulamento e perfuração das 3 alças simultaneamente. Segundo a literatura, HI pós BGYR ocorrem geralmente através do espaço de Petersen (em até 70% dos casos) ou na abertura mesentérica da enteroenteroanastomose, envolvendo principalmente a ABP. Poucos foram os estudos que demonstraram a relação entre bridas causando HI, bem como a afecção concomitante das três alças, o que torna nosso caso incomum. Portanto, o caso nos leva a aventar outras possibilidades diagnósticas como causas para HI, sobretudo pelo acometimento das simultâneo 3 alças e o não envolvimento dos locais mais comuns que desencadeiam o abdome agudo obstrutivo nessa população em especial.</p>

<p style="text-align: center;">PO 393-2</p> <p>PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM AUTO-IMPLANTE NO TRATAMENTO DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO</p> <p>LUIS FERNANDO TASCA, CIBELE COELHO DIAS, ALINE ARALDI LAZZERI, LETICIA RAFAELA DE OLEIVEIRA FERREIRA</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO - Juazeiro - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O paratireoidectomia total é indicada em paciente com doença renal crônica com hiperparatireoidismo secundário, refratário ao tratamento clínico. Neste relato, os autores descrevem um caso de um paciente portador de IRC dialítica por nefrosclerose hipertensiva com histórico de transplante renal que evoluiu com falência renal e complicações relacionadas ao insucesso do tratamento. Cadeirante devido a intensa dor óssea e com abaulamento em palato duro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 31 anos, portador de IRC dialítica por nefrosclerose hipertensiva desde 2009. Em 2012 realizou transplante renal evoluindo com falência renal. Paciente encaminhado para a cirurgia de cabeça e pescoço devido Hiperparatireoidismo secundário com insucesso do tratamento clínico há 2 anos. Cadeirante devido a intensa dor óssea e a 1 ano evoluiu com abaulamento em palato duro. Exames complementares Cintilografia (22/05/2018): sugestivo de adenoma e/ou hiperplasia da paratireoides. Biopsia da lesão boca (02/01/2018): fibroma ossificante. O paciente foi submetido a cirurgia de paratireoidectomia total com auto-implante em região pré-esternal + Lobectomia esquerda (01/08/2018), (PTH indução : 2485 e 15 min : 312,5). Durante o pós operatório permaneceu 6 dias na UTI em uso de Gluconato de cálcio 0,5 a 1,0 mg/Kg/h. E 20 dias em enfermaria com uso de 20 g de carbonato de cálcio. cálcio sérico(20/08/2018):9,63. O paciente apresentou evolução satisfatória com remissão das dores e voltando a caminhar com ajuda de terceiros.</p> <p>DISCUSSÃO: O Hiperparatireoidismo secundário é uma condição comum na DRC. Níveis séricos de PTH acima de 800 pg/mL em pacientes com HPTS está associado as seguintes condições: Hipercalcemia e/ou hiperfosfatemia refratária ao tratamento clínico. Calcificações extraósseas(1,3). Doença óssea avançada progressiva e debilitante, que não responde ao tratamento clínico(1). A dor óssea é a indicação mais comum de paratireoidectomia no Hiperparatireoidismo secundário(4). A indicação de paratireoidectomia é clara e quando indicada no tempo certo pode evitar o aparecimento de complicações secundárias que aumentam a morbimortalidade(2). Houve melhora da dor articular e na dor óssea após a paratireoidectomia (5). A paratireoidectomia cirúrgica permanece a terapia definitiva para o Hiperparatireoidismo secundário grave refratário ao manejo clínico(6).</p>	<p style="text-align: center;">PO 393-3</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR OBLITOMA: RELATO DE CASOS</p> <p>CARLOS ALFREDO RAMÍREZ, LALLUNA GABRIELE PINHEIRO BRANDÃO, AFRÂNIO JORGE MAGALHÃES, SERGIO ANDRE RAMÍREZ</p> <p><i>HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os erros médicos ocorrem em todo o mundo, sendo o oblitoma pós-cirúrgico um dos mais temidos. São conhecidos por diversas terminologias, o que reflete a ausência de padronização e o subregistro. Podem apresentar-se desde assintomáticos até graves complicações como obstrução intestinal, como os casos relatados a seguir.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: Homem, 40 anos, com dor e aumento de volume abdominal há 1 mês e obstipação há 3 dias, com massa palpável em hipogástrico. Ressonância com formação expansiva com sinal heterogêneo em T2, hipossinal em T1, ausência de restrição a difusão e discreto realce periférico por contraste. Apendicectomia há 7 meses. Foi submetido a laparoscopia com necessidade de conversão por suspeita de GIST. Duas regiões de delgado ressecadas e feita anastomose, com achado posterior de compressa intraluminal. Caso 2: Mulher, 68 anos, com dor abdominal há 4 meses, após colecistectomia, perda de peso não quantificada, piora da dor e vômitos há 3 dias. Tomografia com paredes espessadas logo após duodeno, com conteúdo fecalóide e imagem linear metálica de permeio. Submetida a laparotomia com enterotomia com retirada de compressa e enterografia em dois planos.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da existência de listas de checagem e guidelines de segurança, os corpos estranhos retidos persistem como uma das complicações preveníveis. Incidências descritas variam de 0,0005-0,03%. Podem causar dois tipos de reação: exsudativa e fibrótica. Com a finalidade de uniformizar termos, propomos a classificação dos oblitomas pós-cirúrgicos em tipos I a IV. A literatura assinala que a tomografia é o melhor exame de imagem, ainda assim, as imagens típicas representam apenas 25% dos casos, o que exige alto nível de suspeição diagnóstica. Os fatores que contribuem para esta variedade de achados são o tempo de evolução, presença de infecção secundária, comunicação com víscera oca ou parede abdominal e modalidade de imagem usada. Este relato vai de acordo com o uso de tomografia computadorizada, a medida que este exame é mais disponível na realidade dos serviços, há maior familiaridade dos profissionais com o método e há maior descrição na literatura dos achados radiológicos. A identificação pré-operatória de oblitomas é essencial dada a possibilidade de tratamentos menos agressivos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 394-2</p> <p>LIPOMA INTRAORAL: RELATO DE CASO</p> <p>Anna Clara Machado Gomes, Raissa Silva Frota, Vitória Pontes Cavalcante, Gabriela Cavalcante Fernandes, João Lucas Moraes do Nascimento, Fabian Gonzaga Filho, Renato Vaz Siqueira, Cristiano Machado Ferreira</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A definição de lipoma, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, é um tumor benigno do tecido adiposo. Ele pode aparecer em qualquer área com adipócitos e é o mais frequente dos tumores benignos de tecidos moles. Sabe-se que sua presença é rara na cavidade oral, ainda mais no tecido muscular que compõe a língua. Geralmente os pacientes são assintomáticos, a menos que haja compressão de algum nervo. O lipoma não apresenta etiologia esclarecida, porém acredita-se que alguns fatores, como endocrinopatias, alcoolismo e histórico de trauma e infecções na região acometida, estejam associados. O tratamento é feito retirando completamente a lesão, independente da sua variação histológica. Neste trabalho, apresenta-se um caso de um paciente submetido a esse procedimento, a exérese de lipoma em que prognóstico no geral é bom e a cura total pode ser obtida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.N.T.E, do sexo feminino, 61 anos de idade, admitida no Hospital São Carlos, Goianésia-Goiás, apresentou-se para avaliação perioperatória. Durante a anamnese foram relatados 3 fatores de risco cardiovasculares: hipotireoidismo, diabetes mellitus e dislipidemia, controlados por medicamento. Durante exame físico intrabucal, notou-se lesão em ápice da língua, ao se definir o quadro optou-se realizar exérese de tumoração de língua. Ao exame histopatológico macroscópico há presença de dois fragmentos irregulares de tecido de coloração parda, medindo o conjunto 0,7/0,6/0,2 cm. Ao microscópico, tem-se fragmentos de tecido recoberto por epitélio escamoso sobre estroma conjuntivo com alguns feixes musculares. Presença em porção profunda de "nódulo" formado por adipócitos maduros, sem atipias e permeando superficialmente fibras musculares, sem sinais inflamatórios e de malignidade. Concluiu-se então quadro histopatológico de tecido adiposo maduro favorecendo lipoma.</p> <p>DISCUSSÃO: Lipomas em cavidade bucal são raros. Geralmente, os lipomas intraorais se apresentam como massas indolores, móveis, de coloração amarelada e de crescimento lento, além de nódulo bem circunscrito de lenta evolução. A prevalência, em geral, não difere com o sexo, e é mais frequente em indivíduos com mais de 40 anos de idade. Esses critérios mostram que o caso apresentado está de acordo com a literatura. Clinicamente, representava lesão em ápice de língua, nodular, delimitada e arredonda, em paciente com idade acima de 40 anos e sem sintomatologia dolorosa. Cistos epidermóides e linfoepiteliais orais são diagnósticos diferenciais que devem ser considerados devido às suas características clínicas semelhantes às do lipoma oral. O diagnóstico padrão ouro de lipoma é a histopatologia. Nos casos em que os tumores atingem grandes dimensões, a necessidade de procedimento excisional é reforçada. Neste caso, diante as hipóteses diagnósticas, optou-se pela realização de biópsia excisional, seguida de exame anatomopatológico. Após o exame histopatológico associado aos dados da anamnese e exame físico, previamente realizado como preconizado na literatura.</p>	<p style="text-align: center;">PO 394-3</p> <p>FASCIITE NECROSANTE EM MULHER: DO DIAGNOSTICO A RECONSTRUÇÃO</p> <p>Karla de Sousa Correia, Carlos Umberto Ferreira Junior, Izabelle Montanha Barbosa, Mariana Magalhães Rodrigues dos Santos, Derval Pereira Pinto Junior, Camila Temporim de Alencar, Camila Temporim de Alencar, Lucas Wilson Cavalcanti da Silva</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Gangrena de Fournier, ou fasciíte necrosante perineal, é uma infecção polimicrobiana que leva a obliteração dos vasos do subcutâneo gerando isquemia e necrose do mesmo e da pele. Tem causa identificável em quase 100% dos casos com variadas origens como: cateterização peniana traumática, orquiopididite, abscesso perianal, cisto pilonidal infectado e perfuração de reto por corpo estranho. Rara e com alta mortalidade, predomina em homens entre 20-60 anos. Dentre os fatores de riscos principais encontramos aqueles que levam a imunodepressão como diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, neoplasias e uso de quimioterápicos. A clínica varia de alterações locais como dor e eritema a sinais de sepsis. O tratamento baseia-se na antibioticoterapia de amplo espectro visando cobertura de germes gram positivo, negativo e anaeróbio associado a debridamento cirúrgico para retirada de tecidos desvitalizados com ou sem derivação urinária/fecal. Curativos locais são mantidos até surgimento de tecido de granulação e ausência de necrose, quando torna-se viável auto-enxertia cutânea ou uso de retalhos.</p> <p>RELATO DE CASO: D.C.S., feminina, 37 anos, diabética, hipertensa e obesa mórbida relatando nódulo doloroso em região interglútea há 07 dias da admissão quando apresentava nádegas endurecidas e hiperemiadas com flictenas de conteúdo necrótico. Realizado debridamento cirúrgico extenso com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Iniciado meropeném, daptomicina e curativo diário com alginate atingindo bom status de granulação. No 42º dia apresentou maceração tecidual com troca de curativo para petrolato e início de suplementação com prolina apresentando melhora expressiva do ferimento. Realizado fechamento primário a direita e enxerto de pele parcial com curativo de Brown a esquerda pela Cirurgia Plástica no 56º dia. Segue em acompanhamento ambulatorial após pega parcial do enxerto.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso em questão, devido o nível da infecção na admissão não foi possível identificar sua origem, supondo, pela clínica referida, início em um cisto pilonidal infectado. Como descrito na literatura, a mesma apresentava como comorbidades a diabetes mellitus, obesidade, hipertensão descompensada e rápida evolução da infecção. Submetida a antibioticoterapia ampla tão logo da admissão, debridamento cirúrgico e curativos diários. A confecção de colostomia é indicada quando o paciente não consegue manter higienização adequada da ferida. Considerando tratar-se de paciente independente, bem como o risco de desabamento por tração excessiva do mesentério devido obesidade foi optado por conduta conservadora com boa resposta; da mesma forma, a escolha pelo enxerto parcial baseou-se na maior disponibilidade de área doadora e impossibilidade de mobilização da paciente no intraoperatório. Curativo a vácuo e terapia hiperbárica não realizados devido indisponibilidade no serviço. Apesar do avanço tecnológico, a fasciíte necrosante segue com alta morbimortalidade, sendo importante diagnóstico e terapêutica precoce.</p>

PO 395-1	PO 396-2
<p>ULCERA DUODENAL PERFORADA APOS BYPASS GASTRICO COM DERIVAÇÃO INTESTINAL EM Y DE ROUX (BGYR)</p> <p>Roberta Helena Sena, Carlos Humberto Guilman Tanizawa, Antônio Carlos Rosa de Sena, Daniel Seigui Kaio, Geraldo Alberto Sebben, Tiago Kuchnir Martins de Oliveira</p> <p><i>Hospital São Vicente - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade é uma enfermidade bastante prevalente e com incidência crescente nas últimas décadas. Neste contexto, a cirurgia bariátrica tem papel importante no controle da doença. Uma das técnicas de cirurgia é o Bypass Gástrico com derivação intestinal em Y de Roux (BGYR), que, apesar de segura, pode apresentar algumas complicações. Este estudo irá relatar uma destas intercorrências, a úlcera duodenal perforada, com base em dois casos clínicos revisados em prontuário médico.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 27 anos, submetido a BGYR videolaparoscópico. Ao pré-operatório, obesidade grau III (IMC 41,82), dislipidemia e esteatose hepática. Com dez meses de pós-operatório, apresentou quadro agudo de epigastralgia. Na investigação, paciente relatou uso frequente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para controle de cialgia. Nos exames realizados, enzimas hepáticas e pancreáticas permaneciam na faixa de referência e Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen apontou pequeno pneumoperitônio na região correspondente à parede do duodeno, sugerindo úlcera perforada. Realizada videolaparoscopia para ulcerorrafia duodenal, com resolução do quadro. Feminina, 35 anos, submetida a BGYR videolaparoscópico. Ao pré-operatório, obesidade grau II (IMC 36,79), dislipidemia, hipertensão arterial, esteatose hepática, esofagite, gastrite e duodenite, com teste de urease negativo. Após oito anos da cirurgia bariátrica, apresentou quadro agudo de dor abdominal intensa em hipocôndrio direito, com distensão do abdômen e renitência à palpação. Paciente referiu uso crônico de AINEs para tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Na investigação, enzimas pancreáticas levemente aumentadas e TC de abdômen sem alterações significativas. Realizada videolaparoscopia diagnóstica, que confirmou úlcera duodenal perforada; procedeu-se, então, à ulcerorrafia duodenal, com resolução do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre as complicações envolvidas na cirurgia bariátrica por BGYR, encontra-se a úlcera duodenal perforada, considerada rara e de difícil diagnóstico. Entre os fatores fisiopatológicos gerais que facilitam a ulceração da mucosa duodenal, estão: infecção por <i>Helicobacter pylori</i>, uso crônico e/ou excessivo de AINEs, consumo abusivo de álcool; e nos pacientes submetidos a by-pass gástrico, há ainda outros agravantes, como o não tamponamento do ácido produzido no estômago excluído pelo alimento e a presença de refluxo biliar. A TC é o melhor exame diagnóstico, porém nem sempre capaz de mostrar o pneumoperitônio de vísceras ocas perforadas envolvidas na derivação gastroduodenal. Por isso, a videolaparoscopia diagnóstica é uma alternativa importante quando não há correlação clínico-radiológica. O tratamento de urgência consiste em ulcerorrafia à Graham com omentoplastia, e o definitivo visa a evitar o surgimento de novas úlceras, com uso de Inibidores de Bomba de Prótons por longos períodos, ou até, dependendo do caso, realizar a ressecção do estômago excluído, a fim de cessar a produção de ácido pelo fundo gástrico.</p>	<p>VARIAÇÃO ANATOMICA DO FASCICULO POSTERIOR DO PLEXO BRAQUIAL E ORIGEM DO NERVO AXILAR EM CADAVER: UM RELATO DE CASO</p> <p>Valéria Midori Gutoski Yuki, Kauana Oliveira Gouveia, Ana Luísa Garcia Giamberardino, Larissa Cristina Biscaro, Patrícia Arenas Rocha, Geraldo Alberto Sebben</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O plexo braquial é uma importante e complexa estrutura nervosa, localizada na região cervical e axilar, responsável por originar os principais nervos que suprem o membro superior, de maneira motora e sensorial. O plexo se inicia com os ramos cervicais anteriores dos nervos espinhais de C5 a T1, e a partir deles são formados os troncos (superior, médio, inferior), seguido pelos fascículos (posterior, lateral, medial) e, por fim, originam-se os nervos. As variações do plexo braquial podem ocorrer na formação de qualquer uma das partes citadas e têm relevante importância em procedimentos médicos cirúrgicos e anestésicos na região cervical e axilar, a fim de se evitar danos às estruturas nervosas e falhas de bloqueios anestésicos. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de variação anatômica em um cadáver humano, onde foi encontrada uma apresentação diferente do habitual no fascículo posterior do plexo braquial, com o nervo axilar tendo sua origem diretamente da divisão posterior do tronco superior.</p> <p>RELATO DE CASO: Durante a dissecação do membro superior direito de um cadáver humano, no Laboratório de Anatomia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, foi observado que o espécime apresentava os troncos superior, médio e inferior do plexo braquial íntegros e habituais, assim como os fascículos medial e lateral. Já o fascículo posterior foi originado pela divisão posterior do tronco médio e tronco inferior, associado a um ramo contribuinte advindo da divisão posterior do tronco superior. No entanto, o tronco superior apresentou-se independente e deu origem isoladamente ao nervo axilar, sem ter se originado do fascículo posterior, próximo ao nervo radial, conforme ocorre habitualmente.</p> <p>DISCUSSÃO: A possibilidade de uma variação anatômica em que o nervo axilar origina-se diretamente e de forma independente da divisão posterior do tronco superior e não do fascículo posterior, como encontramos em nosso estudo, foi também já citada na literatura. Subsiungue e colaboradores relataram uma variação no nervo axilar como ramo direto do tronco superior, e não diretamente do fascículo posterior, sendo formado pela união das divisões posteriores do tronco inferior e superior. Relataram ainda que o nervo axilar inicialmente emite ramos para o músculo subescapular e grande dorsal, respectivamente, seguidos por um "ramo de comunicação" para o cordão posterior. No estudo de Singhal e colaboradores sobre as variações do plexo braquial é relatado que em 10,8% dos casos, o fascículo posterior foi formado pela união de um sub-tronco, proveniente da divisão posterior dos troncos médio e inferior, junto a uma porção contribuinte da divisão posterior do tronco superior. Chadware e colaboradores também observaram o nervo axilar como ramo direto da divisão posterior do tronco superior, apresentação igual a de nosso estudo. Jamuna e colaboradores encontraram o nervo axilar como ramo proveniente da divisão posterior do fascículo posterior na face infraclavicular do plexo braquial.</p>

PO 396-3	PO 397-2
<p>TROMBOFLEBITE SEPTICA DE MESENTERICA SUPERIOR SECUNDARIA A APENDICITE</p> <p>Stephanie da Silva Fernandes, Matheus Paiva de Souza, Leandro Martins Gontijo, Natasha Garcia Caldas, Nimer Ratib Medrei, André Araújo de Medeiros Silva</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pyleflebite ou tromboflebite séptica da veia porta consiste na trombose infectada da veia porta, podendo ser uma complicação de uma sepsis abdominal de qualquer etiologia na região de drenagem da veia porta. Incidência de 0,37-2,7 casos por 100.000 habitantes/ano, a média de idade é de 40-65 anos, com predomínio do sexo masculino, sendo as principais causas: diverticulite, pancreatite, apendicite, infecções do trato biliar e doença inflamatória intestinal. É raro e está associado com alta mortalidade. A mortalidade que era de 100% até 1946, hoje varia de 11% a 32%. O quadro clínico é inespecífico, sendo comum febre, dor abdominal, náuseas, diarreia e anorexia, porém, a suspeita é mais pertinente quando os dois primeiros sintomas estão associados a icterícia. O diagnóstico requer a demonstração de trombo portal em paciente febril e com bacteremia. Quando estabelecido o diagnóstico, a causa deve ser tratada e o início dos antimicrobianos não é retardado. A terapia com anticoagulante ainda é controversa. No entanto, é recomendada quando existe ambiente de hipercoagulação ou quando a trombose é extensa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 35 anos, admitido na emergência do Hospital da Região Leste com diagnóstico de apendicite aguda, sendo submetido a apendicectomia fase II, procedimento realizado sem intercorrências. Recebe alta no 1º DPO sem queixas. Retorna a emergência no 5º DPO com queixa de icterícia, colúria e astenia, BT 4,96 (BD:3,72; BI:1,24) + TC de abdome visualiza trombose de mesentérica superior, iniciado antibioticoterapia e Marevan. Realizou RNM de abdome superior que evidenciou sinais de trombose venosa parcial subaguda/crônica da porção proximal da veia mesentérica superior, reduzindo em cerca de 70% da luz da mesma. Durante internação evoluiu com hematúria, sendo suspenso Marevan e Enoxaparina, retorna administração da Enoxaparina após melhora do quadro, mantém suspensão de Marevan devido alargamento de INR. Após ajuste de INR retorno uso de Marevan com ¼ da dose inicial, sendo reajustada posteriormente para 01 comprimido alternando com ½ comprimido. Recebe alta no 27º DIH em bom estado geral, sem queixas, em uso de Marevan e acompanhamento com a gastroenterologia e cirurgia geral. Retorna ao ambulatório de egressos da cirurgia geral em bom controle do INR sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A tromboflebite é uma complicação rara e de difícil diagnóstico devido sua apresentação clínica inespecífica, porém deve ser rapidamente diagnosticada e sua terapêutica instituída o mais rápido. Sendo seu manejo multidisciplinar.</p>	<p>RELATO DE CASO DE UM PACIENTE PORTADOR DA DEFORMIDADE AURICULAR DE STAHL E SEU RESPECTIVO TRATAMENTO CIRURGICO</p> <p>Ruan César Teixeira de Carvalho, Juliana Ávila Lins Cunha Lima, Flaviana Ribeiro Coutinho Mendonça Furtado, Gabriela Batista Vieira de Sousa, Leonardo Queiroga Marinho</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A deformidade denominada orelha de Stahl, conhecido também como cruz antihélice trifurcata foi descrita, em sua forma clássica, como uma hipoplasia da raiz da anti-hélice com o alargamento da base e uma terceira raiz da anti-hélice conectando a anti-hélice à parte posterior da hélice, deformando a porção posterossuperior do pavilhão auditivo. Apresenta-se de forma variável, podendo surgir na forma de uma lâmina extra impermeável até alargamento da fossa escafóide na região da terceira raiz ou porção terminal em ponta. Em casos mais graves há ausência completa da anti-hélice superior. É mais comum na forma bilateral e em orientais, sendo mais raro em caucasianos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 34 anos, natural da Venezuela, portadora de orelha de Stahl unilateral. Submetida à correção cirúrgica sob anestesia local, realizando a infiltração das incisões com solução de ropivacaína 1%, lidocaína a 2% e adrenalina, numa proporção 1:200.000. Realizado acesso retroauricular, próximo a borda da hélice, com descolamento para região anterior, possibilitando o desenlramento da orelha e exposição da terceira cruz. Realizado marcação de triângulo com 0,5 cm de lado com azul, seguido de ressecção do mesmo. Enfraquecimento de terceira cruz que sobrou, após ressecção de triângulo, com raspagem posterior de cartilagem. Junção das pontas do triângulo ressecado com Mononylon 5,0, formando curvatura natural da hélice. Revisou-se hemostasia e síntese da pele com Mononylon 4.0. Ao final, colocou-se molde com silicone de jelo nº 16. O resultado cirúrgico é demonstrado em pós-operatório recente, no qual percebe-se pouca alteração de tamanho da orelha associada à ausência da terceira cruz, e hélice e raiz superior de anti-hélice presentes.</p> <p>DISCUSSÃO: A correção da deformidade inclui desde o tratamento com moldes anatômicos em recém-nascidos à diversas técnicas cirúrgicas, de simples a mais complexas, como o retalho de periosteal de osso temporal. Foi visto que existe um espectro grande de apresentações clínicas da deformidade auricular em Stahl, fato este, que permite a ausência de uniformidade na técnica a ser utilizada. O caso representa deformidade leve, permitindo o tratamento bem sucedido com técnica pouco complexa, mas resolutiva. A ressecção de triângulos foi utilizada em ambos os casos, permitindo o reparo da hélice e sua curvatura.</p>

<p style="text-align: center;">PO 398-1</p> <p>IDENTIFICAÇÃO E CONDOTA FRENTE A VARIAÇÃO ANATÔMICA DE CÔLON TRANSVERSO DURANTE A CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, ANDERSON TEIXEIRA CAVALCANTE, CAROLINE CARVALHO FERRO, MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA, ANNA KAROLINE ROCHA SOUSA, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, REGINALDO MELO FILHO, MARCOS ALENCAR TAVARES</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A má rotação do intestino médio é uma anomalia congênita de rotação e/ou fixação do intestino primitivo. Encontrada ocasionalmente em pacientes adultos devido à suas manifestações inespecíficas e de incidência rara. Contudo, pode causar complicações fatais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 36 anos, em acompanhamento no programa de cirurgia bariátrica de um hospital de referência, com história de ganho ponderal desde a infância, sem boa resposta com acompanhamento nutricional e atividade física, hipertensa e IMC de 45,7 kg/m² (Obesidade grau III). Nega queixas digestivas e cirurgias prévias. Submetida a Gastroplastia com derivação intestinal a Fobi-Capella após 2 anos de acompanhamento e liberação da equipe multidisciplinar do serviço. Durante o intra-operatório, realizado o inventário da cavidade abdominal e identificado alteração na conformação anatômica do intestino grosso. O mesmo apresentava um encurtamento do cólon, evidenciado ceco, cólon ascendente encurtado seguido do cólon descendente curto e sigmoide, não foi identificado cólon transverso. Visualizado o intestino delgado ocupando o abdome superior e o intestino grosso mais restrito aos quadrantes inferiores. A variação anatômica não alterou por completo técnica cirúrgica programada, sendo realizado a gastroenteroanastomose e derivação intestinal em Y de Roux, com fixação da alça alimentar para evitar hérnia interna posteriormente. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, iniciado dieta no 3º dia com boa aceitação e alta hospitalar. Acompanhada ambulatorialmente, sem queixas gastrointestinais e boa funcionalidade do aparelho digestivo, perda ponderal de 38,3 kg após 06 meses, com serigrafia sem alterações e endoscopia digestiva alta apresentando leve processo inflamatório em alça jejunal.</p> <p>DISCUSSÃO: A formação do trato digestivo inicia-se por volta da quarta semana de desenvolvimento embrionário com o dobramento cefalocaudal e lateral do embrião, quando parte da cavidade vitelina é incorporada ao corpo do embrião, formando o intestino primitivo. A má rotação do intestino médio pode envolver um ou ambos os intestinos delgado e grosso, podendo resultar do assincronismo entre eles, assim como a sua má fixação. A rotação parcial duodenal pode resultar de um ligamento de Treitz ausente ou mal posicionado, podendo surgir uma rotação parcial do duodeno, como também a falha na descida cecal ou de um cólon com rotação incompleta levando a ectopia. Este assincronismo leva a conformações atípicas do intestino e mal formações distintas a depender do posicionamento destas alças. Diante da variação anatômica relatada no caso, não seria possível fazer uma gastroenteroanastomose retrocólica, como comumente realizada na técnica cirúrgica, devido à ausência do cólon transverso. Entretanto, isso não teve impacto no resultado final da cirurgia, apesar da necessidade de fixação da alça alimentar para evitar formação de hérnia interna posteriormente.</p>	<p style="text-align: center;">PO 399-1</p> <p>CASO CLINICO NUTRICIONAL</p> <p>KELLI MACHADO BASTOS MARQUES</p> <p><i>UniCeub - BRÁSILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: 1.1. Identificação •J.F.S, 47 anos, sexo feminino, peso: 189 kg, altura: 1,67m² •Paciente foi internada em 10/07/2018, data de saída: 13/07/2018. •Procedimento cirúrgico: By-pass gástrico. •Farmacológico: Glifage XR 500mg •Fatores Genéticos: Todos membros da família são obesos. Anamneses Clínico: •A paciente relata que sua internação foi por razões referente a problemas de hipertensão arterial, complicações na glicemia e apneia de sono, praticou dieta, exercícios e acupuntura pós cirurgia para acelerar o processo de emagrecimento. •Sua dieta antes da cirurgia foi realizada normalmente conseguiu realizar sem problemas de conduta, informou que falhou durante 12 dias em 60 dias de conduta dietética. •Referente a seu IMC: •IMC pré cirurgia: 67,8 kg/m² •IMC pós cirurgia: 34,8 kg/m² Os exames semiológico demonstram hipertensão, unha quebradiça, queda de cabelo, pele ressecada, manchas escurecidas, prisão de ventre, insônia, depressão, ansiedade, diabetes mellitus tipo 2 e estresse.</p> <p>RELATO DE CASO: Diagnóstico Dietética Paciente apresenta aversões alimentares, faltando macros e micro nutrientes adequados em suas refeições, consumo excessivo de alimentos industrializados, com alta intensidade calórica teor de carboidratos elevados com muita carga glicêmica, atualmente após a cirurgia ela está consumindo alimentos mais in natura. Recomendações: A paciente terá que ingerir alimentos mais saudáveis naturais e evitar industrializados, deve incluir frutas e legumes em suas refeições, fracionar suas refeições (em mais ou menos cinco a seis vezes diariamente), observar sua mastigação adequada, estabelecer horários definido e comer alimentos mais saudáveis, seguir uma dieta equilibrada e adequada em sua rotina, com isso a paciente teve uma redução alimentar que é essencial para o sucesso da manutenção da perda de peso após a cirurgia.No pré- operatório foi solicitado uma dieta Normoglicêmica, isenta de sacarose,hipolipídica e diminuir porcionamento dos alimentos. Orientações no pós-operatório: Alimentar-se em locais adequados, sentado(a), evitar alimentos que causem flatulências (feijão, brócolis, grão de bico).</p> <p>DISCUSSÃO: No pós cirúrgico não ocorreu vômitos, parou as quedas de cabelo, e não ocorreu a síndrome de dumping, ela obteve orientações de suplementações nutricionais após a cirurgia bariátrica, Polivitamínico – fórmula do Centrum, porem com suplementos quelados manipulados. Informou que não ocorreu nenhum sintoma de intolerância ou alergias alimentares pós cirurgia, ocorreu pouca perda de massa magra a mesma tinha 32% e caiu para 31,3%.Sendo assim, o acompanhamento no pós-operatório é importante para o conhecimento dos sinais e sintomas relacionados com a técnica cirúrgica adotada e da conduta nutricional adequada para prevenir as carências nutricionais decorrentes do procedimento cirúrgico. Como complicações mais frequentes, destaca-se a desnutrição proteica, não ocorrendo no caso da paciente. Irei incluir exames laboratoriais, pré e pós operatórios.</p>
<p style="text-align: center;">PO 399-2</p> <p>DOSAGEM DA TIREOGLOBULINA EM LAVADO DE PAAF EM LINFONODO CERVICAL SUSPEITO DE METASTASE DE CARCINOMA PAPILIFERO DA TIREOIDE</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Ana Flávia Andrade Costa, Bruna Bandeira Oliveira Junqueira, Thais Bandeira Oliveira Junqueira, Luiz Henrique Ribeiro Santos, Bruna Fernandes Sousa, Fernando Mendonça Vidigal</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma da tireoide é a neoplasia mais frequente do sistema endócrino, sendo o carcinoma diferenciado (CDT) a forma encontrada em mais de 90% dos casos. Geralmente de bom prognóstico, acomete principalmente o sexo feminino. Seu diagnóstico baseia-se principalmente em achados ultrassonográficos e na citologia a partir da biopsia aspirativa com agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos suspeitos. A tireoidectomia total consiste na principal forma de tratamento, associada ou não à linfadenectomia dependendo do comprometimento ganglionar, e complementada em casos selecionados com iodo radioativo no pós operatório. A dosagem da tireoglobulina sérica (TgS) tem sido um importante marcador no acompanhamento pós operatório de pacientes tireoidectomizados por CDT, assim como sua dosagem a partir de lavado de PAAF (Tg-PAAF) em linfonodos cervicais suspeitos. A Tg-PAAF também pode ser útil no diagnóstico de pacientes não tireoidectomizados, assim como na definição da extensão da cirurgia, evitando o aumento do risco de complicações em ressecções radicais desnecessárias.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 35 anos, presença de adenomegalia cervical há cerca de 3 meses. Realizada ultrassonografia (US) da tireoide que revelou bócio multinodular. PAAF de nódulo do lobo esquerdo cujo anatomopatológico tratava-se de nódulo Bethesda II e PAAF de linfonodo cervical não diagnóstica. Na US cervical haviam múltiplos linfonodos localizados nas zonas IIA, III e IV. Realizada tomografia e dosagem da Tg-PAAF com valor de 4700ng/ml. Indicado tireoidectomia total com esvaziamento cervical à esquerda. Pós operatório evoluiu com hipocalcemia transitória que foi corrigida. Anatomia patológica: carcinoma papilífero da tireoide e linfonodos 5 metastáticos em 19 isolados. Encontra-se em acompanhamento com reposição hormonal e programação de complementação terapêutica com iodo radioativo.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de linfonodos cervicais aumentados em portadores de CDT, tireoidectomizados ou não, geralmente não representam metástases. A US ajuda na diferenciação entre linfonodos reacionais de metastáticos, porém sua acurácia é baixa, sendo necessária a complementação com o estudo citológico por PAAF de linfonodos suspeitos. A citologia pode não ser diagnóstica, como no caso relatado, em até 8% dos casos. A dosagem da Tg-PAAF associada à citologia apresenta maior sensibilidade no diagnóstico de linfonodos metastáticos que a PCI scan e a TgS em pacientes já operados. Não existe um consenso na literatura, porém o valor de 10ng/ml parecer ser o valor de referência para Tg-PAAF. Conclui-se que a imagem por US é importante na diferenciação entre linfonodomegalia reacional e neoplásica, a citologia associada à Tg-PAAF aumentam a acurácia diagnóstica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 399-3</p> <p>ENDOMETRIOSE ISOLADA DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO</p> <p>Julia Radicetti Siqueira Paiva Silva, Viviane Leite Abud, Karine Santos Freitas, Rodrigo Martinez</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é definida como a presença de glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina. Sua presença isolada no apêndice é caracterizada pelo envolvimento nesse órgão sem outras lesões endometrióticas concomitantes e representa uma ocorrência extremamente rara, com apenas dois casos relatados até o momento.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos de idade com dor crônica no quadrante inferior direito (QID) há quatro anos, desde seu segundo parto por via abdominal. Não apresentava alterações em exames laboratoriais e a tomografia computadorizada de abdome revelou apenas um apêndice discretamente aumentado. A laparoscopia confirmou o achado de aumento do apêndice, tendo-se optado pela apendicectomia. Não foram observados focos de endometriose na superfície do apêndice nem em outros órgãos. Os resultados da análise histopatológica mostraram implantes de endométrio dentro da parede do apêndice, sem envolvimento da serosa do órgão.</p> <p>DISCUSSÃO: O aumento do apêndice não específico levando a dor abdominal crônica pode derivar de uma diversidade de possíveis etiologias e, mais importante, deve levantar suspeita de tumores do apêndice ou apendicite recorrente / crônica. A endometriose apendicular é uma entidade extremamente rara, especialmente quando não há qualquer lesão endometriótica associada, mas deve ser considerada como um diagnóstico diferencial em alguns casos. Embora as apresentações clínicas e de imagem variem, o diagnóstico definitivo e o tratamento geralmente são obtidos por meio de uma apendicectomia, cuja importância é ainda maior ao se suspeitar de neoplasia apendicular. Embora a patogênese da endometriose ainda não esteja totalmente esclarecida, a análise de casos como o apresentado, com envolvimento isolado do apêndice e preservação da serosa do órgão, promove discussões que contribuem para melhor compreensão desse fenômeno.</p>

PO 400-3	PO 401-2
<p>GANGRENA DE FOURNIER – UM DESAFIO TERAPÊUTICO: RELATO DE CASO</p> <p>PAULO CESAR DE FARIA JÚNIOR, ANDRÉ MESQUITA DE ABREU, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, ANGELA LOPARDI NICOLATO, BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, GUSTAVO ROCHA COSTA, TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO, LUÍS FERNANDO RESENDE MARQUES</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gangrena de Fournier é uma infecção necrosante altamente letal e rapidamente progressiva da fáscia perineal e genital, com gangrena da pele sobrejacente. Geralmente polimicrobiana. Infecções anorretais, geniturinárias são as causas mais comuns. As manifestações cutâneas são apenas "a ponta do iceberg", porque a infecção se espalha agressivamente ao longo de planos fasciais não respeitando limites anatómicos. Reanimação volêmica, antibioticoterapia e suporte nutricional são de grande importância no manejo da doença; entretanto, o exame sob anestesia com desbridamento cirúrgico agressivo continua sendo o aspecto mais importante. Múltiplos procedimentos cirúrgicos podem ser necessários para controlar a infecção, considerando desvio fecal e urinário caso a caso. A taxa de mortalidade excede 40% em muitas séries, o que motiva o interesse da comunidade cirúrgica sobre o assunto.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 31 anos, diabética, relato de abscesso glúteo com evolução de cinco dias, submetida a drenagem a nível ambulatorial e antibiótico oral. Evoluiu com piora da dor, aumento da extensão da lesão e drenagem de secreção purulenta fétida. Ao exame apresentava celulite extensa e área de necrose em torno da região perineal. Encaminhada imediatamente ao bloco cirúrgico para desbridamento extenso, sem acometimento de vagina ou reto. Após dois dias do desbridamento, paciente evoluiu com hiperemia e dor progressiva estendendo para parede abdominal sendo necessário nova abordagem. Realizado incisão em fossa ilíaca direita, com novo desbridamento amplo e real. Antibiótico trocado por meropenem e vancomicina, após crescimento de E. coli resistente a cefalosporina e enterococo sensível a vancomicina. Mesmo após dois desbridamentos, paciente apresentou piora da hiperemia abdominal, estendendo para parede abdominal e coxa. Levada novamente ao bloco cirúrgico cinco dias após primeira abordagem, onde foi evidenciado fascíte necrosante de parede abdominal, dissecando entre as aponeuroses do músculo reto abdominal direito e necrose extensa. Apresentou evolução satisfatória, sendo realizados curativos diários, com cobertura especial sendo utilizado aquacell e posteriormente fibracol. Antibiótico suspenso 22 dias após primeira abordagem, mantendo melhora progressiva. Encaminhada para o primeiro tempo da reconstrução, sendo abordado inicialmente ferida da raiz da coxa e parede abdominal até fúrcula vaginal. Segunda abordagem uma semana após, com reconstrução da região perineal. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas e cirúrgicas quatro dias após segunda abordagem de reconstrução.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico é clínico e estudos de imagem podem ser úteis, mas não devem atrasar a intervenção cirúrgica. Desbridamento amplo imediato e antibioticoterapia de amplo espectro constitui o eixo do tratamento. "Second look" após 24 horas do primeiro desbridamento faz parte do nosso protocolo, para controle do foco infeccioso. Avaliar cirurgia de reconstrução após resolução completa do quadro.</p>	<p>USO DE IMAGENS NA TERAPEUTICA DO HIPERPARATIREOIDISMO: RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Barone da Rocha, Edson Antonacci Júnior, Anna Alice de Paula Marinho, Mayra de Oliveira Maciel Silva, Amanda Angelica Esperança de Faria, Arlei Segala Borges, Cristiany Marques de Melo Milanez, Diego dos Santos Freitas</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM - Patos de Minas - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perda crônica da função renal leva a uma série de distúrbios minerais e ósseos, que envolvem a homeostase do cálcio, do fósforo e de hormônios como a vitamina D e o PTH (Paratormônio), que equilibram a formação e reabsorção óssea. As alterações metabólicas geram um hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica, caracterizado por níveis elevados de PTH, produzidos pela glândula paratireoide que na evolução da doença renal crônica desenvolve hiperplasia. O objetivo do trabalho foi orientar uma melhor investigação e programação perioperatória, abordando os principais exames de imagens e suas indicações através de um relato de caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.F., sexo feminino, 32 anos, casada, procurou o Hospital Regional Antônio Dias com queixa de aumento de volume mandibular unilateral, dores ósseas, fadiga muscular, anorexia, dores abdominais e constipação. A paciente estava sendo submetida à hemodiálise há cerca de cinco anos devido IRC. Foi aventada a hipótese diagnóstica de hiperparatireoidismo e foram solicitados exames laboratoriais e de imagens para confirmação da suspeita. À tomografia computadorizada da face havia uma lesão óssea difusa e heterogênea, com áreas líticas e aumento de volume multilobulado na mandíbula unilateralmente. As paratireoides estavam aumentadas na ecografia cervical e existiam duas glândulas acessórias retrosternal identificadas pela cintilografia. Os achados de hiperparatireoidismo confirmaram o diagnóstico de tumor marrom. Foi realizada uma esternotomia com total ressecção da paratireoide. Após, foi feita uma dosagem do hormônio paratireoideano que constatou queda significativa dos seus valores.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente foi submetida a estudos de imagem que facilitaram a abordagem cirúrgica. Para estudo inicial pode-se realizar a ultrassonografia que auxilia na distinção da paratireoide com outras estruturas, e facilita na punção por agulha fina. A cintilografia-sestambil com tecnécio 99m é relativamente barato, menos operador-dependente, e prevê mais corretamente o lado da alteração. A tomografia em 3 dimensões é a modalidade preferida para cintilografia de paratireoide, sendo possível visualizar até a região retroesofágica. A tomografia convencional emite radiação ionizante, possui sensibilidade média e qualidade inferior, e em contrapartida a tomografia 4 dimensões mostra perfusão característica de adenomas e são muito utilizadas na reoperação de cirurgia de pescoço. A localização pré-operatória das glândulas paratireoides através dos estudos de imagem é de grande auxílio à cirurgia, possibilitando em determinados casos, um procedimento minimamente invasivo, com menores riscos de lesões às estruturas adjacentes e um melhor prognóstico.</p>
<p>PO 401-3</p> <p>PUNÇÃO TRANSFIXANTE DA VEIA JUGULAR INTERNA COM CATETER EM MEDIASTINO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Leonardo Augusto Lima Farias, Fernando Fontes Souza, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Adriano Pamplona Torres</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A inserção de cateter venoso central (CVC) é um dos procedimentos médicos mais frequentemente realizados, visto a importância dos CVCs no manejo de pacientes graves, particularmente em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que necessitam destes dispositivos para infusão de drogas vasoativas, nutrição parenteral e em substituição à eventual falência de acessos venosos periféricos. Existem, entretanto, riscos significativos associados à inserção destes cateteres, sendo os mais comumente descritas a ocorrência de pneumotórax por acidente de punção, sangramento, hemotórax, trombose e infecção. Relatamos o caso de uma complicação incomum de punção de veia jugular interna, em que a veia foi transfixada e a extremidade do cateter encontrava-se no mediastino anterior.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 49 anos, com histórico importante de etilismo e tabagismo, internado em UTI por quadro de pancreatite alcoólica aguda com 40 dias de evolução, complicada com a ocorrência de coleção peripancreática infectada. Após diagnóstico tomográfico desta complicação, e visto permanecer febril, com leucocitose e provas de atividade inflamatória elevadas apesar de mais de 7 dias de antibioticoterapia, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora com drenagem da coleção. Após a laparotomia, permaneceu em uso de nutrição parenteral total e encontrava-se em uso de antibióticos para tratamento de pneumonia. Encontrava-se com CVC inserido em veia subclávia, porém devido à presença de secreção próxima ao óstio de inserção do mesmo, foi optado pela troca do acesso. Foi então realizada punção de veia jugular interna direita por técnica de Seldinger, sem relato de intercorrências durante o procedimento. Embora o acesso se apresentasse funcionante, foi percebida alteração no seu posicionamento em raio-X de tórax de controle. Foi decidido então pela realização de tomografia computadorizada de tórax, que demonstrou que o cateter se encontrava inserido em veia jugular interna, porém após um trajeto no interior da veia, o mesmo atravessava a parede anterior da veia cava superior, com sua extremidade localizada no mediastino anterior. Como o paciente não apresentava sinais de sangramento ativo ou tamponamento cardíaco, foi optado por apenas retirar o cateter. A retirada foi realizada sob monitorização contínua de parâmetros hemodinâmicos e eletrocardiográficos, sendo realizada sem intercorrências. O paciente permaneceu internado em UTI, e apesar da progressiva redução no débito da fistula, evoluiu com novo quadro de pneumonia e óbito por sepse de foco pulmonar.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora a punção de CVCs seja um procedimento realizado de forma corriqueira em hospitais terciários, apresenta um risco potencial de complicações graves, que não pode ser negligenciado. Como estratégias para minimizar o risco destas complicações, podemos citar o rigor na técnica utilizada e o emprego, se disponível, de ultrassonografia para orientar a punção e o posicionamento do cateter.</p>	<p>PO 401-1</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO EM SENTIDO ANTIPERISTÁLTICO POS GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX</p> <p>Felipe Aguilar Pinto Dias, Carlisle Soares Franco, Carlos Henrique Quintão Valeriano, Ana Rita Oliveira Passos, Mariane Barbosa Finotti, Gabriella Freitas Cardoso, Maria Clarice Albuquerque Vasconcelos, Ricardo Machado Rocha</p> <p><i>Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier - Ipatinga - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As cirurgias de gastroplastia redutora com reconstrução em Y de Roux (RYGB), também denominadas de Capella são frequentemente utilizadas no tratamento da obesidade. A secção do estômago proximal, reduzindo o seu volume com a criação de uma bolsa de cerca de 25 ml, deixa o restante do estômago excluído, ocasionando restrição. A divisão do intestino delgado formando uma alça alimentar (alça de Roux) e outra biliopancreática são responsáveis pela má-absorção. A divisão do jejuno é feita em cerca de 100 cm abaixo do ligamento duodenojejunal criando uma alça alimentar. Em seguida, é criada uma jejunó-jejunostomia mecânica latero-lateral a 100-150 cm abaixo da gastrojejunoanastomose. Apesar da técnica ser eficiente, as alterações anatómicas podem trazer complicações precoces ou tardias. Obstruções no intestino delgado após RYGB ocorrem com uma frequência de 0,2 a 4,5%, podendo formar hérnias internas, volvos, aderências e intussuscepções. Intussuscepção é entidade extremamente rara em adultos, representando cerca de 1 a 5% de todas as obstruções do intestino delgado.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 43 anos, hipertensa em uso de IECA, alérgica a metoclopramida e escopolamina. Compareceu ao pronto socorro de um hospital de referência do leste de Minas Gerais encaminhada pela unidade de Pronto Atendimento (UPA) do mesmo município com história de pós-operatório de gastroplastia à Capella há 4 anos, com reintervenção por bridas há 2 anos, e quadro de parada de eliminação de gases e fezes associados à vômitos de estase escurecidos e sinais de peritonite. Sem sinais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), estável hemodinamicamente, bom padrão respiratório, com sonda nasogástrica aberta. Frequência cardíaca 85 bpm, pressão arterial 124x78 mmHg e saturação de oxigênio 98%. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome com intussuscepção intestinal de alças delgadas na fossa ilíaca esquerda com distensão de algumas alças delgadas proximais. Encaminhado à cirurgia geral, onde foi evidenciado em laparotomia exploratória a presença de alça espessada em segmento de jejuno, com intussuscepção de segmento em sentido antiperistáltico, e assim, desfeita a intussuscepção, evidenciada necrose da alça interna, sendo realizada enterectomia segmentar e enteroanastomose em dois planos. Procedimentos sem intercorrências e boa evolução no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Ainda é obscura a causa da intussuscepção após o RYGB, e a patogênese é multifatorial. A formação do intussuscepto é relatada como resultado das suturas que podem atuar como "lead points". É necessário um diagnóstico rápido e preciso dos casos de obstruções intestinais como complicação da cirurgia bariátrica, seguido de pronta conduta resolutiva. A gastroplastia em Y de Roux apresenta grande utilidade no tratamento da obesidade mórbida, entretanto, deve-se atentar às complicações relacionadas ao procedimento, as quais não podem ser excluídas tanto no pós-operatório precoce quanto tardio.</p>

PO 404-1	PO 404-2
<p>DESNUTRIÇÃO DISABSORTIVA POS BARIÁTRICA - UM RELATO DE CASO</p> <p>carlos augusto mello, kerylla machado souza, leonardo ferrari, raquel belitardo carvalho, marcelo de jesus martins, bruno josé viana, julianna matos monteiro</p> <p><i>unime - salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nesse relato de caso, os autores buscaram analisar a desnutrição energético-proteica como complicação clínica e patológica da cirurgia bariátrica pela técnica de Bypass Y-de-Roux, bem como descrever a técnica cirúrgica empregada para a resolução definitiva do problema. A desnutrição pode se apresentar como Marasmo, um estado em que praticamente todas as reservas de gordura disponíveis do corpo se esgotaram devido à inanição, ocasionalmente, o nível sérico de albumina está reduzido, mas mantém-se >2,8 g/dL nos casos sem complicações ou Kwashiorkor, estresse fisiológico que aumenta a necessidade de proteína e energia em um momento em que o consumo costuma ser limitados.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente em questão é do sexo feminino, 36 anos, submetida a cirurgia bariátrica por By-pass há 10 anos, com índice de massa corporal de 44,98. Após 7 anos de cirurgia, iniciou com um quadro de fraqueza e sono e indisposição, sendo diagnosticada com anemia e fazendo reposição de ferro como opção terapêutica. Houve piora do quadro, com vômitos recorrentes e sialorreia, foi internada apresentando deficiência vitamínica, descamação de pele, queda de cabelo e outros sintomas, sendo diagnosticada com desnutrição disabsortiva. Sem melhoras significativas, após 1 ano foi internada novamente com a albumina de 3,02g/dL e quadro clínico semelhante; a paciente evoluiu com albumina de 2,3g/dL piora dos sintomas clínicos quando se fez a opção de cirurgia revisional</p> <p>DISCUSSÃO: O Bypass gástrico em Y-de-Roux foi a técnica realizada na paciente há 10 anos. Esta má absorção, associada à ingestão calórica deficiente no pós-operatório e rápida perda de peso pode resultar em índice notável de distúrbios nutricionais e eletrolíticos. Além disso, o organismo possui reservas vitamínicas que podem mascarar a deficiência delas por período que pode variar de dias até anos após a operação. Baseado na história clínica apresentada, a paciente foi diagnosticada com um quadro grave de desnutrição energético-proteica, que não se adequava aos padrões esperados. A partir da evolução do quadro, e sem melhoras significativas apesar das tentativas propostas, optou-se por uma cirurgia revisional. Ao realizar a cirurgia, encontrou-se uma alça biliopancreática com uma sobre para além da entero-enteroanastomose de 50 centímetros, o que levou a um sequestro das secreções digestivas para o segmento de alça residual. Concluiu-se que o alimento transitava pela alça alimentar e não entrava em contato de forma adequada com os sulcos digestivos fazendo com que não houvesse a digestão adequada. Na realização do procedimento cirúrgico optou-se por ressecção do excesso de alça biliopancreática excluída e com isso obteve-se a absorção de forma adequada com melhora do quadro de desnutrição.</p>	<p>MEDIASITINITE DESCENDENTE NECROSANTE POR ABSCESSO ODONTOGÊNICO</p> <p>Natália Francis Gonçalves Farinha, Luísa Freire Barcelos, Leticia Figueiredo Bezerra, Uanda Beatriz Pereira Salgado, Mariany De Oliveira Gomes, Mariana Santos Pinto, Victor Barroso Camilo Cunha Ataíde, Eduardo Lenza Silva</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mediastinite Descendente Necrosante (MDN) de origem dentária é raro e fatal se diagnóstico tardio. O processo infeccioso iniciado na orofaringe pode ultrapassar barreiras anatômicas e disseminar para regiões vizinhas resultando em sepse. A tomografia computadorizada (TC) de cervical e tórax junto ao quadro clínico é um bom exame diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: HQS, masculino, 37 anos, deu entrada no IHBDF com odontalgia há 5 dias com tumefação (3+/4+) em região da face esquerda e submandibular direita (angina de Ludwig), eritema em cervical e tórax. Foi administrado ceftriaxona, clindamicina. Na TC de face e tórax, observou-se coleção e gás em espaço bucal, submandibular direita, esquerda e espaço pterigoideo, descendente para região cervical e mediastino. No 1º dia de internação, paciente foi submetido à cervicotomia exploradora com drenagem do abscesso cervical com moderada quantidade de secreção purulenta em região submandibular, sublingual, invadindo espaço carotídeo, com necrose de fâscias cervicais. Mediastino foi explorado digitalmente e não se verificou secreção. No 2º dia, realizou-se drenagem dos espaços bucal, infratemporal, massetérico, laterofaríngeo, submandibular, sublingual e submental de hemiface esquerda em que se verificou abundante quantidade de gás e material purulento que foi encaminhado para cultura. Optou-se pela não exodontia do dente 37 (foco infeccioso). No 3º houve piora do quadro com evolução para MDN. Foi realizado, então, toracotomia anterolateral direita com presença de grande quantidade de secreção purulenta em mediastino superior anterior e médio. Foi deixado dreno torácico em região mediastinal e pulmonar posterior e associado vancomicina. Já na UTI, paciente grave, com febre persistente e desvio à esquerda. Houve períodos de remissão da febre e da leucocitose, mas paciente permaneceu grave. As culturas deram negativas. No 17º houve retirada do dreno de tórax à esquerda. Após novas TC, viu-se múltiplos abscessos cervicais, sublingual, retrofaríngeo e torácico, sendo necessário reabertura cirúrgica no 19º dia. Houve ainda piora do quadro clínico e laboratorial. No 25º dia, ele encontrava-se com sepse grave sendo modificado o esquema de antibióticos. Nova TC com contraste C/C indicou coleções hipodensas periamigdalinas e nos espaços submandibular direito, mucosofaríngeo e carotídeo esquerdo, compatíveis com abscessos. A TC de tórax C/C indicou coleção subpleural à pleura mediastinal, adjacente ao lobo superior direito sugerindo empiema. Notou-se derrame pleural à direita, derrame pericárdico e mediastinite. No 27º realizou-se exodontia dos dentes 37, 38, 48. No 43º retirou-se o dreno de tórax e cervical e não houve recidiva dos sinais (leucocitose, febre) resultando em antibioticoterapia suspensa e alta médica.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso corrobora que as infecções dentárias podem complicar e evoluir para sepse e mediastinite cuja mortalidade é de até 40% mesmo na era dos antibióticos. Vê-se, então, a necessidade do diagnóstico precoce, intervenção cirúrgica e antibioticoterapia ampla para boa resolução do quadro.</p>
<p>PO 404-3</p> <p>CARCINOMA ENDOMETRIAL PERFURADO COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Fernando Fontes Souza, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Leonardo Augusto Lima Farias, Adriano Pamplona Torres, Larissa Machado e Silva Gomide</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias malignas do endométrio são uma causa importante de morbidade e mortalidade em mulheres no período pós-menopausa. A exposição a estrógenos, por meio de determinados tipos de terapia de reposição hormonal ou contraceptivos, é reconhecida como um fator de risco para o seu desenvolvimento. Raramente, o carcinoma endometrial pode evoluir com complicações tais como a perfuração da parede uterina pelo tumor ou obstrução intestinal por invasão de uma alça intestinal. Relatamos o caso de uma paciente com câncer de endométrio que apresentou ambas as complicações de forma simultânea.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, já diagnosticada com câncer de endométrio devido à quadro de metrorragia, encontrava-se aguardando realização de histerectomia em caráter eletivo. Os exames de imagem realizados no momento do diagnóstico não evidenciavam nenhum tipo de implante à distância, estando a doença restrita ao útero. A paciente procurou a emergência do hospital com quadro de dor abdominal intensa, parada da eliminação de flatos e fezes, náuseas e vômitos com início há 2 dias. Ao exame físico, apresentava abdome distendido e difusamente doloroso à palpação, taquicardia, taquipneia e redução do débito urinário. Após passagem de sonda nasogástrica foi observada eliminação de secreção fecalóide em moderada quantidade, e raio-X de abdome demonstrava distensão acentuada de alças de delgado, com sinais de empilhamento de moedas e níveis hidroaéreos no interior das alças. Foi optado pela realização de laparotomia exploradora, com achado intra-operatório de grande quantidade de líquido serossanguinolento em cavidade no momento da abertura, útero de dimensões bastante aumentadas, com perfuração em sua parede anterior e extravasamento de material necrótico através da mesma. Adjacente à obstrução, observava-se alça de intestino delgado firmemente aderida à parede uterina, em íntimo contato com o tumor, e extensa distensão das alças intestinais à montante. Não haviam sinais de carcinomatose peritoneal ou implantes em outros órgãos à inspeção. Foi realizada então salpingo-ooferectomia bilateral, histerectomia e enterectomia segmentar com anastomose primária termino-terminal. A paciente apresentou boa evolução após o procedimento, recebendo alta hospitalar deambulando e com boa aceitação da dieta, sendo encaminhada para serviço de oncologia para posterior acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: Com o progressivo envelhecimento da população, o carcinoma de endométrio tem se tornado uma neoplasia de ocorrência mais comum. Embora seu diagnóstico e tratamento sejam realizados via de regra em caráter eletivo, podem ocorrer complicações agudas, tais como perfuração da parede uterina pelo tumor e obstrução intestinal, ambas exemplificadas neste caso. O pronto reconhecimento e tratamento cirúrgico é de fundamental importância nesses casos. A perfuração da parede uterina pelo tumor é um importante fator de risco para disseminação peritoneal do mesmo.</p>	<p>PO 405-3</p> <p>OCORRÊNCIA SINCRÔNICA DE GIST JEJUNAL E ADENOCARCINOMA COLÔNICO</p> <p>GABRIEL AMORIM BRITO, MARCCUS ANTÔNIO TOLENTINO JESUS, DÉBORA AMORIM BRITO, JOÃO ADAMI OTTUS ANDRADE, VITÓRIA NERY DAMIÃO, RONALDO SILVA CELESTINO, LUIEZ AMORIM CANEDO, ALEX CAETANO SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são de origem mesenquimal, derivados das células de Cajal, prevalentes em indivíduos acima dos 60 anos, sem diferença entre sexos. São os sarcomas mais comuns do trato gastrointestinal, responsáveis por cerca de 80% das neoplasias mesenquimais, com incidência anual de 10-15/1.000.000.</p> <p>RELATO DE CASO: AT, 89 anos, feminino, admitida no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), com parada de eliminação de flatos e fezes, vômitos fecalóides e abdome doloroso com 10 dias de evolução. À tomografia computadorizada de abdome, formações diverticulares em cólon, mínima quantidade de líquido livre em cavidade, formação nodular de 5,0x4,0cm próximo à flexura esplênica. Indicada laparotomia exploradora, encontrando lesão nodular pediculada em borda antimesentérica de jejuno, há 20cm do ângulo de Treitz; tumorações estenosantes em ceco e ângulo esplênico, esta aderida ao baço; com divertículo perfurado na região. Realizada exérese da lesão nodular, hemicolectomia direita, transversectomia e colectomia esquerda parcial, omentectomia, esplenectomia e ileocolostomia de Brooke à Mikulicz. Exame anatomopatológico confirmou neoplasia fusocelular de baixo grau consistente com tumor estromal gastrointestinal (GIST) de 3,5x2,5cm, contíguo às margens cirúrgicas; adenocarcinoma colônico sincrônico grau 2 de anaplasia, com áreas pouco diferenciadas, infiltrando até tecido adiposo pericólico; desmoplasia moderada, com margem cirúrgica proximal e distal livres, e margem cirúrgica radial comprometida na lesão de ceco e livre na lesão de flexura esplênica; linfonodos livres de neoplasia. Paciente evoluiu no pós-operatório com insuficiência renal, taquiarritmias e parada cardiorrespiratória indo a óbito no 12º pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A ocorrência de GIST sincrônico a outros tumores primário do trato gastrointestinal é rara, com incidência entre 3 e 33%, principalmente por originarem-se de diferentes camadas celulares. GIST primários localizados, tem na ressecção completa com margens microscópicas negativas o padrão-ouro para tratamento, enquanto os de alto grau, irredutíveis, tem o tratamento feito com inibidores de tirosino-quinase, como o imatinibe. Estudos demonstram sincronismo principalmente com adenocarcinomas, linfomas e carcinomas. Acredita-se que existam vias carcinogênicas ou mutações genéticas comuns entre os tumores. São de difícil diagnóstico, pois as características clínicas se sobrepõem, sendo descobertos muitas vezes durante a abordagem cirúrgica. A ocorrência de GIST sincrônico a adenocarcinoma colorretal não é extremamente rara nos casos existentes, e embora esteja claro que as mutações ativadoras dos inibidores da tirosina-quinase (KITS) sejam eventos precoces na etiologia dos GIST, não se sabe se podem ser o start oncogênico para o CA colorretal. O limitado número de casos em estudo não permite descartar ocorrência ocasional dos tumores sincrônicos.</p>

PO 406-3	PO 407-2
<p>NEOPLASIA EPITELIOIDE DE APENDICE CECAL – RELATO DE CASO</p> <p>ÍTALO SILVA CRUZ, Moisés Ederlano Tavares Araújo, Cicera Yolanda Santos Araújo, Carolina Anunciação Patrício Santos, Larissa Moreira Torres, Hermes Melo Teixeira Batista, Lineker Velozo Costa, Edgley Almeida Nóbrega</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE FMJ - JUAZEIRO DO NORTE - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Constituinte apenas 0,5% das neoplasias intestinais, o carcinoma de apêndice cecal CAC configura-se como uma afecção rara, a qual representa somente 1% das apendicectomias. A realização de intervenção cirúrgica baseia-se na suspeita diagnóstica de abdome agudo inflamatório e os exames complementares não possuem adequada especificidade que permita o diagnóstico desta neoplasia, fato que posterga o diagnóstico para o processo intraoperatório ou pós-operatório por estudo anatomopatológico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 71 anos, de aspecto saudável, procura o serviço de emergência em 29/01/2018 por apresentar dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos. Ao exame físico, constatou-se dor à descompressão da fossa ilíaca direita, com sinais de irritação peritoneal. Os exames complementares apontaram uma discreta leucocitose, com predomínio dos segmentados. A ultrassonografia abdominal, foram constatados sinais compatíveis com doença inflamatória do apêndice, com consequente rotura do mesmo. Realizou-se a apendicectomia por laparotomia, a qual evidenciou processo inflamatório importante na topografia do ceco, envolvendo apêndice cecal, que se encontrava destruído. Após exérese, a peça cirúrgica foi encaminhada para análise. No pós-operatório, evoluiu com abscesso em fossa ilíaca direita, sendo submetido à drenagem cirúrgica e instalação de dreno laminar em 08/02/2018. Segue então em alta hospitalar, mas retorna ao nosocômio em 03/03/2018, com quadro de distensão abdominal, inapetência e saída de secreção fecaloide pelo orifício do dreno. Na ocasião, o laudo histopatológico da peça cirúrgica removida mostrou-se inconclusivo, optando-se pela realização do estudo imuno-histoquímico. Após análise, constatou-se a ocorrência de Neoplasia Maligna Epiteloide, com células gigantes multinucleadas tipo osteoclastos de permeio. Diante do quadro, realizou-se Tomografia Computadorizada de abdome total sendo constatados: ascite de moderado volume; espessamento de alças do intestino delgado com formação de conglomerados de alças intestinais com predominância direita; volumosa lesão expansiva em fossa ilíaca direita, com borramento e múltiplas nodulações mesentéricas sem nítido plano de clivagem com o íleo distal, com focos de enfisema de permeio. Não foram evidenciados focos neoplásicos primários. Diante dos achados aventou-se nova abordagem cirúrgica, a qual foi contraindicada, tendo em vista a deterioração clínica decorrente da espoliação pela patologia. Como resultado, o paciente evoluiu para o óbito em 21/03/2018, 51 dias após o início dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: O CAC acomete a partir 60anos. Rotura é primeiro sintoma. O estadiamento do paciente é Estádio III, pelas lesões cecal, mesentérico, linfático, com perfuração intestinal e eliminação de conteúdo. Biópsia por congelamento e TC sempre fazer em apêndice atípico, para diagnóstico precoce pela visualização de calcificações ou bolhas de ar. Hemicolectomia à direita é conduta aplicável a todos os casos, com aumento da sobrevida.</p>	<p>CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca, Valéria Santos da Costa, Valbécia Tavares de Aguiar, Sábria Frazão Tolentino, Raphaella Carolinny Cardoso Costa Arruda, Sérgio Murilo Galdino da Silva Júnior, Mariana Cardoso Costa da Silva, Bruno Melo Gené Santiago</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma espinocelular (CEC) caracteriza-se como a neoplasia maligna bucal mais comum, representando 90% dos carcinomas de boca, a qual acomete preferencialmente homens acima de 50 anos. Compreendido entre os seis tipos de câncer mais comuns que acometem o sexo masculino e entre os oito mais recorrentes no sexo feminino, tendo como principais fatores de risco o tabagismo e o etilismo. Sua incidência em jovens com menos de 40 anos é rara – representando de 3 a 6% dos casos. O objetivo do presente relato é abordar um caso raro de neoplasia de boca em paciente jovem, levando-se em conta os fatores predisponentes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 19 anos, negro, analfabeto, relatou exodontia há oito meses por apresentar dor aguda em molar inferior esquerda, sem história de lesão na ocasião da extração. O quadro evoluiu com fratura da mandíbula à esquerda e suspeita clínica inicial de osteomielite. Diante disso, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Hospital em São Luís – MA, para avaliação. Paciente afirma tabagismo há cinco anos (20 cigarros por dia) e uso de cigarros de maconha esporadicamente, além de etilismo também há 5 anos. Ao exame físico, relata perda de 16 kg em oito meses, e deformidade em região cervicofacial em função da extensa lesão infiltrativa na boca. Na oroscopia realizada foram evidenciados lesão úlcero-infiltrativa em região jugal esquerda, rebordo gengival inferior, trígono retromolar e assoalho de boca à esquerda. A radiografia e a tomografia computadorizada mostraram volumosa lesão expansiva de região mandibular esquerda com reabsorção total do ramo esquerdo. Diante do quadro, foi realizada biópsia incisional sob anestesia local, e o exame histopatológico revelou CEC moderadamente diferenciado e invasor. O paciente foi encaminhado para tratamento combinado de quimioterapia e radioterapia, pela irresscabilidade do tumor, todavia, o paciente abandonou o tratamento durante a radioterapia e evoluiu com óbito após dois meses do último contato.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso retrata um caso raro de carcinoma espinocelular de boca, face a idade do paciente. Ademais, o paciente apresenta fatores de risco preditivos para o câncer de boca, ressaltando a importância do diagnóstico precoce de lesões de câncer bucal, bem como o aumento de campanhas preventivas enfocando também pacientes jovens usuários de drogas como álcool, tabaco e maconha.</p>
<p>PO 407-3</p> <p>RELATO DE CASO: CISTOADENOMA MUCINOSO DE APENDICE CECAL NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DOR ABDOMINAL EM PACIENTE COM HISTORICO DE CISTO OVARIANO</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Cistoadenoma Mucinoso de Apêndice Cecal (CMAC) é uma doença incomum, relacionada a acúmulo mucoso e consequente dilatação luminal¹. Apesar de rara, é o tipo mais comum de mucocel de apêndice, e é responsável por 0,07 a 0,3% das apendicectomias – terapêutica de escolha -. É mais frequente no sexo feminino (4:1), com maior incidência entre as 5ª a 6ª décadas de vida². O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de CMAC envolvendo antecedente ginecológico, conduzido no Hospital da Asa Norte (HRAN) – Brasília (DF).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente MS, sexo feminino, 52 anos de idade, admitida pela equipe de Ginecologia do HRAN em maio de 2011, referindo que há 4 anos, em consulta de rotina, recebeu o diagnóstico ecográfico de cisto ovariano, sendo orientada a acompanhamento ecográfico. Queixa-se de dor em fossa ilíaca direita em pontada e dispareunia, há um ano da admissão. Exame Ginecológico sem alterações. Ultrassonografia Transvaginal do dia 22/12/10: útero de 54,2 cm³, endométrio 3,2 mm, Ovários não visualizados; imagem acima de região fúndica uterina de formato tubular, conteúdo hipocóico e heterogêneo de contornos regulares, medindo 10,8x2,7x3,8 cm e volume de 57,6 cm³, com discreta vascularização periférica. Foi aventada a hipótese de Hidrossalpinge à Direita, e a paciente foi então submetida a Laparotomia Exploradora no dia 27/05/11. No intraoperatório não foram identificadas alterações uterinas, tubárias ou ovarianas. Observou-se tumoração tubiliforme, cerca de 15 cm de comprimento em apêndice, com a base livre, sendo solicitada a avaliação da Cirurgia Geral, que confirmou a tumoração e procedeu a apendicectomia. A peça foi enviada à análise anatomopatológica. A paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar no 2º Pós-Operatório. Retornou no dia 30/06/11 com resultado anatomopatológico, que evidenciou CMAC, com extravasamento de muco para o interior da parede e resposta inflamatória crônica. Recebe naquela ocasião alta ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O CMAC é uma doença rara, mas uma hipótese que deve ser aventada diante de caso de paciente do sexo feminino na faixa etária entre as 5ª e 6ª décadas de vida, com relato de dor abdominal e com antecedentes patológicos de anexos ginecológicos³. O diagnóstico pode ser confirmado por exames de imagem, ou somente no intraoperatório, como no caso exposto. O tratamento padrão-ouro é apendicectomia, sendo esperada uma boa evolução clínica, como no caso em questão.</p>	<p>PO 408-2</p> <p>PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO DE RETALHO MIOCUTANEO DE MUSCULO PEITORAL PARA TRATAMENTO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EM LABIO INFERIOR.</p> <p>Luiz Pereira de Oliveira Junior, Sebastião Maurício de Oliveira Castro, Rafael Miranda de Oliveira, Natally Gomes Tolentino, Maria Eduarda Vilela Siqueira, Laryssa Constância Silveira</p> <p><i>UNIFAMINAS - Muriaé - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de lábio é uma neoplasia maligna de boca que se apresenta em sua maior incidência no lábio inferior, com tipo histológico frequente o carcinoma espinocelular. Classificado por TNM e tipo de lesão; A lesão vegetante é mais prevalente, o verrucoso o mais raro, menos agressivo e o ulcerativo o mais propenso à invasão das estruturas profundas. A classificação TNM estabelece padrões de estadiamento a partir do tamanho, linfonodos acometidos e metástase, sendo lesões labiais menores que 2 cm de melhor prognóstico e maiores de 2 cm com índice médio de metastatização de 13,7%. Há critérios de pior prognóstico sendo eles: o grau de diferenciação histológica, a extensão tumoral para estruturas anatômicas do lábio, a recidiva local e o grau de invasão perineural ou linfática; O principal fator de risco é exposição solar sendo mais incidente em pessoas brancas e com atividades laborais ligadas a essa exposição. O tratamento se dá pela extirpe cirúrgica da lesão, no intento de margens livres. Sendo assim lesões detectadas em menores tamanhos trazem menor prejuízo à estética e funções motoras dos lábios, ao passo que maiores estadiamentos requerem cirurgias maiores, com linfadenectomia cervical e retalhos miocutâneos para cobrir a área extirpada;</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente em questão, J. S. S., 71 anos, consultada em ambulatório da CCP da Fundação Cristiano Varela em 2015, história de carcinoma espinocelular em lábio inferior, operada 02 vezes previamente em outro serviço, sem acesso ao AP. Apresenta lesão nodular escarificada em cicatriz prévia. Realizado ampliação de margem em maio/2015 na FCV com AP de cicatriz hipertrófica. Em acompanhamento semestral até novembro/2017 não apresentou novas lesões. Retorna em novembro/2018 com história de vários procedimentos com bucomaxilo no ano de 2018, em outra instituição, com diagnóstico de ceratocisto odontogênico. Ao exame físico apresenta lesão de 3,5cm ulcerada com secreção branca em região mandibular cutânea a direita. Apresenta também pequena ulceração em mucosa gengivo jugal inferior direita. Realizado biópsia com AP de CEC. Tomografia de pescoço demonstrando lesão de 3,5x1,5cm ulcerada e expansiva de partes moles, anterior ao corpo da mandíbula à direita, com sinais de erosão da mesma. Revela também formação ovalada intraparotídea e linfonodos cervicais a direita em diferentes níveis; Novo primário? Recidiva? Possível invasão perineural nas primeiras exéreses realizadas em outro serviço. Indicado e realizado em fevereiro de 2019, pelviglossomandibulectomia, incluindo lábio inferior, parotidectomia e linfadenectomia supraomohioidea a direita. Reconstruindo o defeito do arcabouço mandibular com placa metálica e retalho miocutâneo de músculo peitoral.</p> <p>DISCUSSÃO: Esse caso nos atenta para o seguimento oncológico do paciente com diagnóstico de câncer de lábio inferior e que mesmo lesões de maior estadiamento podem ter reconstruções que mantêm uma característica fisiológica compatíveis a uma boa qualidade de vida.</p>

PO 409-2	PO 409-3
<p>DISSECÇÃO DE TUBA FARINGO-TIMPÂNICA REALIZADA EM FETO DE 20 SEMANAS - RELATO DE CASO</p> <p>Felipe de Lacerda Pereira, Leonardo Melo Name Ribeiro, Gabriella Santos Oliveira, Rodinele Silva Ferreira Cruz Filho, Julia Oliveira Melo, Rafael Alvarenga Santos</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Obter melhor noção espacial através de imagens fotográficas da tuba auditiva em um feto para compreensão clínica do acometimento desta estrutura em processos infecciosos e inflamatórios, bem como em intervenções cirúrgicas.</p> <p>RELATO DE CASO: Foram utilizados os seguintes instrumentos cirúrgicos: bisturi lâmina 15 e cabo número 3, tesoura, pinça anatômica e pinça "dente de rato", otoscópio, lanterna com 1,5 cm de diâmetro, fita métrica e câmara fotográfica. Durante o procedimento foi realizado a exploração do periósteo do hemi-crânio esquerdo, seguido com a exposição do meato acústico externo esquerdo e transecção dos palatos mole e duro para acesso do óstio da tuba faringo-timpânica esquerda. Após tal exposição, foi inserida uma lanterna na cavidade oral do feto seguido da iluminação do meato acústico com o otoscópio. A mensuração da idade fetal foi feita com uma fita métrica passando pela protuberância occipital externa e a glabella. Utilizando uma tabela com valores correspondentes a idade/perímetro cefálico foram encontrados 16 cm de perímetro condizentes a 20 semanas de gestação. Foi encontrado no processo uma meato acústico mais horizontalizado e com baixa variação de luminosidade em seu trajeto, apontando que ainda não há a ossificação das estruturas ósseas cranianas.</p> <p>DISCUSSÃO: A dissecção de tuba faringo-timpânica no feto, realizada no laboratório de anatomia do UnICEUB, permitiu visualizar a projeção dessa estrutura ao longo da região petrosa do osso temporal, em uma visão cranial, e seu direcionamento rostro-caudal até a faringe. Com as imagens realizadas é possível visualizar com clareza através do efeito luminoso seu segmento pelo osso temporal, demonstrando sua tortuosidade de forma mais realista para anatomistas sem que aconteça sua completa dissecção, facilitando o estudo anatômicos para estudantes e cirurgiões.</p>	<p>HERNIA DE MORGAGNI: RELATO DE CASO</p> <p>GABRIEL SILVA RODRIGUES DE OLIVEIRA, CECILIA SILVA ROTELLA, ISABELA CRISTINA SAMENSATO CARLONI, JYEAN MUCHON, SAMI JABBOUR, ANA VITÓRIA GUSSEN BASTOS, IGOR DE ANDRADE LIMA, ROMMEL DE SOUSA CARNEIRO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO - UNIFENAS - ALFENAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia de Morgagni (HM) ocorre por uma falha da fusão embriológica do diafragma (posição retroesternal), criando o chamado forame de Morgagni. O defeito é mais comum à direita (pode ser bilateral) e permite a passagem de vísceras abdominais para o tórax. É a forma mais rara das hérnias diafragmáticas, constituindo 2-4% dos casos relatados. Comumente é diagnosticada na infância, apresentando com sintomas vagos e inespecíficos. O acometimento na população adulta é raro e surge em achado radiológico isolado ou com sintomas respiratórios e gastrointestinais. Exames de imagem são úteis para o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico mesmo nos pacientes assintomáticos pelo risco de graves complicações, como encarceramento e estrangulamento. O presente relato de caso tem como objetivo exemplificar uma apresentação atípica de Hérnia de Morgagni em idosos.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.O., 85 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Universitário Alzira Velano – Alfenas MG – com quadro de dispnéia súbita e dor abdominal difusa associada a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há quatro dias. Apresentava-se afebril, taquidispnéica, normocárdica, ruídos hidroaéreos na ausculta pulmonar e abdome distendido e doloroso à palpação. Exames radiológicos (Radiografia e Tomografia Computadorizada de Tórax) evidenciaram hérnia diafragmática e o reparo cirúrgico foi indicado. A cirurgia mostrou distensão volumosa de cólon, com segmento proximal do transverso no hemitórax direito através do defeito diafragmático anterior à direita. Conteúdo reduzido para cavidade abdominal e foi realizado fechamento de hérnia sem tela. No inventário da cavidade abdominal havia sinais de isquemia, que motivou ileocelectomia direita com anastomose látero-lateral de cólon transverso com íleo distal.</p> <p>DISCUSSÃO: A HM é uma forma extremamente rara de Hérnia Diafragmática. Ocorre preferencialmente em mulheres com mais de 50 anos na população adulta. Queixas respiratórias de início recente em indivíduos antes assintomáticos podem ser uma indicação precoce de um agravamento da HM. As queixas pulmonares são os principais sintomas em 36% dos casos, ilustrando que os primeiros sinais dessa hérnia não têm necessariamente um impacto precoce na função gastrointestinal. Pacientes adultos geralmente apresentam alterações secundárias a aumento progressivo da pressão intra-abdominal, como obesidade, gravidez, trauma, constipação e tosse crônica. Uma vez herniadas, mudanças súbitas na pressão intra-abdominal podem resultar na interrupção de um suprimento sanguíneo já tênue para os órgãos herniados. O comprometimento vascular do segmento intestinal pode se apresentar desde sutil e transitório à isquemia completa, com sintomas variando de queixas inespecíficas de desconforto abdominal até dor profunda. Uma vez aventada hipótese de isquemia, uma investigação completa deve ser realizada em pacientes com suspeita clínica de estrangulamento visceral, pois a HM pode ser facilmente negligenciada.</p>
<p>PO 410-1</p> <p>BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - 17 ANOS DEPOIS</p> <p>Willy Petríni Souza, Bruno Zilberstein, Bruna Mara Cunha Bacci, Maria Clara Baracat, Renata Alessandra Aleixo, Giovana Bocca Mancini</p> <p><i>São Leopoldo Mandic - Campinas - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Banda gástrica ajustável (BGA) é uma técnica operatória restritiva utilizada para perda de peso em pacientes obesos. O princípio é auxiliar na redução do consumo alimentar, restringindo a ingestão de alimentos e conferindo sensação de saciedade precoce. É obtida por meio da fixação de cinta inflável ao redor da parte superior do estômago, transformando-o em "ampulheta" ou "funil". As primeiras bandas gástricas foram introduzidas em 1978 por Lawrence H. Wilkinon e eram compostas por Marlex ou Dacron, sendo substituído por modelos de silicone infláveis que permitiram graduar a passagem do alimento pela banda adequando as necessidades do paciente. O objetivo do trabalho foi avaliar perda de peso, complicações cirúrgicas e cirurgias revisionais de pacientes submetidos à cirurgia de BGA com seguimento de 7 a 17 anos no intuito de analisar se a técnica continua efetiva e segura para perda de peso a longo prazo.</p> <p>RELATO DE CASO: Realizado levantamento de 350 pacientes operados pela técnica da BGA entre os anos de 2000 a 2010 em uma clínica particular e avaliados no ano de 2017 com relação à perda ponderal, cirurgias revisionais e tratamento de complicações da BGA. Os dados foram obtidos a partir do prontuário e registro telefônico. Dos 350 pacientes, 230 eram do sexo feminino e 120 do sexo masculino. A média de peso era de 116 kg e a média do índice de massa corpórea era 41,0, com 25 (7%) pacientes apresentando obesidade grau I, 128 (36%) grau II e 193 (55%) grau III. Foram obtidas informações atualizadas de 91 pacientes, não havendo nenhum óbito decorrente do procedimento. Dos pacientes acompanhados, 29 (31%) realizaram cirurgia revisional e 51 (56%) permaneceram com a BGA até 2017. Entre os pacientes com a BGA, 4 (7,8%) ganharam peso, 10 (19,6%) permaneceram com o mesmo peso e 37 (72,5%) perderam peso. Destes 37 pacientes, 19 (20,8%) atingiram a meta de perda do excesso de peso (PEP) 50%. Dos 350 pacientes operados, 9,1% apresentaram complicações nos primeiros 2 anos de seguimento, sendo que 15 (4,2%) apresentaram erosão/migração da banda, 7 (2%) deslizamento, 4 (1,1%) com megaesôfago e 6 (1,7%) pacientes com infecção de portal.</p> <p>DISCUSSÃO: Pode-se concluir que o acompanhamento desses pacientes é muito aquém do esperado e os resultados de poucos pacientes atingindo a meta de PEP pode ser resultado disso. A alta taxa de cirurgias revisionais pode traduzir complicações inerentes ao método que apesar de apresentar a menor taxa de mortalidade entre as cirurgias bariátricas, apresenta um crescente número de complicações</p>	<p>PO 410-2</p> <p>TIREOIDECTOMIA TOTAL POR CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO</p> <p>Wendel dos Santos Furtado, Lívia Zaiden Carvalho Martins de Sá, Vitor Breves de Paiva, Rafaela Mendes Golçalves, Patricia Kimura de Lima Name, Camilla Gatto de Oliveira Thomé, Julia Correia da Costa Barros, Vitor Paiva Pires</p> <p><i>HRAN - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de tireoide é o tipo mais comum de neoplasia endócrina, representando cerca de 1-3% das malignidades. São diagnosticados mais frequentemente em mulheres, indivíduos com idade maior que 45 anos e previamente expostos à radiação ionizante, principalmente na infância. Cerca de 90-95% dos casos são classificados como carcinomas bem diferenciados, podendo assumir as variantes de carcinoma papilífero, correspondem a 75-80% dos casos, ou folicular. São suspeitos todos os nódulos de rápido crescimento, endurecidos, aderidos aos tecidos adjacentes e que são acompanhados de gânglios cervicais ou sintomas compressivos (dispnéia e disfonia). Com relação ao diagnóstico, todo nódulo tireoidiano palpável deve ser avaliado por ultrassonografia, seguida pela punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com análise da citologia e classificação com base no sistema Bethesda, sendo esse o padrão-ouro. A base do tratamento dos carcinomas diferenciados de tireoide é cirúrgica, com tireoidectomia total ou parcial.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 45 anos, sexo feminino, com hipertireoidismo e nódulos tireoideanos, previamente diagnosticados por uma ultrassonografia com doppler de tireoide, realizou uma punção aspirativa por agulha fina (PAAF) que evidenciou carcinoma papilífero (Bethesda VI) e foi indicada uma tireoidectomia total eletiva. Durante ato cirúrgico, foram identificados nódulos visíveis em lobos direito e esquerdo da tireoide. Foi procedido com dissecção e retirada da tireoide que foi enviada para análise anatomopatológica. Não houve necessidade de esvaziamento cervical. As paratireóides e o nervo laringeo recorrente estavam íntegros bilateralmente. Atualmente, paciente evoluiu bem, apresentando uma hipocalcemia leve assintomática e recebeu alta hospitalar com reposição oral de cálcio. Caso a avaliação histopatológica demonstre ressecção tumoral incompleta ou metástases linfonodais, a iodoterapia deverá ser instituída.</p> <p>DISCUSSÃO: A tireoidectomia total, indicada nos casos de carcinoma papilífero, é um procedimento cirúrgico utilizado para tratar diversas doenças tireoidianas, como manejo de nódulos tireoideanos (maligno e benigno), hipertireoidismo, bócio obstrutivo e subesternal, por exemplo. A avaliação clínica, os exames de imagem, principalmente a ultrassonografia, e os exames laboratoriais são essenciais no pré-operatório e a necessidade de se realizar linfadenectomia deve ser avaliada. Os riscos da tireoidectomia total envolvem a lesão uni ou bilateral do nervo laringeo recorrente, hipotireoidismo, hipocalcemia temporária ou permanente, hipoparatiroidismo secundário (complicação mais frequente), seroma e hematoma, sendo este um procedimento que requer extrema precisão. Dentre os benefícios desse procedimento estão a ressecção tumoral e a redução de novas abordagens cirúrgicas.</p>

PO 410-3	PO 411-1
<p>RELATO DE CASO: APENDICECTOMIA CONVENCIONAL EM UM HOSPITAL MILITAR</p> <p>José Miguel da Silva Maciel Júnior</p> <p><i>HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda apresenta uma prevalência aproximada de 7% em toda a população mundial, sendo a primeira etiologia de abdome agudo. A apendicectomia é o tratamento padrão-ouro, uma vez que é a terapia que mais evita complicações¹. A inflamação aguda do apêndice cecal deve ser considerada em caso de dor abdominal aguda. No Ocidente, o risco de homens desenvolverem essa doença é de 8,6%, e mulheres de 6,7%². O presente trabalho objetiva expor um caso envolvendo apendicectomia convencional, conduzido em um hospital militar (Hospital das Forças Armadas).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente EMS, sexo masculino, 19 anos de idade, deu entrada em novembro de 2018 no HFA com quadro de dor em hipogastro e Fossa Iliaca direita (FID) de início há 13 horas, associada a hiporexia, dor a palpação de mesogastro e FID, defesa abdominal, sinal de Blumberg presente, leucograma de 12300/mm³, com 2% de bastonetes e Proteína C Reativa de 3,5 mg/dl. Tomografia Computadorizada de Abdome Total evidenciou apêndice espessado, medindo 12 mm, com espessamento parietal e realce após a injeção de contraste. Foi então submetido a apendicectomia convencional à Rockey-Davis, e a peça cirúrgica foi enviada ao setor de Patologia para análise. Apresentou uma evolução favorável, recebendo alta hospitalar no 2º Pós-Operatório (PO). O resultado histopatológico confirmou apendicite aguda supurativa, e o paciente recebeu alta ambulatorial no 27º PO.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicectomia é uma das operações mais realizadas no mundo, e a incidência de apendicite aguda tem apresentado aumento crescente no Brasil³. Acredita-se que o fator mais relacionado com a etiologia dessa doença em pacientes menores de 20 anos (como no caso relatado) é obstrução luminal do apêndice cecal¹. É de suma importância avariar essa hipótese diagnóstica em paciente jovem com apresentação clínica típica (por exemplo, dor abdominal, defesa abdominal, sinal de Blumberg presente, leucocitose). O tratamento cirúrgico continua sendo a terapêutica mais indicada para essa doença, tendo o potencial de evolução clínica favorável, como no caso exposto.</p>	<p>TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Soares de Aguiar, Thais Lucena Reis, Maylon Rudney de Souza Ferreira, Henrique Horta Barbosa Filgueiras Pohl, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Ronaldo Mafía Cuenca</p> <p><i>Universidade de Brasília e Instituto Brasiliense do Aparelho Digestivo - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Trabalho com objetivo de relatar a trajetória clínica de paciente feminina portadora de tumor pancreático neuroendócrino não funcional de baixo grau, visto que é uma patologia de baixa frequência na população mundial, representando menos de 1-2% das neoplasias pancreáticas. São tumores derivados das células pluripotentes dos ductos e das ilhotas pancreáticas, podendo ser funcionais ou não-funcionais, dependendo da sua capacidade de alteração sintomática no paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 48 anos, branca, casada, obesidade grau III, SAHOS (síndrome da apnéia hipogênea obstrutiva do sono), sem outras comorbidades. Em agosto de 2018, procurou cirurgia da obesidade com intenção de realizar cirurgia bariátrica, na época com 108 kg. Realizou polissonografia pré-operatória e obteve diagnóstico de SAHOS moderada, iniciando uso de CPAP (Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas) em outubro, quando evoluiu com aerofagia, distensão gástrica e dor abdominal difusa intensa, levando-a ao pronto-socorro. Foi realizada uma TC contrastada, com achado acidental de formação expansiva heterogênea, bem delimitada, de contornos lobulados, em hipocôndrio esquerdo, entre a grande curvatura gástrica e a cauda pancreática, levantando hipótese de tumor estromal gastrointestinal. Em 21/11/18, realizou gastroplastia e ressecção da massa tumoral, que foi encaminhada para análise anatomopatológica. Foi diagnosticada com trombose venosa da veia cefálica esquerda no dia 25/11/18, obtendo tratamento com resolução completa após 3 meses. No dia 02/12/18, o laudo anatomopatológico demonstrou proliferação neoplásica contígua ao pâncreas, sugestiva de tumor sólido-cístico pseudopapilar do pâncreas, em padrão expansivo, com margens livres. Foi recomendada análise imuno-histoquímica, que demonstrou neoplasia de achados consistentes com tumor neuroendócrino grau 1. Procurou oncologista em 26/12/18 para avaliação, sendo solicitado PET-CT com Dota-68Ga, que apontou ausência de atividade tumoral, prescrevendo-se acompanhamento por 5 anos, sem necessidade de tratamento adicional. Paciente perdeu 20kg em 98 dias de pós-operatório, sendo acompanhada por equipe multidisciplinar, demonstrando bons resultados em relação ao tratamento da obesidade, com resolução do quadro trombótico e sem sinais de atividade tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores não-funcionais, definidos pela ausência de sintomas clínicos relacionados a hipersecreção hormonal, são o tipo mais comum de tumor neuroendócrino pancreático (50-75% dos casos). Cerca de 60% dos casos desses tumores tem diagnóstico tardio, quando apresentam efeito de massa ou sintomas metastáticos. O caso descrito encontra-se na pequena parcela com diagnóstico precoce, devido a sua descoberta acidental por meio de TC com contraste e confirmada pela avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica.</p>
<p>PO 411-2</p> <p>MAXILECTOMIA E EXANTERA&Ccedil;AO DE ORBITA PARA CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVADO: RELATO DE CASO NA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>Daniilo Milhomens da Neiva, Andersson Soares Moreira, Lucas Campos Rodrigues, Vanessa Gregório de Góes, Marco Antonio Guedes, Monaliza Lucio Mendes, Isabella Araújo Nobre, Hercules Magalhães Olivense do Carmo</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os cânceres de pele do tipo não melanoma são os de maior incidência e prevalência em ambos os sexos, dentre eles, o carcinoma basocelular, descrito em 1827 por Jacob, destaca-se por ser a neoplasia maligna cutânea mais frequente (cerca de 75% desses tumores). A exposição solar é o principal fator de risco para o CBC, onde os raios ultravioletas (UV) agem produzindo inúmeros fotoprodutos mutagênicos no DNA, que precisam ser reparados antes da divisão celular, caso a reparação não aconteça, pode dar-se origem a uma mutação no gene PTC, que induz o desenvolvimento deste tipo de tumor. Sua origem ocorre nas células basais da epiderme e do aparelho folicular e possui uma grande capacidade de destruição de tecidos como pele, cartilagem e inclusive ossos. Assim sendo, diante da expressividade epidemiológica do tema, além da escassez de publicações referentes a patologia em questão, o presente relato de caso configura-se um difusor de informação, na qual propõe intervenção cirúrgica, contornando as morbidades deixadas pela exérese da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, de 58 anos, pardo, residente em Sena Madureira, AC, com história de ressecção de lesão em asa do nariz esquerdo há 1 ano, devido à carcinoma basocelular, retorna ao serviço com lesão ulcerada com 3 cm de profundidade. Pela tomografia computadorizada foi constatado comprometimento de base de órbita e maxila esquerdas, dificultando suas atividades diárias. Sem comorbidades, desconhecia histórico de neoplasia de pele na família. No procedimento cirúrgico, conhecido maxilectomia, houve a retirada do processo frontal da maxila e a parte lateral do osso zigomático. Em função da invasão orbitária secundária do carcinoma basocelular foi realizada a exenteração orbitária total, a qual consiste na remoção do conteúdo orbitário, incluindo bulbo ocular, gordura orbitária, músculos periorbitais, saco conjuntival e toda a pálpebra. Após o procedimento houve reconstrução da cavidade orbitária com o uso de retalhos da região frontotemporal. A área de rotação foi deixada descoberta com programação para enxerto posterior.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma basocelular é a neoplasia maligna mais comum em humanos e sua incidência aumentou nas últimas décadas (4). Sua alta frequência sobrecarrega significativamente o sistema de saúde, tornando a doença um problema de saúde pública (4). Esse relato de caso é apenas mais um dos inúmeros casos desse carcinoma no Brasil, em condições avançadas, como é o caso deste que apresenta uma lesão ulcerada recorrente. O paciente desse relato já havia uma história de ressecção em asa de nariz, e quando chegou ao atendimento apresentava uma lesão ulcerada de aproximadamente 3 cm, evidenciando uma recorrência da lesão anterior. Não foi relatado histórico familiar desse carcinoma no paciente, sendo uma das principais correlações existentes. No entanto, existem outros fatores de risco como fototipos de pele clara, exposição à radiação U.V. (principal fator ambiental) e a presença de sardas na infância (4).</p>	<p>PO 411-3</p> <p>RUPTURA ESPLENICA ESPONTANEA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Francisco da Silva, Estevão Ramon Chichelero, Fernanda Marcante Carlotto, Emanuela Nadal Ciapparin, Laíse Dias Ferreira, Caroline Inês Risson</p> <p><i>Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo-RS - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ruptura esplênica espontânea é uma condição clínica rara que geralmente se apresenta como complicação de alguma patologia e, pode ser uma condição com risco de vida se não diagnosticada a tempo. Relatamos o diagnóstico de um homem com ruptura sem uma doença de base, assim como sua evolução e seu tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 58 anos, procedente de Marau-RS, com história médica de AVC há 14 anos, varicocele há 10 anos e em uso diário de ácido acetilsalicílico, deu entrada na emergência do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS apresentando dor abdominal de forte intensidade com início súbito em hipocôndrio esquerdo acompanhado de hematúria. Ao exame físico apresentava abdome globoso, distendido, doloroso à palpação profunda do quadrante superior esquerdo com ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal. Foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram um PCR elevado e tomografia de abdome com diagnóstico de laceração esplênica de grau III com presença de líquido no espaço periesplênico e pélvico. Realizado esplenectomia de urgência com sucesso, retificando como laceração esplênica de grau IV. O paciente seguiu em acompanhamento durante a redação desse relato.</p> <p>DISCUSSÃO: A ruptura esplênica espontânea é relatada em até 7% dos indivíduos, com mortalidade aproximada de 12,2%. Predomina em homens 2: 1, com média na idade de 45 anos. A ruptura pode ocorrer espontaneamente ou decorrente das neoplasias (30,3%), das infecções (27,3%) e de inflamação não infecciosa (20%). Deve-se considerar também o infarto esplênico, os distúrbios de coagulação, trombocitopenia, hipertensão portal, vasculite, trombose venosa do baço e as lesões esplênicas focais. O sintoma mais comum é a dor abdominal no quadrante superior esquerdo, que pode tornar-se generalizada e ser acompanhada de palidez, taquicardia, hipotensão, oligúria e de choque hemorrágico. Dois sinais são particularmente importantes: o sinal de Kehr (dor aguda no ombro devido a presença de irritantes na cavidade peritoneal homolateral) e o sinal de equilíbrio (massa palpável no quadrante superior esquerdo). A ultrassonografia pode identificar o hemoperitônio. Porém, a tomografia computadorizada permite o diagnóstico precoce das lesões esplênicas espontâneas. Conclui-se que a esplenectomia é o tratamento de escolha das rupturas espontâneas do baço. No entanto, o tratamento conservador nos pacientes estáveis hemodinamicamente pode ser considerado.</p>

PO 412-1	PO 412-2
<p>CISTO ESOFAGICO: ACHADO INCIDENTAL EM CIRURGIA BARIATRICA</p> <p>CARLOS AUGUSTO BASTOS MELLO, RAQUEL BELITARDO GALVAO CARVALHO, LEONARDO FERRARI, BRUNO VIANA, KEMYLLA MACHADO SOUZA</p> <p><i>Hospital Teresa de Lisieux - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neste trabalho, os autores buscam relatar um caso de achado incidental de cisto esofágico secundário à cirurgia bariátrica por by-pass gástrico. Os cistos esofágicos são tumores benignos extremamente raros e se caracterizam, sobretudo, pela ausência de sinais e sintomas – salvo quando comprimem estruturas adjacentes. Por conta disso, na grande maioria dos casos essas lesões somente são descobertas secundariamente à exames de imagem ou cirurgias abdominais. Eles são um subtipo de lesões pseudotumorais – segundo classificação da OMS – e, a despeito de serem muito incomuns, são o segundo tipo de tumores benignos mais encontrados, ficando atrás somente do leiomioma – subtipo de tumores submucosos. A Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva divide os cistos de esôfago em congênitos (de duplicação, bronco-gênicos, gástricos e de inclusão), cistos neuroentéricos e adquiridos (de retenção), sendo os cistos de duplicação os mais comuns dentre os congênitos.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente em foco é do sexo feminino, 39 anos, e apresenta histórico de esteatose hepática leve, obesidade e colecistectomia, sem queixas nos demais sistemas corporais. Foi submetida a uma primeira abordagem para realização septação gástrica, entretanto, ao inventário da cavidade, foi observado uma massa peri gástrica na pequena curva, na junção esofagogástrica. Não foi possível determinar qual a origem da referida massa, não havendo plano de clivagem, motivo pelo qual, foi decidido suspender o procedimento e encaminhar a paciente para realização de exames complementares. Os referidos exames trouxeram como principal hipótese diagnóstica a existência de um cisto de duplicação gástrica, relacionada ao aspecto anterior da junção esofagogástrica, mantendo íntimo contato com o lobo esquerdo do fígado e artéria gástrica esquerda, com aparente planos de clivagem com as estruturas anteriormente descritas, medindo 3,6 x 3,3 cm. A paciente foi então submetida a uma nova abordagem para realização da cirurgia bariátrica. Realizado massupialização do cisto com aspirado de todo o conteúdo (gelatinoso), sendo enviado material para anatomia patológica; tratando-se de um cisto com tecido muscular liso e revestido por epitélio do tipo colunar cilado sem atípias, não existindo evidências de neoplasia nem aspectos inflamatórios específicos na amostra. Sendo os aspectos morfológicos, portanto, sugestivos de Cisto Esofágico</p> <p>DISCUSSÃO: Consoante com o que está descrito na literatura, a presença da lesão benigna esofágica da paciente, localizada no terço inferior do referido órgão, não implicava em nenhum sintoma, só sendo descoberta por conta da realização do procedimento bariátrico. Nesse sentido, conclui-se que a detecção da referida patologia é resultado de achados incidentais de endoscopias e outros exames de imagem ou cirurgias abdominais, o que implica um papel de suma importância dos profissionais que lidam com esses serviços, que devem ter um amplo conhecimento da anatomia e dos diversos processos patológicos existentes.</p>	<p>Lesão cervical penetrante: caso conduzido sem exploração cirúrgica</p> <p>Jussara da Cruz Jardim, Maria Carolina Borsato Belo, Bruna Silveira Toledo Barbosa, Aalec Rinkel, Mateus Nascimento Barbosa Barros, Túlio Luiz Marra Négri, Beatriz Silva Inácio, Carlos Alfredo Salci Queiroz</p> <p><i>UFTM - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O ferimento penetrante de pescoço é definido por lesões que atravessam o músculo platíma. Pode ser causado por arma de fogo (FAF), arma branca (FAB) ou outros artefatos perfurantes. A incidência de FAB no Brasil é de 46% e na região cervical possui incidência de 6,7%, destaca-se por sua alta complexidade e elevada morbidade, conferindo grande relevância no atendimento nos serviços de emergência. O manejo desses pacientes depende do estado hemodinâmico e do nível anatômico da lesão na região cervical, sendo fundamental a manutenção de uma boa via aérea, podendo esta ser realizada por traqueostomia imediata, a qual é indicada nos casos de lesões cervicofaciais e nas intubações difíceis após o fracasso das técnicas alternativas.</p> <p>RELATO DE CASO: MEV, 22 anos, masculino, deu entrada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), após sofrer lesão por arma branca em região cervical (zona II). Apresentou-se estável hemodinamicamente, com edema e enfisema subcutâneo na região cervical. Realizou-se uma Angiotomografia Computadorizada de pescoço que descartou dano vascular e sugeriu lesão de traqueia e esôfago. Optou-se assim por encaminha-lo ao bloco cirúrgico onde realizou-se traqueostomia e em seguida Endoscopia Digestiva Alta, a qual confirmou lesão na mucosa esofágica em região de hipofaringe e possibilitou via de alimentação por sonda nasoenteral (SNE), permitindo tratamento conservador. Paciente permaneceu internado por 7 dias com dieta enteral exclusiva e cânula de traqueostomia plástica. Foi submetido a um deglutograma antes da alta, não havendo extravasamento de contraste, foi liberado dieta via oral a qual teve boa aceitação. Assim, houve a troca da cânula de traqueostomia plástica para a cânula metálica nº 6 e a alta foi concedida.</p> <p>DISCUSSÃO: Os ferimentos penetrantes cervicais apresentam alta complexidade em decorrência da presença de uma vasta quantidade de estruturas alojadas em um pequeno espaço, o que leva a elevadas taxas de morbidade além de ser determinante no prognóstico do paciente. A abordagem clínica é de urgência e o tratamento irá depender dos exames realizados e da avaliação hemodinâmica, física e respiratória do paciente. No centros de trauma é muito comum a realização de angiotomografia computadorizada, sendo descrita por Nars, et al 2015 como um dos exames mais rápidos a serem feitos, com alta resolução e sensibilidade, além de não ser invasivo. É recomendada assim, para avaliação de traumas na região do pescoço, uma opção viável e que descarta procedimento cirúrgicos exploratórios. Epstein et al 2012 descreveu um paciente que após sofrer lesão esofágica por FAF, evoluiu com necessidade de traqueostomia e passagem de SNE, em que a traqueostomia foi escolhida como medida protetiva de via aérea e a SNE para suporte nutricional e controle dos mediadores da inflamação. Dessa forma, a traqueostomia vem sendo apontada como melhor escolha em casos de ferimentos perfurantes cervicais, apresentando bons parâmetros de evolução.</p>
<p>PO 413-2</p> <p>RECIDIVA DE MEDULOBLASTOMA NO HEMISFERIO CEREBELAR DIREITO EM ADULTO – RELATO DE CASO</p> <p>Ana Lúcia Gomes Santoro, Ana Carolina Buta Pereira, Ana Carolina Hatsua Ferreira, Ana Luiza Lima Gonçalves, Carolina Ribeiro de Castro, Isabella Silva Costa, Maria Luiza Santos Suassuna, Marcos Masini</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O meduloblastoma (MB) é uma neoplasia maligna primária do sistema nervoso central rara em adultos. Trata-se de um tumor cerebelar neuroectodérmico primitivo com localização infratentorial, originado a partir do vérmis cerebelar na maioria dos casos. É um tumor de crescimento rápido que, muitas vezes, se dissemina ao longo das vias líquóricas e que se manifesta com sinais e sintomas dependentes da topografia da neoplasia e da ocorrência de hipertensão intracraniana. A razão pela apresentação deste caso clínico é motivada pela incomum incidência em adultos.</p> <p>RELATO DE CASO: GMC, 46 anos, masculino, antecedentes cirúrgicos de ressecção de MB em hemisfério cerebelar direito (HCD) em 2007 e em outubro de 2018. Em dezembro de 2018, paciente procurou serviço médico com quadro de fala escandida, fraqueza em membro superior direito, além de claudicação e piora da coordenação do mesmo lado. Realizou-se tomografia computadorizada do crânio, a qual evidenciou extensa formação infiltrativa/expansiva intra-axial, heterogênea, predominantemente hiperdensa devido a alta celularidade, de aspecto arredondado e contornos mal definidos, medindo 6,5 x 6,0 x 5,0 cm, acometendo o HCD com extensão para o ângulo ponto-cerebelar direito e para o quarto ventrículo. Na ressonância magnética, notou-se que o espaço da ressecção operatória foi preenchido por lesão tumoral expansiva e infiltrativa ocupando em parte o vérmis cerebelar, além de formação heterogênea com áreas sólido císticas em todo o HCD. Dessa forma, foi realizada craniotomia occipital direita com ressecção total visual do tumor na região cerebelar direita. O histopatológico confirmou o diagnóstico de MB.</p> <p>DISCUSSÃO: O MB é um tumor cerebelar mais frequente na infância, com declínio da incidência na segunda e terceira décadas de vida. Assim, o relato apresentado é ímpar, visto que esse tipo de neoplasia é atípica em adultos, representando 1% do total dos tumores intracranianos e 6% dos tumores de fossa posterior. Sabe-se, ainda, que existe predominância no sexo masculino. O sítio preferencial dos MBs é a linha média da fossa posterior, pois 94,4% envolvem o cerebelo e, destes, mais de 75% originam-se no vérmis cerebelar, comprimindo ou estendendo-se do 4º ventrículo e, assim, podendo causar hidrocefalia. O acometimento mais lateral, do hemisfério cerebelar, é típico quando estes tumores se manifestam em adultos, fato observado no relato em questão. Os sintomas mais comuns são inespecíficos, incluindo cefaleia, ataxia, náuseas e vômitos, além de déficits visuais e motores. Geralmente, o tratamento é baseado na combinação de ressecção cirúrgica – a mais ampla possível – e radioterapia cranioespinhal. Entretanto, a quimioterapia em adultos apresenta toxicidade consideravelmente alta. O caso clínico apresentado corrobora com a abordagem cirúrgica citada, visto que foi realizada a ressecção total do tumor. Diante do exposto, nota-se a relevância deste relato devido à alta taxa de mortalidade, recidiva e mau prognóstico do MB.</p>	<p>PO 414-1</p> <p>RELATO DE CASO: COMPLICAÇÕES DE FISTULA GASTRICA APÓS 09 ANOS DE GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE)</p> <p>KAROLINE PASCOAL ILIDIO PERUCHI, LAURA FELICIANA PAULO, CLAUDIA YANINA GARCIA, CASSIO PADILHA RUBERT, LUIZ FERNANDES FERREIRA, CAROLINA BELON ZAGO, KAREN GUERRA DE SOUZA, LIEGE MORAES</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nos últimos anos a gastrectomia vertical tem sido frequentemente indicada para o tratamento da obesidade mórbida, devido sua simplicidade técnica e eficácia, principalmente em pacientes super obesos (IMC>50Kg/m²). Comparando com outras técnicas cirúrgicas, apresenta menor incidência de complicações, sendo a principal, a fistula gástrica proximal. O presente relato visa expor um caso clínico de fistula gástrica tardia por gastrectomia vertical com acometimento pulmonar por contiguidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, atendido na emergência do HRMS, com quadro de dispnéia, dor torácica em hemitórax esquerdo, ventilatório-dependente, de 15 dias de evolução. Ao exame apresentava-se taquicárdico, dispnéico, MV abolidos em hemitórax esquerdo e drenagem de secreção purulenta com conteúdo alimentar em hipocôndrio esquerdo. Relata cirurgia bariátrica (técnica Sleeve) há 9 anos e laparotomia para-mediana e drenagem de abscesso abdominal há 1 ano por trauma abdominal. Na TC tórax: hidropneumotórax septado à esquerda, cujo laudo sugeria hérnia diafragmática à esquerda, consolidação do parênquima bilateral, pior à esquerda. TC de abdome com contraste oral sugeriu fistula jejuno-cutânea. Endoscopia Digestiva Alta descreveu órgão tubulizado compatível com gastrectomia vertical prévia, além de grande fistula localizada no seu interior e cerca de 4 cm abaixo da transição esofagogástrica com resíduos alimentares no seu interior e provável comunicação com a pele. Iniciado antibiótico terapia, optado por abordagem cirúrgica de decorticação pulmonar a céu aberto, sendo realizado pneumorráfia e toracotomia com drenagem fechada esquerda. Recebeu cuidados intensivos por 10 dias, com nutrição parenteral e enteral pós-pilórica. Após melhora do status nutricional, o paciente foi submetido a Gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux. Apresentando boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar no 8º dia pós-operatório. Após 01 mês de alta, retorna em consulta assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: Segundo a classificação de Csendes et al, as fistulas podem ser classificadas com precoces, intermediárias e tardias, sendo respectivamente a primeira do 1º ao 3º pós operatório, 5º ao 7º e >8º dia pós operatório. As fistulas gástricas pós-manipulação cirúrgica possuem uma gama de opções terapêuticas disponíveis, tanto conservadoras como cirúrgicas, sendo fatores decisivos a estabilidade clínica do paciente, o tempo de fistula, comorbidades pré-existentes, acometimento de outros órgãos, habilidade do cirurgião e recursos disponíveis no serviço. Nas fistulas precoces pode-se lançar mão de terapias mais conservadoras como próteses endoscópicas, colas de fibrina, cliques, entre outros. Baseado em revisão de literatura, não há consenso para o tratamento de fistulas tardias, sendo por eleição a realização de técnicas como a Gastrectomia total, reconstrução em Y de Roux ou a conversão para Bypass gástrico, todavia há a necessidade de novos estudos para instituir uma terapêutica padronizada.</p>

PO 414-2	PO 414-3
<p>MANDIBULECTOMIA EM MELANOMA DE ASSOALHO BUCAL - RELATO DE CASO</p> <p>Jose Renato Coelho Alves Castro, Juliana Teixeira Pereira, Ana Carolina Soares Succar, Camilla Ribeiro Siqueira, Leonardo Guimaraes Rangel</p> <p><i>Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os melanomas em cavidade oral são lesões raras, representando menos de 1% das neoplasias de boca. A mucosa oral superior da maxila é o principal local de acometimento, principalmente palato e gengiva alveolar. As lesões em assoalho de boca são ainda mais raras. Estes tumores ocorrem mais comumente na sexta década de vida, com predileção pelo sexo masculino. Apresentam-se clinicamente como uma mancha assimétrica, placa ou nódulo de coloração fortemente enegrecida, com bordos irregulares (geralmente em serrilhado), geralmente com crescimento rápido.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 55 anos, negro, com diagnóstico de melanoma de boca. Referia lesão em assoalho de cavidade oral, com 6 meses de evolução. Queixava-se de dor intensa no local, e sialorreia importante. O exame físico mostrava massa enegrecida e ulcerada, de aspecto necrótico, infiltrativa, friável, odor fétido, ocupando quase a totalidade do soalho oral. Paciente apresentava sialorreia abundante. O laudo histopatológico descrevia: "Fragmento de mucosa revestido por epitélio escamoso. Tecido conjuntivo subjacente com proliferação de células com atipia e, pleomorfismo celular. Sugerindo Carcinoma indiferenciado." Entretanto, a imuno-histoquímica demonstrou positividade para os marcadores S-100, Melan-A e HMB-45 e negativas para citoqueratina AE1/AE3 e desmina. Sendo feito o diagnóstico de Melanoma. Tomografia Computadorizada evidenciou lesão expansiva heterogênea, com realce periférico pelo contraste, medindo cerca de 5,7x2,5cm, localizada no mento a esquerda, determinado esporão da cortical óssea da mandíbula adjacente, estendendo-se a cavidade oral. Linfonodomegalias com realce heterogêneo pelo meio de contraste nos níveis II e III a esquerda. O paciente foi submetido a mandibulectomia, com excisão ampla da lesão, e reconstrução do soalho bucal através de retalho miocutâneo de peitoral maior. Paciente evoluiu bem nas primeiras semanas do pós-operatório, referindo melhora importante da dor e da contenção salivar. Durante a internação, paciente apresentou quadro de dor abdominal, icterícia associada a náuseas e vômitos. TC de abdome evidenciou prováveis focolos metastáticos em pâncreas e fígado. Paciente foi encaminhado à oncologia para seguimento clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: O melanoma das mucosas da cabeça e pescoço são lesões mais raras e mais agressivas que os melanomas de pele. Geralmente os melanomas mucosos são diagnosticados já em estágios mais avançados da doença, por possuírem uma fase de crescimento vertical agressiva, com rápido acometimento da submucosa. O principal local de acometimento pelo tumor é a mucosa oral superior da maxila. As lesões em soalho, como a do relato, são ainda mais raras. O atraso no diagnóstico, associado ao rápido crescimento, são os principais fatores que levam ao mau prognóstico destes tumores. No caso relatado, o diagnóstico foi feito em um estágio já avançado do tumor, com erosão óssea da mandíbula e acometimento linfonodal local.</p>	<p>PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE SECUNDÁRIA A TUBERCULOSE PERITONEAL - UM RARO RELATO DE CASO</p> <p>Bruna Morena Messias de Lima Dias, Isabela Santos Paiva Laender Moura, Pamela Renata Marinho Miranda, Francisca Joelma Rodrigues de Lima, Pablo Borges Leal, Alba Almeida Rodrigues de Godoy, Bruna Marra Silva</p> <p><i>Hospital Regional da Ceilândia - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE) é uma rara doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida. Acredita-se que seja resultado de uma peritonite subclínica recorrente, que evolui progressivamente com fibrose e formação de membrana acinzentada que envolve principalmente o intestino delgado, causando repetidos quadros de obstrução intestinal. Pode ser primária ou secundária a condições que causam inflamação peritoneal com proliferação fibroblástica, como diálise e tuberculose peritoneais. O quadro é de difícil diagnóstico clínico, pois além de sintomas iniciais inespecíficos, a doença é rara e comumente não faz parte dos diagnósticos diferenciais de obstrução intestinal. Desta maneira, a maioria dos diagnósticos são no intra-operatório, quando a doença se apresenta como quadro agudo obstrutivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 22 anos, encaminhado de serviço penitenciário em regime fechado com distensão abdominal progressiva e parada de eliminação de flatos e fezes há 15 dias. Negava outros sintomas e ingestão de corpo estranho, comorbidades e cirurgias abdominais. Radiografia abdominal mostrou moderada distensão de alças, sendo optado inicialmente por tratamento conservador com passagem de sonda nasogástrica e realização de fleet enema, sem alívio. A TC de abdome contrastada evidenciou presença de coleção de paredes espessadas em linha média da pelve e em região subdiafrágmatica, com colabamento de alças de delgado, sendo indicada abordagem cirúrgica. Na laparotomia exploradora encontrou-se significativa quantidade de líquido citrino e fibrina e grande bloqueio envolvendo todo o conteúdo intra-abdominal, sem plano seguro de pivagem. Foi realizada cultura do líquido, que se mostrou negativa, e coleta de fragmento peritoneal para biópsia, que demonstrou peritonite granulomatosa, indicativa de tuberculose peritoneal.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de PEE, apesar de difícil, é facilitado pela história clínica, presença de fatores predisponentes, auxílio radiológico e alta suspeita médica. O paciente em questão veio encaminhado de serviço penitenciário, local de alta susceptibilidade a doenças infecciosas, principalmente por compartilhamento de agulhas, saúde precária, superpopulação e comportamentos de alto risco. Em termos radiológicos, a TC contrastada é o melhor método diagnóstico, demonstrando acúmulo central de alças envolvidas por densa membrana. Pacientes com sintomas leves podem ser tratados de maneira conservadora. Aqueles com sintomas graves ou refratários devem ser operados, com excisão da membrana fibrótica e lise das aderências, e em casos de sofrimento de alça, ressecção com anastomose primária. A PEE, apesar de rara, é inicialmente uma condição benigna e de bom prognóstico. Por isso, deve ser sempre considerada em diagnósticos diferenciais de quadros obstrutivos que cursam com história típica e presença de fatores predisponentes conhecidos, principalmente a diálise peritoneal e suspeita de tuberculose peritoneal.</p>
<p>PO 416-2</p> <p>MELANOMA PAROTÍDEO DE SÍTIO PRIMÁRIO DESCONHECIDO - UM RELATO DE CASO</p> <p>BRUNA HANAUER, LETÍCIA PATRÍCIO LEÃO, REGINALDO MAIA JÚNIOR, EDUARDO BERNARDO CHAVES NETO</p> <p><i>ITPAC PORTO NACIONAL - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma maligno (MM) constitui 15% de todas as neoplasias malignas, e 20% do MM ocorre na região da cabeça e pescoço. Em alguns casos não é possível identificar o sítio primário desta neoplasia. (Jeffrey et al., 2016) Este raramente afeta a parótida e seu diagnóstico anuncia uma busca por uma neoplasia primária da pele. Acredita-se que o MM da parótida seja de origem metastática sendo a maioria desses advindos de cânceres cutâneos da face superior e do couro cabeludo. Ocasionalmente o sítio primário do tumor pode nunca ser identificado. (Bahar et al., 1990) Este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso de Melanoma Primário de Sítio Desconhecido (MPSD), levantando a discussão acerca da necessidade de investigação clínica completa do paciente em busca do sítio primário, do tratamento e do prognóstico destes casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G.A.A., masculino, 72 anos, apresentou-se referindo presença de nódulo parotídeo com crescimento em 6 meses, sem dor, perda ponderal ou repercussões locais como paralisia facial. Ao exame físico nódulo na projeção da parótida direita, fixo à parótida, móvel em relação a pele, com aproximadamente 2,5cm em seu maior diâmetro, não doloroso à mobilização da pele e de consistência pétreo, ausência de linfonodos cervicais, axilares ou inguinais. A Ultrassonografia de parótida direita evidenciou parótida de dimensões normais, com nódulo heterogêneo de contornos levemente lobulados, medindo cerca de 2,2x2x1,5 cm em seus maiores diâmetros, sem sinais de vascularização, sugerindo cisto parotídeo ou nodulação de outra natureza com áreas de liquefação/necrose. A tomografia computadorizada (TC) do pescoço evidenciou glândula parótida direita parcialmente hipossustituída, com formação nodular bem delimitada na sua porção superficial, medindo 2x1,6x2x3. Os achados levam a hipótese de lesão expansiva neoplásica. Realizado imprint para citopatológico de paratireoide demonstrando malignidade compatível com neoplasia de células redondas. Após avaliação de exames complementares optou-se por abordagem cirúrgica parotidectomia superficial direita. Realizada radioterapia adjuvante. O exame histopatológico demonstrou neoplasia maligna indiferenciada com áreas de pigmentação a esclarecer. A imunohistoquímica o diagnóstico de melanoma metastático.</p> <p>DISCUSSÃO: A origem de um melanoma de parótida é um ponto discutível, já que qualquer melanoma de parótida obriga o médico a investigar as manifestações dermatológicas e não dermatológicas. Por isso é importante reconhecer os principais sítios deste tumor. O melanoma de parótida poderia surgir, principalmente, de um tumor de cabeça e pescoço que evoluiu com metástase para a parótida ou de um melanoma de parótida primária. (Woodwards et al., 1993). Diante deste panorama, após a realização de exames complementares como TC, cintilografia óssea e PET-CT, não se evidenciou nenhum foco primário, fechando o diagnóstico de metástase de sítio desconhecido.</p>	<p>PO 416-3</p> <p>TROMBOSE ARTERIAL DO TRONCO CELÍACO E DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR: RELATO DE CASO</p> <p>PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, ANDRE MESQUITA ABREU, ANGELA LOPARDI NICOLATO, BRUNA HAUZEIN FIGUEIREDO, PAULO CESAR DE FARIA JUNIOR, TARCISIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, LUIS FERNANDO RESENDE MARQUES, RENATO GOMES DE SOUZA NASCIMENTO</p> <p><i>HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo isquêmico configura um evento de proporções potencialmente catastróficas. A oclusão de grandes vasos abdominais é causa frequente de emergência cirúrgica e seu diagnóstico deve ser considerado nos casos de dor abdominal de forte intensidade desproporcional ao exame físico. O Hospital Julia Kubitschek (HJK) admitiu no serviço de Urgência/Emergência um caso de isquemia em território de grandes vasos abdominais, levando a paciente ao óbito e se destacando pelos achados per operatórios.</p> <p>RELATO DE CASO: ZDOA, sexo feminino, 50 anos, foi admitida desacordada em Dez/2018 no HJK. Familiar relatou dor epigástrica prévia de moderada intensidade, associada a vômitos e diarreia, com 3 dias de evolução. Procurou atendimento em UPA, sendo medicada com sintomáticos e liberada. História progressiva de HAS com adequado controle medicamentoso. À admissão no HJK, apresentava glicemia de 18 mg/dl, e, realizada a correção, apresentou melhora do nível de consciência. Relatou nas últimas 4 horas agudização do quadro álgico prévio, porém palpação revelou um abdome sem sinais de irritação peritoneal. Realizado ECG que evidenciou apenas ondas T apiculadas, convergindo com o posterior achado crítico de hipercalemia e acidose. Resultados dos exames da admissão evidenciaram a gravidade do caso: Leucocitose com desvio (17960, 15% bast), K 7,3, PH 7,09, Lactato 9,8, Amilase 334. Após estabilização clínica, foi solicitado TC abdomen que evidenciou uma síndrome isquêmica: oclusão de tronco celíaco e artéria mesentérica superior. Paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico em caráter de urgência devido a ausência de terapêutica hemodinâmica no nosso serviço. À laparotomia exploradora, achados de isquemia irreversível do estômago ao reto alto, incompatíveis com qualquer viabilidade de ressecção. Aorta palpável, com inúmeros pontos de consistência compatíveis com placas de ateroma. Devido à gravidade do quadro, optado por fechamento e suporte com ênfase em conforto. A paciente foi encaminha ao CTI, sendo constatado o óbito após 10 horas do fechamento da parede abdominal.</p> <p>DISCUSSÃO: A isquemia intestinal, mais bem representada na literatura pela isquemia mesentérica, pode ter diversas etiologias. Aproximadamente 50% dos casos tem sua origem em um cardioembólio, geralmente associado à pacientes com fibrilação atrial. 25% dos casos se originam de trombos ateroscleróticos. Cerca de 20% dos casos estão associados à constricção terminal das artérias (usuários de cocaína, por exemplo) e cerca de 5% das isquemias estão relacionadas a doenças veno-oclusivas. Enquanto abundam estudos sobre isquemia mesentérica, é pobre a literatura que aborde o fenômeno isquêmico em território de tronco celíaco e, principalmente, que aborde a associação de isquemia com a artéria mesentérica superior. Quadro clínico dramático, bem documentado pela TC de abdomen e pelo registro fotográfico no per-operatório que evidencia a magnitude da isquemia em todo o território esplânico.</p>

PO 417-2	PO 417-3
<p>TRAQUEOSTOMIA CIRURGICA E USO DE DUPLA ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETARIA SEM COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS: RELATO DE CASO</p> <p>Joice Holanda Dias, Myreia Petrônio Leite, Maria Eduarda Soares Barros, Beatriz Cristina Soares Barros, Francisco Cristiano Soares Macena</p> <p><i>Faculdade Santa Maria - Cajazeiras - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O emprego de antiagregantes plaquetários no cenário da terapia intensiva é crescente. Dessa forma, cirurgiões e intensivistas cada vez mais, lidam com a traqueostomia sob risco de sangramento. Estudos realizados nas últimas décadas demonstram diferença irrelevante no sangramento transoperatório com ou sem uso de ácido acetilsalicílico (AAS). Igualmente, a associação entre dupla antiagregação plaquetária (DAP) e maior ocorrência de sangramento tem se mostrado pouco evidente. Este relato propõe-se a divulgar a realização de traqueostomia cirúrgica, sem complicações hemorrágicas, em doente renal crônico, dialítico, e coronariopata, com risco cardíaco de Goldman classe II, sob uso de DAP.</p> <p>RELATO DE CASO: A.A.O, masculino, 66 anos, foi admitido no Hospital Regional de Cajazeiras, apresentando dispneia intensa, associada a desconforto torácico e cianose de extremidades. Antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica foram relatados. Inicialmente, foi administrada oxigenioterapia através de ventilação não invasiva, sendo observada piora do desconforto torácico e rebaixamento do nível de consciência. Realizou-se intubação orotraqueal em sequência rápida e introdução de ventilação mecânica em modo de volume controlado. Superada a emergência hipertensiva, o paciente evoluiu hemodinamicamente estável, em uso de AAS, Clopidogrel, Sinvastatina, Heparina não fracionada (HNF), Caverdilat, Enalapril e insulina NPH. No oitavo dia de internação, foi realizada extubação, sendo mantida ventilação com máscara de Venturi. Na manhã seguinte, A.A.O evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitando de nova intubação orotraqueal. Passada uma semana, após tentativas de desmame ventilatório sem sucesso e diante da necessidade de ventilação mecânica em longo prazo, optou-se pela realização da traqueostomia. 48 horas antes do procedimento, o intensivista suspendeu a profilaxia com HNF. No entanto, em sessão de hemodiálise 4 horas antes da traqueostomia, o paciente recebeu 7500 UI da droga. Foi solicitado coagulograma, que estava dentro do limite da normalidade. Nenhuma complicação hemorrágica imediata ou tardia foi observada com a realização do procedimento. A.A.O segue internado na unidade de terapia intensiva em tratamento clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado alude à controversa discussão sobre o uso de antiagregantes plaquetários no período perioperatório. Conforme demonstram as publicações de Cabrini et al (2008); Mariani, Ciccone e Marinangeli (2015), casos semelhantes foram conduzidos com técnica percutânea sem complicações. Na situação abordada, tendo em vista a média complexidade do serviço e maior experiência do cirurgião com a técnica cirúrgica, esta foi preferida. Diante do êxito obtido e considerando a futura realização de mais estudos, ampliando a amostra e comparando as duas técnicas, espera-se maior facilidade na condução de pacientes que se beneficiam de traqueostomia, mas necessitam do uso contínuo de DAP.</p>	<p>MUCOCELE DE APÊNDICE : RELATO DE CASO</p> <p>JOSE ROBERTO CAVALCANTE DE NOVAIS, LAVINIO JULIANO ARAUJO BARBOSA, MARCIO MONTEIRO DAVILA MELO, JHONAT THAYLSON DA SILVA, MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho - Arapiraca - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mucocèle do apêndice é considerada rara e ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas. Esse termo é dado a dilatação cística que ocorre por acúmulo de material mucinoso em sua luz. Foi reconhecida como entidade patológica por Rokitansky em 1842. Em 1942, Woodruff e McDonald e classificaram tanto sob forma benigna, como a mucocèle simples e o cistadenoma mucinoso, quanto na forma maligna, como o cistadenocarcinoma mucinoso. Devido ao seu difícil diagnóstico pré-operatório, por ter uma sintomatologia variável, a maioria dos diagnósticos é feita durante as cirurgias por outras patologias, ou por achado histopatológico nas peças cirúrgicas. Esse relato tem como objetivo enfatizar a importância da definição de uma conduta cirúrgica mais adequada a esta patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: M.P.G, sexo feminino, 58 anos, com relato de dor abdominal, náusea, inapetência e perda de peso há 3 meses. A palpação abdominal apresentava tumoração móvel, de consistência endurecida, levemente dolorosa em fossa ilíaca direita. Solicitado tomografia de abdome que demonstrou lesão tubuliforme com aproximadamente 5,8 x 2,8 x 2,8 cm sugestivo de mucocèle de apêndice. Realizada Apendicectomia, que demonstrou na histologia neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice, com margens cirúrgicas livres.</p> <p>DISCUSSÃO: A mucocèle de apêndice apresenta em maior frequência em mulheres (4:1) com mais de 50 anos. E seu diagnóstico pré-operatório é raro, sendo na maioria das vezes confundido com apendicite aguda ou cisto ovariano. Citado pela primeira vez no ano de 1876, o termo mucocèle, tinha como definição a presença de um apêndice alargado, com conteúdo mucoso. Inicialmente, quando descrita por Rokitansky 1842, acreditava-se isso se dava devido a presença obstrução ou inflamação do apêndice causada por fekalitos, porém atualmente se sabe que está associada à presença de três fatores: obstrução crônica da luz, esterilidade do conteúdo e atividade secretória contínua do epitélio. Podendo essas causas serem distribuídas em três tipos onde acaba-se por destinar o termo mucocèle somente para as do Tipo I, denominando de mucocèle neoplásica as do Tipo II e III, pois estas são originadas da abundante produção de muco por epitélio neoplásico. Os sintomas mais comuns são a dor abdominal emagrecimento e massa palpável em fossa ilíaca direita, e alguns sugerem que quanto maior a displasia mais exuberantes são os sintomas. O tratamento deve ser cirúrgico e o diagnóstico pré operatório é de fundamental importância, já que a rotura acidental intra-operatória do apêndice pode causar disseminação intraperitoneal de um tumor maligno produtor de mucina (pseudomixoma peritoneal). No caso das mucocèles tipo III a indicação é a colectomia direita. Nos casos tipo I e tipo II, a apendicectomia é o procedimento indicado.</p>
<p>PO 418-1</p> <p>GASTROPLASTIA VERTICAL NO TRATAMENTO CIRURGICO DA OBESIDADE</p> <p>Andersson Soares Moreira, Cinddy Geovana Castro Aguiar, Ícaro Henrique Mageste da Mota Bastos, Isabella Araújo Nobre, Lucas Campos Rodrigues, Maíra Garcia de Andrade, Monaliza Lúcio Mendes Reis, Vanessa Gregório de Góes</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A técnica operatória da gastroplastia vertical (GV) foi descrita por Marceau e Hess como primeira etapa em um "duodenal switch", posteriormente foi difundida como um procedimento eficiente para o tratamento da obesidade. Com este procedimento observa-se uma perda ponderal significativa, o que permite a suspensão da etapa intestinal, na qual ocorreria a retirada do duodeno. Essa técnica tem a vantagem de não gerar problemas de má-absorção, como de ferro e cálcio, pelo fato de não alterar o contato dos alimentos com as paredes intestinais e com suas respectivas enzimas digestivas. Além disso, por não possuir anastomoses digestivas, oferece menor risco de complicações no pós-operatório em comparação a outras técnicas. Dessa forma, o tema tem grande relevância cirúrgica devido as diferentes técnicas de cirurgia bariátrica que se enquadra de acordo com o perfil do paciente. Sendo importante as publicações sobre o procedimento para relatar o que deve ser realizado, seus benefícios e desvantagens.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de uma gastrectomia vertical em sleeve em uma mulher de 50 anos, hipertensa, em tratamento com losartana 50mg/dia, portadora de um IMC=38 e com tentativas de emagrecimento há mais de dez anos (fármacos, atividades físicas, tratamento psicológico) mas sem sucesso terapêutico e reganho de peso. A priori, instalou-se pneumoperitônio e cinco trocarétes no abdome e fez a ligadura dos vasos da grande curvatura. A desvascularização e a gastrectomia foram iniciadas na altura do piloro estendendo-se ao ângulo esofagogástrico. Seccionou-se as coalescências da parede posterior do estômago e estruturas adjacentes para um grampeamento simétrico entre a parede posterior e anterior. Grampeou-se a partir do piloro em direção ao antro gástrico, introduziu a sonda pela boca até a luz duodenal. A partir da incisura angular foi feito grampeamento justo à sonda modeladora e secção em direção à cárdia. Finalizou-se com sobressutura da linha de grampeamento e drenagem da cavidade peritoneal.</p> <p>DISCUSSÃO: A obesidade é a segunda principal causa de morte e uma epidemia fora de controle com altos custos. Assim, a escolha pela GV tem aumentado por se apresentar como efetivo à perda de peso, demonstrar baixa morbimortalidade e bons resultados pós-operatórios. No caso, a paciente está coerente às indicações de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: IMC>35 kg/m² mais comorbidade (hipertensão arterial); mais de 2 anos de tratamento clínico prévio ineficaz, etc. Contudo, essa técnica operatória não está totalmente padronizada, além de não haver consenso em relação ao calibre da sonda utilizada para o "molde" intragástrico e para determinação do diâmetro do estômago remanescente. Há também complicações pós-operatórias comuns como o aparecimento de fístulas e a doença do refluxo gastroesofágico. Sendo assim, o levantamento de relatos de casos como esse possibilita a compreensão da eficácia e aprimoramento da técnica cirúrgica.</p>	<p>PO 418-2</p> <p>FISTULA CAROTIDO-CAVERNOSA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Estevao Ramon Chichelero, Francisco Da Silva, Manoela Batista Garcia, Anna Letycia Brignoli Lima, Emily Silveira Neto, Paulo Mesquita Filho</p> <p><i>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO - PASSO FUNDO - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula carótido-cavernosa é o fluxo sanguíneo entre a artéria carótida interna e o seio cavernoso. Essa comunicação arteriovenosa apresenta intenso fluxo e alta pressão, apresentando quadro clínico característico. O desvio do fluxo de sangue cérebro-vascular acarreta no comprometimento das estruturas anatómicas nutridas pelo seio cavernoso. Ocorre tipicamente na presença de proptose pulsátil com sopro e podendo, na maioria das vezes, apresentar-se como conjuntivite, glaucoma unilateral ou doença de Graves.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 65 anos, hipertensa, chega à emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo referindo aumento de volume no globo ocular direito há aproximadamente 3 anos, associada a redução da acuidade visual ipsilateral. Negava demais sintomas sistêmicos ou neurológicos. Ao exame físico, apresentava hiperemia conjuntival à direita com proptose, Glasgow 15 e acuidade visual reduzida. Não apresentava sinais de irritação meníngea ou déficit motor. A Tomografia Computadorizada de órbita foi compatível com fistula carótido-cavernosa à direita, com imagem sugestiva de aneurisma sacular entre os segmentos cavernoso e oftálmico da artéria carótida interna direita. Angioresonância de encéfalo demonstrou lesão em região orbital direita, possivelmente relacionada à lesão expansiva. Angiografia tornou evidente uma fistula carótido-cavernosa à direita, com drenagem para a veia oftálmica superior direita, nutrida pelas artérias carótidas interna e externa direita e interna esquerda, compatível com fistula do tipo IV de Barrow. Foi programado tratamento endovascular, o qual ocorreu sem intercorrências, havendo embolização parcial de fistula dural de seio cavernoso. Paciente recebeu alta hospitalar 4 dias após o procedimento e segue assintomática e estável clinicamente até a data do presente relato.</p> <p>DISCUSSÃO: Os resultados terapêuticos da patologia evoluem com êxito em 85-90% dos casos em diferentes séries, no entanto, uma ausência crônica de perfusão adequada dos sítios envolvidos pode gerar o desenvolvimento de oclusão venosa, retinopatia proliferativa, hemorragia vítrea, paralisia de nervos cranianos, amaurose e epistaxe, o que pode causar risco iminente de vida ao paciente. Nesse contexto, o caso apresentado obteve sucesso terapêutico através de exame clínico, tomografia computadorizada e angioresonância em uma primeira etapa e, posteriormente, angiografia cerebral e cervical, as quais confirmaram a fistula. O tratamento endovascular, procedimento atual de eleição, tanto por via arterial quanto venosa foi escolhido.</p>

PO 419-1	PO 419-2
<p>COMPLICAÇÃO POS BARIATRICA TARDIA EM HOSPITAL NO EXTREMO NORTE DO BRASIL</p> <p>Augusto Afonso Botelho Neto, Ana Paula Magalhães Souza, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Pedro Gomes Lins de Carvalho, Hikaro Vinicius Galvão Dantas, Rafaela Xaud Rodrigues, Anne Katten Damasceno Uchôa Thomé</p> <p><i>Hospita Geral de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade mórbida é uma doença crônica de etiologia multifatorial caracterizada pelo excesso de gordura corporal, cujo fracasso no tratamento clínico e terapêutico leva a necessidade de intervenção cirúrgica. Atualmente, estima-se que mais de 18% da população brasileira encontra-se obesa, apresentando um número crescente de novos casos. Devido a este fato aumentaram-se o número de realizações de cirurgias bariátricas, logo, de suas complicações. As principais complicações cirúrgicas pós-bariátrica relatadas são: Distensão do remanescente gástrico; Estenose estomacal; Úlceras marginais; Síndrome da cana doce; Hérnia incisional; Hérnia interna; Obstrução de intestino delgado; Sd do intestino curto; Sd de Dumping; Distúrbios metabólico e nutricionais; Nefrolitíase; Hipoglicemia pós-operatória; Mudanças no hábito intestinal; Fistula Gástrica; Incapacidade de emagrecer ou de recuperar peso. Este caso apresenta uma paciente que foi submetida a uma Gastroplastia em Y de Roux, que em seu pós-cirúrgico apresentou complicações após 3 meses com estenose e que também apresentou complicações tardia, sendo ela uma obstrução intestinal devido a uma brida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 30 anos, feminino, natural de Boa Vista-RR, foi admitida no PAAR em outubro de 2018. Relatava história de dor em epigástrico, tipo cólica há 24 horas, com progressiva piora que se associava a náusea e vômitos. Negava febre e comorbidades, afirmava episódios semelhantes prévios. Um ano antes relata ter realizado uma Gastroplastia, a qual complicou com estenose e teve que ser submetida à EDA três meses após cirurgia para resolução da complicação. Ao exame físico apresentava-se em REG, fácies de dor, eupneica em ar ambiente, hipocorada 1+/4+, hidratada, AAA, sem edemas, FC: 90 bpm/ PA: 140x80 mmHg. Abdome encontrava-se RHA (+), timpânico, traube livre, mas ainda depressível, flácido, levemente doloroso de forma difusa e sem sinais de peritonite. Foi solicitado exames laboratoriais e raio X de abdome, sendo diagnosticada com Síndrome de obstrução intestinal (semioclusão/ não complicada). Foi submetida a uma laparotomia exploradora onde foi evidenciada a presença de brida, tendo sido corrigida. Teve evolução adequada no pós-operatório, não tendo mais complicações durante o seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia bariátrica apresenta uma série de complicações que variam com o tipo de procedimento. Devido ao aumento desse tipo de cirurgia, tornou-se prioridade monitorar os resultados cirúrgicos. O bypass gástrico é o procedimento, atualmente, mais realizado. A grande maioria dos procedimentos utiliza técnicas de laparoscopia. Apesar de segura, várias complicações podem ocorrer conforme variados graus de morbidade e mortalidade. As de maior impacto referem-se a úlceras na anastomoses, sangramento intestinal, úlcera gástrica duodenal do segmento excluído, torção do braço do Y-de-Roux, obstrução de alça, estenose do estoma e colelitíase.</p>	<p>RELATO DE CASO DE BOLA FUNGICA EM CAVIDADE SEQUELAR DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Lucelia Oliveira Santos, Renato Miranda Ramalho Filho, Luis Flávio Quinta Junior, Hugo Weysfield Mendes, Antonio Oliveira dos Santos Junior, Paulo Henrique Dias Moraes</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína – Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A aspergilose pulmonar se dá por inalação de esporos da espécie <i>Aspergillus</i>, que se depositam em cavitações pulmonares. As manifestações clínicas compreendem tosse produtiva, perda de peso, astenia, dor torácica e hemoptise que pode ser intensa e fatal. O tratamento quando já instalada a lesão fúngica deve ser cirúrgico. A retirada do parênquima acometido, promove a prevenção de hemoptise, do crescimento do aspergiloma pulmonar, preservação do parênquima saudável e erradicação do componente piogênico, levando a uma qualidade de vida. OBJETIVOS: Realizar um relato de caso de um paciente que realizou lobectomia superior direita devido a infecção oportunista do fungo decorrente de lesão pulmonar causada por PAF (Perfuração Por Arma de Fogo). METODOLOGIA: Realizou-se um trabalho de natureza descritiva, tipo relato de caso, com pesquisa bibliográfica seguida de trabalho documental e engloba em um estudo verídico. Foram analisados os prontuários de internação do paciente em questão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente F.E.A.R., masculino, 41 anos, vítima de PAF em 2006, que atingiu borda esternal esquerda com trajo para HTD ântero-posterior, atendido no serviço de emergência realizado drenagem torácica e suporte clínico resolutivo. Em 2009, iniciou quadro de escarros hemoptoicos intermitente, associado à febre baixa, astenia e dispneia aos grandes esforços, acompanhado em UBS com melhora clínica. Em 2013, com a recorrência dos sintomas, foi diagnosticado com pneumonia fúngica em outro serviço hospitalar, tratado com itraconazol por cinco meses, com melhora clínica. Em 2015, iniciou o mesmo quadro, associada a rouquidão e perda ponderal de 7kg. Negou dor torácica, DM, HAS, doenças pulmonares, IST, relata tabagismo há 20 anos. Aos exames apresentava MV reduzido difusamente e abolido em base de HTD, radiografia de tórax com moderado derrame pleural a direita e espessamento pleural sendo encaminhado para o Hospital Regional de Araguaína (HRA). A broncoscopia sem alterações, cultura para bactérias, fungos e BAAR, todos negativos e, os exames laboratoriais constatarem leucocitose de 12.710, 83% de neutrófilos, 35 de bastões e plaquetas de 563.000. Diagnosticado com pneumonia comunitária e tratado com Levofloxacino. Em 2019, após rescindir os sintomas, foi diagnosticado com aspergiloma por exame de TC de tórax, é submetido a uma lobectomia pulmonar superior à direita, indicada pelo quadro de hemoptise recidivante; biopsia com resultado de pneumonite com cavitação associado a presença fúngica do gênero <i>Aspergillus</i> sp. associado a extensas áreas exsudativas, fibrose, congestão e hemorragia que alcançam a pleura. Negativo para malignidade. Deu-se seguimento com itraconazol, ertapenem e vancomicina com boa evolução do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: O aspergiloma pulmonar possui um curso clínico indolente ao longo de meses ou anos. Optou-se pela lobectomia pulmonar devido o quadro de hemoptise de repetição, por risco de hemoptise volumosa, que tem alto índice de mortalidade.</p>
<p>PO 419-3</p> <p>MANEJO DA INSTALAÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS EM ARVORE RESPIRATORIA: RELATO DE CASO</p> <p>Vanessa Araújo Alves, Gabriella Bento de Moraes, Bárbara Madruga Cavalcanti, Ana Beatriz Henriques Feliciano de Medeiros, Stéfany Lima Pontes, Monica I A Leite, Francisco Queiroga</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A aspiração de corpo estranho (CE) para vias aéreas inferiores é comumente relatada em crianças. Incomum em adultos, nessa faixa etária está relacionada à aspiração acidental de ferramentas de trabalho ou de fragmentos ósseos da cavidade oral. A presença de sintomas ocasionados pela inalação inadvertida de um objeto para o aparelho respiratório, bem como sua gravidade, depende do grau de obstrução das vias aéreas, pois em graus menores e em localização de árvore brônquica distal, produzem sintomas mais leves. A ausência de sintomas pode retardar o diagnóstico, visto que a presença dos mesmos direcionaria imediatamente o manejo por meio da broncoscopia flexível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.S.N., sexo masculino, 42 anos, foi submetido a tratamento odontológico, sob anestesia local consciente, no qual o dentista percebeu a ausência da ponteira metálica da broca utilizada. Apesar de o paciente não referir sensação de deglutição ou de engasgo, ou outras sintomatologias, foi encaminhado para o serviço de endoscopia digestiva alta (EDA), com a hipótese de deglutição desse instrumento. Após 6 horas do ocorrido, realizou-se EDA, negativa para CE em trato gastrointestinal alto (TGIA). Embora tenha permanecido assintomático, submeteu-se a radiografia de tórax nas incidências PA e perfil, em que se evidenciou o CE, demonstrando uma imagem radiopaca linear, compatível com o formato da broca, localizada no brônquio inferior direito. Em sequência, o cirurgião torácico removeu o CE, por broncoscopia flexível, sob sedação, sem dificuldades. O paciente teve alta no mesmo dia, em uso de prednisona 20mg/dia durante três dias.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente relato é importante para que se ratifique a necessidade de um diagnóstico precoce de tal situação, para que não se ultrapasse a fase assintomática, que ocorre em cerca de 57% dos pacientes. Isso pode retardar o diagnóstico e evoluir para apresentação clínica aguda da tríade clássica (tosse, sibilância e murmúrio vesicular diminuído) associada à história de pequenos objetos metálicos desarticulados na cavidade oral, embora seja incomum. Dessa forma, a retirada do CE através da broncoscopia flexível, deve ter manejo urgente para que ocorra durante a fase de inflamação brônquica inicial, evitando a evolução para a fase progressiva granulomatosa pulmonar. No caso evidenciado, a ausência da broca, percebida pelo dentista, motivou a busca do paciente pelo serviço de endoscopia digestiva, visto que a hipótese diagnóstica inicial era de provável deglutição do objeto. Provavelmente a falta de percepção pelo paciente no momento da deglutição deve-se a resíduos de anestesia tópica sobre as mucosas digestiva e aéreas superiores. Frente ao não aparecimento da ferramenta no TGIA, surgiu a hipótese de broncoaspiração, que ao ser confirmada, deu seguimento ao tratamento aqui descrito. A broncoscopia é o método padrão ouro para a remoção de corpos estranhos instalados nas vias aéreas, com taxas de sucesso de aproximadamente 98%.</p>	<p>PO 420-1</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME DISABSORTIVA CAUSADA POR CIRURGIA DE SCOPINARO</p> <p>Rebeca Ferreira Souza, Leticia Cunha Lima, Jessica Barbosa Martins Santos, Marcio Rivison Silva CRUZ, Marcus Almeida Correia Lima, Wagner Luiz Lora Filho</p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome Disabsortiva é uma das principais condições clínicas decorrente da cirurgia para tratamento da obesidade pelo método de Scopinaro. A Má Absorção de nutrientes pelo intestino delgado pode ocasionar desnutrição e comprometimento na absorção de vitaminas, minerais e oligoelementos. Sendo a diarreia e a esteatorreia as principais causas dessa síndrome. Este caso trata-se de uma paciente portadora de Síndrome Disabsortiva, causada por cirurgia de Scopinaro, sem melhoras com tratamentos clínicos, reabordada por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino submetida a derivação biliopancreática (Scopinaro) pela via convencional (laparotomia), há 3 anos, para tratamento de obesidade grau II. Passados 15 dias após a cirurgia iniciou quadros de diarreia crônica, com múltiplas dejeções líquidas diárias. Cursou com anemia, a despeito do tratamento clínico (polivitamínicos, sulfato ferroso, subsalicilato de bismuto, reposição parenteral de ferro, dentre outros). Nos últimos 6 meses apresentou episódios de melena tendo sido associada às doenças orificiais que apresentava (doença hemorroidária e fissuras anais). Nessa época queixava-se de epigastralgia refratária, tendo sido submetida a endoscopia (EDA), a qual evidenciou doença ulcerosa péptica em topografia de boca anastomótica.</p> <p>DISCUSSÃO: Após avaliação clínica e exames complementares foi optado pelo tratamento cirúrgico; submetida a videolaparoscopia diagnóstica, foram identificadas múltiplas aderências intestinais; após adesiólise criteriosa foi optada pelo Bypass associado a gastroctomia vertical. Evoluiu sem intercorrências no primeiro dia pós-operatório (DPO), recebendo alta hospitalar no terceiro DPO. Neste caso, diante o insucesso ao tratamento clínico, a cirurgia mostrou-se benéfica, visto à remissão do quadro diarreico e da desnutrição protéica sem anemia associada.</p>

PO 420-2	PO 420-3
<p>RESSECÇÃO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EM PALPEBRA E RECONSTRUÇÃO FACIAL COM RETALHO MIOCUTÂNEO DO MUSCULO ROMBOIDE MAIOR</p> <p>Pedro Henrique Cardoso Dall'Agnol, Félix Kalicki Castilho, Júlia Tonietto Porto, Juliana Menezes Zacher, Laetitia Trindade, Lucas Pastori Steffen, Matheus Presa Barbieri</p> <p><i>ULBRA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Sabe-se, atualmente, que o Carcinoma Espinoceleular (CEC) de cabeça e pescoço se configura como um dos tipos de neoplasias com maior morbimortalidade no Brasil, devido à demora no diagnóstico do mesmo, e que o maior fator de risco associado ao aparecimento dos tumores de cabeça e pescoço é o tabagismo. Em relação aos tumores que afetam a região periorbital (conjuntiva bulbar, pálpebra), o CEC necessita usualmente de uma abordagem mais agressiva, o que pode levar à exenteração do globo ocular e seus anexos. Segundo diversos estudos, há uma prevalência maior de caso em indivíduos do sexo masculino, brancos, acima de 60 anos de idade. O caso relatado a seguir difere do padrão mais prevalente, pois trata-se de uma mulher, branca, com menos de 60 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G. C. M, feminino, branca, 55 anos, do lar, ex-tabagista (33 anos/maço), etilista social. Foi encaminhada da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o ambulatório do Hospital Santa Rita da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Foi constatado lesão ulcerada (sem cicatrização há mais de 3 anos) em pálpebra inferior esquerda, que se estendia lateralmente cerca de 3,5cm. A biópsia da lesão foi agendada para o dia seguinte, e o exame anátomo-patológico mostrou o diagnóstico do CEC. A cirurgia para retirada da lesão, com consequente exenteração do globo ocular, foi realizada em janeiro de 2017. A lesão iniciada em pálpebra inferior esquerda estendia-se também para o osso frontal, e anexos oculares, como os músculos retos e oblíquos do olho afetado. Para o fechamento da ferida operatória, utilizou-se inicialmente um retalho mio-cutâneo da região frontotemporal. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, entretanto, 6 dias após o procedimento, o retalho mostrou perfusão deficitária à compressão digital, palidez e baixa temperatura à palpação, sendo constatada necrose tecidual. A paciente foi levada novamente ao bloco cirúrgico no 7º dia de pós-operatório para retirada do retalho frontotemporal necrosado, e, aproveitando o mesmo procedimento anestésico, foi confeccionado um novo retalho a partir do músculo romboide maior. A segunda cirurgia ocorreu bem, sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com o novo retalho mantendo boa perfusão, temperatura e coloração. Atualmente, a paciente encontra-se em follow-up no serviço de cabeça e pescoço, radioterapia e cancerologia clínica do Hospital Santa Rita da ISCMPA.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à alta morbimortalidade do CEC de cabeça e pescoço, faz-se necessário um melhor treinamento de profissionais da saúde, para que casos semelhantes cheguem aos centros terciários de atenção o quanto antes, para a realização de cirurgia, a fim de melhorar o prognóstico destes pacientes. Em relação aos retalhos confeccionados para o fechamento da ferida operatória, concluímos que a utilização do músculo romboide maior configura uma boa opção nos casos em que há necrose do retalho inicial (frontotemporal), como ocorreu com a paciente relatada.</p>	<p>VOLVO DE ILEO: RELATO DE CASO</p> <p>LUCIANO GOSSANI TEIXEIRA DE OLIVEIRA, REBECA GALVAO NOGUEIRA CHAVES, TALES HENRIQUE DE SOUZA FERREIRA, VINICIUS BRASIL FREITAS CRUZ, GUILHERME GUEDON DE OLIVEIRA</p> <p><i>Hospital Santa Teresa - Petropolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Volvos intestinais são situações onde ocorrem torções de segmento intestinal em torno do seu próprio eixo, ocasionando assim uma importante causa de abdome agudo obstrutivo. O quadro clínico mais comum se apresenta com dor abdominal, parada da eliminação de flatos e fezes e, em alguns casos, podendo evoluir para isquemia, necrose e perfuração. Sua principal sede de ocorrência é o sigmoide, podendo ser encontrado, em situações menos comuns, no ceco, transverso, íleo terminal e até no estômago. Sua incidência está relacionada aos hábitos alimentares, principalmente na população do Oriente Médio e Índia, por apresentarem um mesentério pobre em gorduras e com maior propensão a torções, e história de cirurgias prévias, em decorrência de bridas, raramente ocorrendo na ausência destes fatores. O presente trabalho tem como objetivo descrever o caso de uma paciente com volvo de íleo, bem como sua revisão da literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 37 anos, vegana, com história de dor abdominal associada a sintomas obstrutivos há seis dias, estável hemodinamicamente. Ao exame apresentava-se com abdome distendido, doloroso difusamente, com descompressão dolorosa. TC de abdome evidenciava distensão de alças de íleo, com paredes espessadas, aspecto de torção em região ileal, com sinais de sofrimento vascular. Foi realizada laparotomia exploradora onde evidenciou-se volvo em região ileal, próximo à válvula ileocecal, com alças apresentando sinais de sofrimento vascular. Procedeu-se então com enterectomia segmentar de aproximadamente 1,5m, com anastomose latero-lateral de íleo médio com cólon ascendente, sem intercorrências e com boa evolução em pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo é uma causa de abdome agudo obstrutivo, rara em adultos, população ocidental e em pacientes sem cirurgias prévias. O caso em questão aborda uma paciente que, embora não apresente história cirúrgica e não seja procedente das áreas com maior incidência, apresentava-se como biotipo corporal magra e com hábitos alimentares veganos, o que poderia constituir o fator causador da ocorrência do volvo. Pelo potencial de gravidade do caso, essa patologia deve ser considerada nos diagnósticos diferenciais, a fim de se evitar desfechos desfavoráveis, assim como também se faz necessário que mais estudos sobre o tema ajudem a esclarecer os fatores de risco e uma maior compreensão da fisiopatologia da doença.</p>
<p>PO 421-1</p> <p>RELATO DE CASO: CARCINOMA GÁSTRICO EM ESTOMAGO EXCLUSO DOZE ANOS APÓS GASTROPLASTIA REDUTORA EM Y DE ROUX</p> <p>Bárbara Parente Coelho, Paulo Lucisano Bin, Celso Vieira Souza Leite, Walmar Kerche Oliveira, Luiz Eduardo Naresse</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Botucatu - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico representa a 5ª neoplasia maligna mais diagnosticada e a 4ª causa de morte associada a neoplasia no mundo. Em estudos recentes a obesidade tem se associado de forma importante a este tipo de neoplasia, mesmo em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. A incidência do câncer gástrico nestes pacientes, apesar de baixa é maior que na população geral, representando 0,8% dos casos. O prognóstico costuma ser reservado devido ao diagnóstico tardio, o que se justifica pela sintomatologia inespecífica e pela dificuldade do acesso ao estômago excluído pelas técnicas clássicas, como a Endoscopia digestiva alta.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 65 anos, antecedente de Gastroplastia redutora com reconstrução em Y de Roux há 12 anos comparece a consulta com dor abdominal intensa há 15 dias em epigástrico e abaulamento local. Negou perda ponderal. Ao exame apresentava massa palpável volumosa, móvel e sem irregularidades. A tomografia de abdome evidenciou espessamento parietal em antro e piloro gástricos. Devido a suspeita de lesão maligna optado por Laparotomia. No intra-operatório identificado estômago excluído com distensão importante, realizado punção, com saída de 2500 mL de líquido citrino. Identificado processo tumoral em região antro-pilórica com infiltração da serosa, aderência em cabeça pancreática e retroperitônio. Retirados fragmentos da parede gástrica e peritônio, e encaminhados para congelação que identificou respectivamente, carcinoma pouco diferenciado com invasão da parede gástrica e infiltração de carcinoma de células incoesas de alto grau nuclear com invasão angio-linfática. Optou-se na sequência pela gastrostomia descompressiva. Paciente permaneceu sob cuidados intensivos por 48h, apresentou boa evolução clínica, recebendo alta no 4º dia de pós-operatório com seguimento ambulatorial com a Oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: O seguimento dos pacientes submetidos a Gastroplastia em Y de Roux demonstrou maior risco de câncer gástrico quando comparado a população geral. A cirurgia apresenta-se como fator de risco apesar de seus mecanismos não estarem completamente elucidados. A teoria mais aceita atribui o contato crônico da mucosa gástrica com a secreção biliar, levando a uma inflamação crônica, que predispõe a carcinogênese. O diagnóstico nestes pacientes tem se mostrado um desafio, devido ao difícil acesso ao estômago excluído e ao quadro clínico inespecífico. A endoscopia digestiva alta muitas vezes não ultrapassa o Y de Roux, sendo incapaz de avaliar alterações da mucosa gástrica que poderiam acelerar o diagnóstico e identificar lesões precursoras. Nesse contexto, novas técnicas como a Enteroscopia e Ultrassonografia endoscópica têm se mostrado úteis, e acelerado o diagnóstico, no entanto ainda são uma realidade distante para maior parte da população, e muitas vezes a laparotomia é indicada. Desta forma um alto índice de suspeição para neoplasia maligna deve ser considerado para estes pacientes e deve-se proceder precocemente a investigação.</p>	<p>PO 421-3</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HEMATOMA INTRAMURAL DUODENAL POS ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA</p> <p>Thiago Vasconcelos Andrade, Gustavo Peixoto Soares Miguel, Henrique Menezes Tristão, Isaac Walker de Abreu, Talitha Maria Martins Fosse</p> <p><i>Hospital Meridional - Cariacica - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hematoma intramural duodenal é uma condição encontrada principalmente nos traumas abdominais contusos em crianças, sendo uma complicação rara no procedimento de biópsia por Endoscopia Digestiva Alta (EDA), relatada na literatura em crianças e adultos com coagulopatias. Acredita-se que fatores associados entre a manipulação do endoscópio, a anatomia (fixação relativa do duodeno, posição próxima à coluna vertebral e rico plexo vascular submucoso) e a predisposição de alguns indivíduos (coagulopatias, cirrose, insuficiência renal terminal e leucemias) podem explicar a fisiopatologia da formação dos hematomas intramurais no duodeno.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 18 anos, submetido à EDA eletiva devido a sintomas dispépticos, com achados inespecíficos e realizado biópsias em esfago, estômago e duodeno. No mesmo dia do procedimento o paciente iniciou quadro de epigastralgia, náuseas e vômitos, procurando o Pronto-Socorro (PS) com melhora dos sintomas após sintomáticos endovenosos, apresentando somente alteração do valor de INR (1,3) nos exames laboratoriais. Porém, no dia seguinte procurou novamente o PS devido a piora dos sintomas. Solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com contraste via oral evidenciando "massa" em topografia de duodeno. Após 48 horas do procedimento foi realizado Angiotomografia de abdome total evidenciando imagem sugestiva de hematoma intramural extenso de duodeno, ocasionando obstrução intestinal alta, sendo possível observar o estômago dilatado e presença do contraste via oral ingerido no dia anterior. Optado por conduta conservadora e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo realizado sondagem nasogástrica (SNG), hidratação endovenosa, início de dieta parenteral e dieta zero via oral. Evoluiu com melhora dos sintomas nas primeiras 24 horas de internação, sendo retirada SNG. Após 72 horas de internação, recebeu alta da UTI para enfermaria, com melhora progressiva dos sintomas. Realizado nova Angiotomografia de controle, sendo evidenciado redução do hematoma intramural de duodeno. No quinto dia de internação foi realizado seriografia com contraste via oral observado-se a passagem de contraste para o intestino delgado, sendo então liberado dieta hídrica de prova, porém mantida nutrição parenteral total. O paciente mantém evolução progressiva do quadro clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: Conforme o tamanho do hematoma intramural a luz intestinal pode ser obstruída, levando ao quadro clínico característico de obstrução intestinal como dor abdominal, náuseas, vômitos e distensão abdominal. Em algumas situações também pode ocorrer a obstrução da Papila de Vater, ocasionando pancreatite e icterícia. O diagnóstico é realizado por exame imagem, sendo a TC de abdome o método mais indicado. Os casos de hematoma intramural não complicados apresentaram boa evolução e desfecho favorável no tratamento conservador, tendo como base a nutrição parenteral total, hidratação e reposição de eletrólitos, sendo assim a conduta de escolha.</p>

PO 422-2	PO 423-3
<p>RESSEÇÃO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE RECIDIVANTE EM BASE DE CRÂNIO</p> <p>Pedro Henrique Cardoso Dall'Agnol, Félix Kalicki Castilho, Júlia Toniello Porto, Juliana Menezes Zacher, Laetitia Trindade, Lucas Pastori Steffen, Matheus Presa Barbieri</p> <p><i>ULBRA - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço é um dos tipos de neoplasia com maior morbimortalidade no Brasil, e está diretamente relacionado ao tabagismo, e, também, ao etilismo. Estes tumores apresentam taxas de recidiva elevadas, o que explica a taxa de mortalidade de cerca de 39% em 5 anos após tratamento de recidiva.</p> <p>RELATO DE CASO: P. R. G., 62 anos, branco, masculino, marceneiro, tabagista (48 anos/maço), etilista inveterado. Paciente encaminhado da Unidade Básica de Saúde do seu município de origem há 7 anos para o serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Rita da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Em sua primeira consulta, o paciente relatou disfagia, disfonía e linfonodo palpável em região cervical anterior, os quais foram percebidos há cerca de 7 meses, com evolução progressiva. Ao exame físico, paciente apresentava forte odor tabágico e massa palpável, com cerca de 2,7cm em seu maior eixo, em região cervical anterior direita, indolor, fixa, de limites irregulares e consistência pétreo. Fora solicitado exames laboratoriais pré-operatórios, e nasolaringoscopia para elucidação diagnóstica. A nasolaringoscopia evidenciou lesão vegetante de aproximadamente 3cm em terço proximal laringeo, de limites imprecisos, com septações grosseiras, sanguinolenta, com implantação na prega vocal direita, que estava edemaciada, e com dificuldade vibratória ao estímulo vocal. Neste procedimento, retiraram-se dois fragmentos da lesão e enviados para estudo anátomo-patológico, que diagnosticou carcinoma epidermóide. O paciente foi submetido à laringectomia total, em março de 2013, e teve boa evolução pós-operatória imediata. No 4º ano após a cirurgia, em ressonância nuclear magnética de controle, fora evidenciada lesão recidivante em fossa anterior da base do crânio. Após discussão com o serviço de Neurocirurgia e Radioterapia, o paciente realizou radioterapia neoadjuvante, com diminuição parcial da lesão. Três meses após o tratamento radioterápico, o paciente foi encaminhado à cirurgia. A abordagem cirúrgica foi feita via nasal e transcraniana, junto à equipe de neurocirurgia. A lesão óssea foi ressecada parcialmente, estava contida no osso esfenóide, e media cerca de 4,2cm. O paciente ficou internado em unidade de terapia intensiva por 4 dias, sem complicações pós-operatórias, e, após melhora clínica, permaneceu por mais 17 dias em enfermaria no Hospital São José. Em consulta de seguimento, 1 mês depois, apresentava-se em bom estado geral, sem sinais focais, alimentando-se por sonda nasogástrica, com boa evolução da ferida operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à irressecabilidade total da lesão, questiona-se a utilização de quimioterapia paliativa no caso relatado, reservada aos casos em que uma nova intervenção cirúrgica é considerada inviável. Ademais, o que deve ser pensado, neste sentido, é que há chance de este paciente apresentar uma nova recidiva, caso não se intervenha na lesão residual, o que viria a diminuir ainda mais sua sobrevida.</p>	<p>PERFURAÇÃO POR CORPO ESTRANHO EM ÍLEO TERMINAL : RELATO DE CASO</p> <p>LAVINIO JULIANO ARAUJO BARBOSA, JOSE ROBERTO CAVALCANTE DE NOVAIS, KARLOS HENRIQUE FERREIRA LEÃO LISBOA, MÁRCIO MONTEIRO DAVILA MELO, INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatos na literatura de complicações devidas à ingestão de corpos estranhos durante a dieta são frequentes. Os ossos de frango, espinhas de peixe e palitos-de-dente estão entre os mais comuns. Nos grupos de risco incluem crianças, portadores de deficiência mental, pacientes psiquiátricos, por ocasião de ingestão de álcool, ou aqueles que o fazem propositalmente. A maioria dos corpos estranhos ingeridos passa, em até uma semana, por todo o trato gastrointestinal (TGI) sem qualquer intercorrência. Em 1% dos casos, entretanto, ocorrem complicações como perfuração intestinal, principalmente quando se trata de objetos longos e pontiagudos. As perfurações gastrointestinais por corpos estranhos podem se manifestar de diversas maneiras, como sangramentos digestivos, peritonite difusa ou localizada e obstrução. São apresentações menos comuns: pancreatite, abscessos hepáticos, apendicite, fistulas, hérnia inguinal irreductível, intussuscepção e até quadros semelhantes à doença de Crohn. O tempo de aparecimento dos sintomas pode variar de horas a anos após a ingestão. Nas porções abdominal e pélvica do trato digestivo, as lesões ocorrem principalmente em íleo, junção ileocecal e junção sigmoide-retal. Goh et al. descreveram o íleo terminal como o local com mais frequência de perfuração, (39%) seguido pelo jejuno (27%).</p> <p>RELATO DE CASO: M. A. S. sexo feminino, 63 anos, atendida na urgência cirúrgica do Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho/AL com quadro de dor abdominal, febre e vômitos há 48 horas. Ao exame físico apresentava-se eufêmica, febril, normocorada, com dor em andar inferior do abdome, principalmente em fossa ilíaca direita, com sinais de irritação peritoneal. Indicada Apendicectomia. Durante o inventário da cavidade não foram observadas alterações em apêndice cecal, cólon sigmoide ou reto. Optou-se por prosseguir o inventário da cavidade para descartar divertículo de Meckel, quando para nossa surpresa nos deparamos com corpo estranho (espinha de peixe), perfurando o íleo distal há cerca de 20 cm da válvula íleo-cecal, sendo realizada a ileorrafia.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de perfuração por corpo estranho é muitas vezes difícil. Isto ocorre devido à grande quantidade de locais do trato gastro intestinal suscetíveis, ao desconhecimento sobre a ingestão pelo próprio paciente e às várias manifestações clínicas encontradas. Essa possibilidade deve sempre ser pensada em pacientes idosos com sintomas abdominais agudos. O cirurgião geral deve ter sempre em mente a possibilidade de perfuração gastrointestinal em pacientes que apresentam sintomas abdominais agudos atípicos. Em caso de dúvida, deve-se fazer a exploração abdominal. Em um estudo publicado em 2011, pela Revista de Gastroenterologia Digestiva, com 43 pacientes, idade média foi de 37,2, com mediana de 41 anos, (1,8 a 84 anos). O sexo predominante foi o masculino representando 65% dos pacientes. Foi observado predomínio de adultos de 44% dos casos, seguidos de crianças em 35% dos casos e de idosos em 21% dos casos.</p>
<p>PO 424-3</p> <p>A importância da definição diagnóstica de mucocela de apêndice para abordagem terapêutica</p> <p>Henrique Metzker Ferro, Camila Rodrigues Ribeiro, André Metzker Ferro, Vitor Breves De Paiva, Adriano Pamplona Torres</p> <p><i>HRAN / UniCEUB / UnB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mucocela apendicular é um termo que descreve uma patologia caracterizada por apêndice distendido e repleto de conteúdo mucinoso, que varia desde quadros neoplásicos benignos e malignos a casos não neoplásicos. Com predomínio no sexo feminino e entre a 5ª e 6ª década, as neoplasias mucinosas podem ser divididas em três subtipos: adenoma mucinoso, neoplasia mucinosa de baixo grau e adenocarcinoma mucinoso. A suspeita diagnóstica normalmente ocorre de forma incidental, durante a investigação radiológica ou endoscópica de queixas abdominais. Entretanto, o diagnóstico definitivo é possível por meio da análise histopatológica, a qual é realizada após a apendicectomia. A diferenciação entre os subtipos é essencial para a conduta do tratamento pós cirúrgico, que varia desde um tratamento conservador a reabordagens cirúrgicas, quimioterapias adjuvantes ou mesmo evolução para pseudomixoma intraperitoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: EDF, 61 anos, masculino, apresentou-se em PS de cirurgia geral, com quadro de dor em FID há 4 dias. Refere piora progressiva há 48h associada a vômitos, astenia e hiporexia. Abdome em tábua, palpação dolorosa, Blumberg +. Vem encaminhado de serviço particular com exames: Hb 13,9; Leuco 18.200; Bastões 4%; PCR 5; TC de Abdome com contraste evidenciando apêndice de dimensões aumentadas com líquido em seu interior e realce por meio de contraste, sugestivo de quadro de apendicite. Submetido a laparotomia exploradora, identificado bloqueio inflamatório em FID, pus livre na cavidade e apêndice cecal de grande volume, hiperemiado, com tecido desvitalizado heterogêneo em toda sua extensão, sinais de necrose e perfuração de terço médio com saída de conteúdo mucinoso de seu interior, sugestivo de mucocela apendicular rota. Optado por retirada de peça cirúrgica com apêndice cecal, 6 cm de cólon proximal e 10 cm de íleo. Anatomopatológico determinou cistoadenoma mucinoso. Resultado foi questionado pela equipe cirúrgica e solicitada revisão de lâminas em outro laboratório, que por sua vez laudou peça como neoplasia mucinosa de alto grau. Após novas revisões e discussões foi determinado diagnóstico final de cistoadenoma mucinoso. Paciente por fim encaminhado a oncologia e adotada conduta expectante.</p> <p>DISCUSSÃO: A descrição do caso se faz importante por ser uma patologia rara e por muitas vezes desconhecida, mas que pode se fazer presente na prática médica de qualquer cirurgião. Vale ressaltar que a partir de uma tomografia é possível diferenciar uma patologia apendicular não mucinosa de uma lesão mucinosa, fato que não foi observado no relato acima. A suspeita de mucocela já no exame de imagem pré operatório contribuiu para uma abordagem cirúrgica mais preparada. Outro cenário interessante é a diferenciação dos subtipos de mucocela, como visto no caso, o diagnóstico final foi extremamente discutido e revisado, em decorrência das diferentes condutas pós operatórias em cada caso.</p>	<p>PO 425-1</p> <p>GASTRECTOMIA VESTICAL COMO INDUTOR DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO</p> <p>Frederico vila, julianna matos monteiro, kemylla machado souza, mannuella kateb silva</p> <p><i>Unime - salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A DRGE é uma das mais importantes afecções digestivas, tendo em vista as elevadas e crescentes incidências, a intensidade dos sintomas e a gravidade das complicações; os sintomas típicos relatados pela maioria dos pacientes são pirose e regurgitação de conteúdo gástrico. São duas as causas do refluxo gastroesofágico (RGE): incompetência do esfíncter esofágico inferior e hérnia de hiato</p> <p>RELATO DE CASO: O paciente em questão é do sexo feminino, 41 anos, submetido a gastrectomia vertical (Sleeve gástrico) há 4 anos. Iniciou a sintomatologia de refluxo gastroesofágico na terceira semana após o procedimento, com evolução para dieta pastosa. Paciente fez uso de tratamento farmacológico desde o POI embora não tenha feito mudanças comportamentais para a melhora da queixa. Cirurgias prévias: 1) Duas Cesáreas; 2) Histerectomia. História familiar negativa para neoplasia. Etilista social(apenas nos fins de semana).Realizou Estudo Radiológico do Esôfago, Estômago e Duodeno (EREED) e Endoscopia Digestiva Alta (EDA) no dia (17/10/ 2017) que levaram ao diagnóstico de Esofagite Erosiva com refluxo até terço médio do esôfago (EREED).</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento clínico tem como objetivo aliviar os sintomas, cicatrizar as lesões da mucosa esofágica e prevenir o desenvolvimento de complicações. Atualmente as drogas de primeira escolha são os inibidores de bomba de prótons (IBP), que inibem a produção de ácido pelas células parietais do estômago, reduzindo a agressão do esôfago representada pelo ácido. Paciente fez uso de pantoprazol durante um mês no pós cirúrgico com retorno da sintomatologia após cessamento da medicação, voltando a fazer uso de forma contínua durante três anos. Já o tratamento cirúrgico visa aproximar os pilares diafragmáticos (afastados quando existe a hérnia de hiato) e restabelecer a competência do esfíncter, circundando a extremidade inferior do esôfago com o fundo gástrico. A cirurgia foi realizada no Hospital São Rafael, na cidade de Salvador-BA, na data (21/10/2018) pelos cirurgiões Dr. Frederico Vila Henrique dos Santos e Dr. Euler de Medeiros Azaro Filho. Foi identificado aderências intrabdominais que foram desfeitas com tesouras ultrassônica, além da dissecação da membrana freno esofágica, dos pilares esofágicos direito e esquerdo dando acesso ao espaço retro cardia. Após identificado o alargamento do hiato esofágico foi feita a aproximação dos pilares com ethibond 2-0, em três pontos simples. Após o procedimento cirúrgico foi utilizando a manometria tradicional e observado que a pressão do esfíncter diminui após gastrectomia vertical devido à secção das fibras musculares na junção esofagogastrica após grampeamento do estômago próximo ao ângulo esofagogastrico . Levantaram a hipótese de que a falta de complacência gástrica pela remoção do fundo gástrico e ausência do ângulo esofagogastrico são responsáveis pelo aumento da DRGE um ano após a gastrectomia vertical.</p>

PO 425-2	PO 425-3
<p>FIBROMA OSSIFICANTE JUVENIL EM OSSO ETMOIDAL</p> <p>Victor Machado Guimarães Santos, Maria Carolina Santos Malafaia Correia, Marcos Alencar Tavares, Igor de Lima Ribeiro, Reginaldo Melo Filho, Adriana Melo Barbosa Costa, Claubiano Cipriano Mouro, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>UNIT - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Fibroma Ossificante Juvenil (FOJ) é constituído por um grupo de lesões fibro-ósseas na região de cabeça e pescoço que possui como base patológica a substituição do osso normal por tecido de fibroblastos e, por consequência, formando fibras de tecido colagenoso e outro minerais. Benigno, pouco comum, abrange cerca de 2% dos tumores bucais que acometem crianças e adolescentes, sendo distinguido das demais lesões fibro-ósseas pela idade de início, quadro clínico e seu potencial de crescimento. Apresenta maior prevalência pelo gênero masculino e em áreas com dentes congenitamente ausentes, tem crescimento rápido e assintomático nas regiões anatômicas envolvidas, localmente agressivo e tende a recorrência (levar a uma desfiguração facial). A recidiva se deve principalmente a remoção, variando de 30% a 58% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.C.B.S., sexo feminino, 10 anos, encaminhada ao cirurgião de cabeça e pescoço com história de proptose de globo ocular à direita progressiva sem outros sintomas ou alterações ao exame físico. Em Ressonância Magnética observada a presença de volumosa formação expansiva infiltrativa de cerca de 4 cm com hipossinal T1 e T2 de origem presumida em cavidade nasal a direita e extensão para seio maxilar, órbita (com erosão da lâmina papirácea) e placa cribiforme sugerindo diagnóstico de estesoneurolblastoma. Indicada ressecção cirúrgica conservadora onde pode-se observar que toda a massa tinha origem no platô cribiforme, sendo as demais alterações decorrentes de compressão da massa tumoral. O pós-operatório se deu sem intercorrências e o diagnóstico histopatológico foi sugestivo de fibroma ossificante juvenil subtipo psammomatóide (confirmado através de imunohistoquímica). Em sua análise histológica, o aumento do tecido conjuntivo celular fibroso associado a proliferação osteoblástica podem determinar o padrão de crescimento do tumor e nortear o tratamento para uma intervenção cirúrgica conservadora ou ressecção radical, que acabaria comprometendo as atividades funcionais da paciente. A paciente evoluiu com perda de seguimento no 3º mês de pós-operatório e retorna após 14 meses para seguimento. No momento em reestadiamento, sem melhora do padrão da proptose ocular direita.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença do FOJ em pacientes de faixa etária entre os 5 e 15 anos, de forma assintomática e rápido crescimento, suscita importantes discussões na literatura médica no que refere ao tipos de protocolos cirúrgicos a serem abordados. A preservação de estruturas nobres, sua forma benigna e a pouca agressividade do tumor, corroboram para a escolha de uma intervenção conservadora (que inclui curetagem e excisão local), pensando-se além de preservação da função no caráter estético</p>	<p>HERNIA DE AMYAND A ESQUERDA EM PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO CLINICO NA FHAJ: RELATO DE CASO</p> <p>ALANNE DARCY MAGALHAES DE HOLANDA, ALESSANDRA GÔES LEÃO, MARIANA DE OLIVEIRA PANTOJA</p> <p><i>FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice cecal em um saco herniário. De ocorrência rara, representa um grande desafio diagnóstico até mesmo para os cirurgiões mais experientes, sendo ainda mais rara no encarceramento de apêndice aguda concomitante. Sendo assim, o diagnóstico é realizado no intra-operatório na maioria das vezes, podendo ser aventado com o auxílio de exames de imagem no pré-operatório.</p> <p>RELATO DE CASO: A Hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice cecal em um saco herniário. De ocorrência rara, representa um grande desafio diagnóstico até mesmo para os cirurgiões mais experientes, sendo ainda mais rara na ocorrência de apêndice aguda concomitante. Sendo assim, o diagnóstico é realizado no intra-operatório na maioria das vezes, podendo ser aventado com o auxílio de exames de imagem no pré-operatório. Apresentamos aqui o relato de caso de paciente masculino de 71 anos, internado para tratamento clínico de infecção urinária na ala da clínica médica que apresentou dor abdominal, distensão, além de hiperemia e edema escrotal com encarceramento de hérnia inguinoscrotal à esquerda, onde durante a cirurgia foi identificado apêndice cecal inflamado dentro do saco herniário e peritonite purulenta na cavidade abdominal. O tratamento baseou-se na classificação de acordo com grau de acometimento do apêndice e presença de peritonite.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é uma patologia rara, principalmente quando localizada a esquerda. 3 Outro fato raro é a associação a esse quadro é o paciente apresentar peritonite, sendo descrito na literatura em um único paciente, pois o colo herniário restringe a inflamação/infecção.2,5,9 A apresentação a esquerda é atribuída a variações anatômicas, seja devido ao ceco móvel, má rotação intestinal, ou situs inversus.1 O exame físico geralmente revela edema na região inguinal associado à dor e sensibilidade. Outros sintomas podem estar presentes como febre, vômitos, sintomas gastrointestinais e obstrução intestinal dependendo da apresentação das patologias que compõem o quadro: hérnia(encarcerada, estrangulada) e o apêndice(normal, hiperemia, gangrenoso). 2,8 A irritação peritoneal e idade avançada são considerados fatores de pior prognóstico. 2 O diagnóstico é feito no intra-operatório na maioria dos casos.1,2,6,8 E, no pré-operatório alguns exames podem auxiliar como a ultrassonografia e/ou tomografia computadorizada. 2,6 Uma estrutura tubular com paredes espessas em conexão com o ceco no interior do saco herniário ou a localização do ceco em proximidade com o mesmo é indicativo de hérnia de Amyand. A literatura também relata diagnóstico incidental através do enema baritado.2 O paciente descrito foi classificado como hérnia de Amyand tipo III, sendo realizado o tratamento proposto: laparotomia exploradora, apendicectomia e reparo da hérnia sem tela.</p>
<p>PO 427-2</p> <p>REAÇÃO ANAFILÁTICA INDUZIDA POR ROCURÔNIO EM AMIDALECTOMIA</p> <p>Sabrina Severo de Macêdo Duarte, Haberlandt Pereira Duarte, Laís Soares Holanda, Gabriela de Almeida Maia Madruga, Pedro Victor Severo de Macêdo Duarte</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A anafilaxia pode ser caracterizada como uma síndrome multisistêmica aguda, potencialmente letal, resultante da liberação súbita de mediadores pró-inflamatórios por mastócitos e basófilos na circulação sanguínea. Seu quadro clínico compreende manifestações cutâneas, acompanhadas de comprometimento variável dos aparelhos respiratório, cardiovascular, sistema nervoso e trato gastrointestinal, representando uma das mais dramáticas condições clínicas de emergência médica. Nesse contexto, o objetivo desse relato é descrever o tratamento de uma reação anafilática por administração de rocurônio durante um procedimento cirúrgico de amidalectomia com turbinectomia, utilizando o sugamadex na reversão das complicações ocorridas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 25 anos, ASA 1, candidata à realização de amidalectomia com turbinectomia sob anestesia geral, com diagnóstico pré-operatório de faringoamigdalite de repetição. Após admitir a paciente na sala operatória, realizou-se a pré-oxigenação com máscara facial (por cerca de 2 minutos) e ministrou-s fentanil(200 microgramas), lidocaína (60mg em bolus EV), seguida de infusão de propofol (150 mg), rocurônio (35 mg EV em bolus). Após isso, evidenciou-se a presença de eritema, em local de venóclise, seguida de dificuldade na ventilação, queda na saturação, hipotensão (PA 70x30) e elevação dos batimentos cardíacos. Optou-se, então, por realizar laringoscopia direta e intubação. No seguimento, verificou-se a presença de taquicardia e edema palpebral bilateral. Constatou-se reação alérgica da paciente e deu-se início processo para reverter o quadro. Administrou-se hidrocortisona (500 mg EV em bolus) associado à difenidramina (anti-histamínico H1), e adrenalina (0,3 mg EV). Não houve melhora do quadro clínico e diagnosticou-se reação alérgica ao uso de rocurônio. Optou-se pela administração de reversor seletivo (sugamadex), na dose de 16mg/kg. Rapidamente ocorreu melhora do quadro geral, com aumento da PA (90x50), diminuição dos batimentos cardíacos (FC 76 bpm) e melhora do eritema e edema. A paciente foi mantida em plano anestésico pelo uso de sevoflurano e após retorno da ventilação espontânea e consciência da paciente, foi realizada a extubação e encaminhamento à unidade de recuperação pós-anestésica (RPA). Na RPA, a paciente evoluiu sem intercorrências, consciente, orientada e assintomática. No dia seguinte, recebeu alta hospitalar da equipe cirúrgica.</p> <p>DISCUSSÃO: O sugamadex tem mostrado eficácia em casos de anafilaxia e seu mecanismo de ação pode encobrir a parte do rocurônio que se liga aos receptores de IgE. Neste relato de caso, seu uso obteve importância na reversão mediada do bloqueio neuromuscular induzido pelo rocurônio, fármaco que facilita a intubação endotraqueal, resultando em relaxamento da musculatura nas cirurgias. Diante do que foi exposto, ressalta-se que em casos de anafilaxia, a rapidez no diagnóstico e tratamento, contribui para diminuição dos índices de morbimortalidade.</p>	<p>PO 427-3</p> <p>BAÇO ACESSÓRIO NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL NA INVESTIGAÇÃO DE PLENITUDE GÁSTRICA</p> <p>Yasmin Abreu Soares de Souza Pimentel, Daniel Gontijo Sousa Silva, João Marcos Monteiro Ramos, Isabela Vieira Bastos, Phylipe Augusto Oliveira, Amanda Teixeira Melo, Gabriel Alves Siqueira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O baço é um órgão intra-abdominal que se origina da ectoderme. É possível que durante sua formação ocorra uma falha no desenvolvimento do tecido esplênico ectópico, que, separado do corpo esplênico principal, origina um ou mais baços acessórios. Estima-se que o baço acessório ocorra em 10% a 30% da população. O objetivo deste relato é apresentar o baço acessório como diagnóstico diferencial em um caso de investigação de plenitude gástrica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 45 anos, com histórico de saciedade precoce e sensação de incômodo em hipocôndrio esquerdo há 3 meses. Ao exame físico não apresentava alterações, mas a realização de ultrassom abdominal demonstrou haver presença de massa cística de grande volume (1763,1cm³), com paredes lisas, aparentemente encapsulada e com finos septos em seu interior, de conteúdo anecóico, medindo 18,3 x 12,9 x 14,3 cm, localizada entre o baço e o rim esquerdo. A tomografia computadorizada de abdome apresentou volumosa lesão expansiva cística no andar superior de hemiabdomen esquerdo, de provável origem esplênica, exibindo septos internos na sua porção superior e paredes levemente irregulares, medindo cerca de 14,8 x 12,8 x 19 cm, elevando a hemicúpula diafragmática esquerda, deslocando inferiormente o rim esquerdo e medialmente o estômago e o cólon descendente. A paciente apresentava exames laboratoriais normais prévios à cirurgia. À laparotomia, evidenciou-se grande formação cística no baço e presença de numerosos baços acessórios. Após esplenectomia, o exame anatomopatológico mostrou baço pesando 2365 g, com 18 x 15 x 12 cm de dimensões. À microscopia do corte histológico da peça observou-se intensa congestão de capilares, áreas de fibrose e ocasionais células inflamatórias (eosinófilos e macrófagos). À imunohistoquímica foi descartada hipótese de leishmaniose. A paciente evoluiu sem complicações ou queixas, apresentando ganho de peso e retorno do apetite no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O baço acessório raramente apresenta relevância clínica ou patológica e normalmente passa assintomático e não diagnosticado. No caso apresentado, a paciente apresentava uma lesão expansiva volumosa, deslocando o estômago e o cólon descendente medialmente, causando hiporexia e desconforto em hipocôndrio esquerdo. A tomografia computadorizada foi crucial para definir a origem da lesão, que, caso confundida com um tumor, poderia gerar terapias e prognósticos completamente diferentes. A paciente apresentou um quadro de esplenomegalia uma vez que o tamanho esperado para o baço é de até 13 cm e o peso em torno de 150g. Além disso, não foi encontrada doença de base aparente, com exames laboratoriais pré cirúrgicos normais e com a análise do material biológico descartando a hipótese de leishmaniose. Sendo assim, dada a melhora do quadro geral da paciente, fim do quadro alérgico e de hiporexia conclui-se a o quadro originava-se do baço acessório e do baço, de tamanho muito aumentado.</p>

PO 428-2	PO 429-2
<p>CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE – UM DESAFIO PERSISTENTE À CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, DANIEL HENRIQUE PORTO ALMEIDA, GUILHERME DE MATOS ABE, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, VICTÓRIA COELHO JACOME QUEIROZ, TEYLOR PEDRO GERHARDT, JOSÉ CARLOS OLIVEIRA, GLÂNCIA MORGANA BORGES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma medular de tireoide (CMT) é tumor muito raro, corresponde de 5-8% dos tumores malignos da glândula, acometendo as células C ou parafoliculares. Possui rápida disseminação linfática, desenvolvendo metástases para linfonodos das cadeias cervicais e mediastinais, além de metástases à distância, especialmente para pulmão, fígado e ossos. O sucesso do tratamento depende do estágio clínico do paciente e da adequação da cirurgia inicial, que permanece desafiadora em casos mais avançados</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, branca, 40 anos, história de bócio tireoideano de longa data, referindo surgimento, há dois meses, de tumoração cervical à esquerda, de crescimento progressivo. Tireoide palpável, aumentada de volume, consistência endurecida e indolor; e massa cervical sólida, volumosa ocupando níveis II, III e IV. À USG apresentou linfadenomegalias em níveis II e IV, a maior de cerca de 2 cm e volume total de 96 cm³. PAAF favorecendo carcinoma de tireoide, sugerindo tumor pulmonar por apresentar TTF1 positivo. Realizada tireoidectomia total, com esvaziamento do nível central e níveis II, III, IV e V à esquerda. O tumor de consistência pétreo, apresentava-se infiltrativo, aderido à traqueia, faringe e esôfago. Extensa doença linfonodal à esquerda. Devido a adesão do tumor, houve abertura parcial da parede da faringe, sendo então realizada faringorrafia em 2 planos. AP da peça cirúrgica mostrou CMT de 7 cm, classificado pT4a N1b Mx. Paciente apresentou no seguimento sinais de mediastinite, sendo necessário cervicotomia exploradora e traqueostomia. Em seguimento, apresentava CEA=519, T3=2,7, T4=0,63, TSH=100 e calcitonina=8.000. TC evidenciou implantes pulmonares bilaterais com volumosos linfonodos paratraqueais, e lesão lítica em ilíaco. Realizada radioterapia adjuvante e iniciado uso de Vandetanib. Paciente segue em acompanhamento apresentando queixas de dispneia sem indicação de abordagem torácica</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia é atualmente o único tratamento efetivo disponível para pacientes com CMT; tireoidectomia total com esvaziamento radical das regiões central e ipsilateral do pescoço, abrangendo os níveis II a VI. Devido ao comportamento agressivo do tumor e à raridade dos casos, muitos diagnósticos são realizados em fases já avançadas, o que torna as cirurgias com maior morbidade e desafio técnico. No caso, a dissecação da faringe com evolução para mediastinite demonstra uma das formas de complicação. A persistência de sítios tumorais após a cirurgia é um grande desafio, uma vez que o rápido crescimento e poder metastático pode exigir grandes ressecções ou mesmo a não abordagem completa do tumor, determinante no seguimento. Se a cirurgia não for possível ou não for radical, o tratamento com radioterapia pode permitir uma remissão do tumor, juntando-se à quimioterapia como forma de auxílio no tratamento. O diagnóstico e abordagem cirúrgica do CMT permanecem desafiadores para o cirurgião de cabeça e pescoço, devendo este ter sempre em mente a possibilidade de sua ocorrência.</p>	<p>PARANGLIOMA BILATERAL EM CORPO CAROTÍDEO – UM RELATO DE CASO</p> <p>HÉVILA CRISTINA MORA AMÂNCIO DE SOUZA, ADERBAL GAULINO GALASSI NETO, NAJLA NEME DUTRA, MARCELLA CARDOSO GONÇALVES</p> <p><i>FAMEPP - UNOESTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os paragangliomas do corpo carotídeo são tumores raros, na maioria benignos, hipervascularizados e de crescimento lento. Originários das células paraganglionares da crista neural, desenvolvem-se na região paravertebral em associação com vasos sanguíneos cervicais, nervos cranianos e sistema nervoso autônomo. O tratamento é um desafio, pois as dificuldades anatômicas de exposição e de ressecção dessas lesões exigem a atuação de diferentes especialidades médicas no ato cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: E. M. S. F., 38 anos, sexo feminino, deu entrada em um Hospital do Oeste Paulista no meio do ano de 2017, com queixa de dor e tosse intermitente após trinta dias da retirada de nódulo em tireoide. A paciente apresentava massa cervical bilateral de consistência firme, elástica, indolor, pulsátil, móvel no plano horizontal e fixa no vertical. A tomografia computadorizada cervical feita no dia seguinte evidenciou três lesões sólidas - duas nos nervos vagos e uma no hipoglosso - provocando redução do calibre da orofaringe por compressão. O estudo anátomopatológico constatou linfadenite crônica com hiperplasias folicular e paracortical de células T em região cervical esquerda, sem malignidade. A paciente evoluiu com dispneia, rouquidão, tosse e quadro algíco difuso no pescoço. Após quatro meses, a ultrassonografia revelou imagem ovalada, hipocogênica e heterogênea, com contornos parcialmente definidos em região submandibular esquerda; e a tomografia exibiu formações nodulares com densidade de partes moles localizadas em ambos os espaços carotídeos, com presença de duas lesões, de seis e sete centímetros à esquerda e à direita respectivamente, que se estendiam aos espaços parafaríngeos - com redução da luz do órgão - compatíveis com o diagnóstico de Paragangliomas Carotídeos. Além disso, a fibronasofaringolaringoscopia revelou abaulamento da epiglote na porção lateral esquerda da hipofaringe. Confirmado o diagnóstico, a paciente foi transferida para serviço hospitalar no norte do Estado de São Paulo, para receber atendimento de uma equipe especializada na terapêutica cirúrgica necessária. Tal equipe realizou a excisão unilateral esquerda da lesão e a reconstrução dos tecidos adjacentes lesionados utilizando enxerto de veia safena, em dezembro do mesmo ano. A exérese do tumor contralateral, que seria feita em seguida, foi adiada devido à paralisia parcial do nervo hipoglosso, uma possível complicação da ressecção tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: O corpo carotídeo está abotoado à camada adventícia arterial, na bifurcação das artérias carótidas comuns, portanto, cercado de estruturas nobres. Assim, o diagnóstico precoce e a terapêutica célere são imprescindíveis para um bom prognóstico. A excisão do tumor antes que atinja três centímetros de diâmetro poupa as estruturas adjacentes de uma possível compressão, evitando as mais variadas complicações que podem trazer prejuízo importante à qualidade de vida da paciente.</p>
<p>PO 429-3</p> <p>SÍNDROME PILÓRICA CAUSADA DEVIDO A INGESTÃO DE PACOTE DE COCAÍNA: RELATO DE CASO</p> <p>Bruno José da Costa Medeiros, Adriane Alves Byron de Souza, Juan Eduardo Rios Rodríguez, Brígida Thaine Fernandes Cabral, Lucia Tatiana Filgueiras de Souza, Julia Costa Justo</p> <p><i>Instituto de Cirurgia do Estado do Amazonas (ICEA) - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tráfico de drogas é um problema internacional, especialmente no Brasil, onde há uma grande fronteira com os países produtores de cocaína. A prevalência do tráfico de drogas e novos métodos de ocultação tem aumentado. O Brasil faz parte da rota das drogas para países da Europa e dos Estados Unidos. Atualmente, a palavra "body packer" é geralmente usada para definir um portador de drogas que engole pacotes de drogas ilícitas para escondê-los em seu trato alimentar. Nosso objetivo ao apresentar este relato de caso é mostrar um exemplo de uma síndrome pilórica rara em um paciente com tamponamento corporal conduzida por cirurgia geral.</p> <p>RELATO DE CASO: Uma mulher de 37 anos foi levada ao pronto-socorro de um hospital central de Manaus por agentes federais dois dias após a ingestão de pacotes de drogas ilícitas. A paciente se queixava de intenso desconforto abdominal, apresentando sialorréia, náuseas e vômitos. A tomografia computadorizada foi realizada e revelou como 30 pacotes presos no estômago, apenas um no intestino delgado e 7 na vagina. Como a paciente evoluía sem progressão do conteúdo para o intestino delgado e apresentando sinais de obstrução de trato gastro intestinal, foi submetida a laparotomia exploradora com gastrotomia e recuperação dos 30 pacotes. Os 7 pacotes na vagina foram removidos sob anestesia geral e o do intestino delgado foi conduzido pelo ceco e expelido naturalmente. Ela permaneceu na enfermaria por 5 dias e recebeu alta junto aos agentes federais após esse período.</p> <p>DISCUSSÃO: O contrabando internacional de cocaína via "body packers" é um problema cada vez mais comum, especialmente no Brasil, onde há uma enorme fronteira com países produtores de cocaína. Esta prática está associada a um risco potencialmente significativo de morbidade e mortalidade como sintomas de toxicidade da cocaína: (hipertensão, acidose metabólica, agitação, taquicardia, dor torácica, elevação do segmento ST ao eletrocardiograma (ECG), comportamento violento, convulsão), obstrução gastrointestinal e até morte. No passado recente esses pacientes eram principalmente manejados por conduta cirúrgica, os autores justificaram que métodos alternativos de remoção não eram confiáveis e potencialmente perigosos, estando associados com substancial morbidade e mortalidade e que o manejo era justificado pela qualidade das embalagens, geralmente preservativos de alto risco de ruptura e morte do paciente. Mais recentemente, porém, uma abordagem conservadora mostrou-se segura e uma classificação para a ruptura de pacotes foi feita. No caso apresentado, a escolha pela intervenção cirúrgica foi feita com base na presença de sinais de obstrução gastrointestinal, a síndrome pilórica. A endoscopia não foi uma escolha devido à presença de vários pacotes no estômago</p>	<p>PO 430-1</p> <p>CURSO TEORICO-PRATICO DE MICROCIURGIA</p> <p>Deivid Ramos dos Santos, Nayara Pontes de Araújo, Faustino Chaves Calvo, Emmily Lima Borges, Dora Fonseca da Silva, Renan Kleber Costa Teixeira, Marcus Vinicius Henriques Brito, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As técnicas microcirúrgicas são utilizadas em muitas áreas da medicina: oftalmologia, urologia, cardiovascular, plástica, transplante de órgãos e ortopedia (FERREIRA, 2007). Entretanto, existe uma carência de profissionais microcirurgiões no Brasil. Isso ocorre devido aos custos envolvidos nos treinamentos e na escassez de locais que possuam o suporte adequado e serviços que ofereçam treinamento especializado. Além disso, para o domínio das técnicas microcirúrgicas, é preciso um alto nível de dedicação (MALUF, 2014). Dessa maneira, o presente estudo objetiva produzir um relato de experiência sobre a realização do Curso de Microcirurgia Experimental, um dos primeiros cursos da região norte com esse propósito.</p> <p>RELATO DE CASO: O Curso Teórico-Prático de Microcirurgia Experimental aborda temas como: Instrumental, microscópios cirúrgicos e videomicrocirurgia; Princípios de sutura microcirúrgica; Degeneração e regeneração nervosa; Microanastomoses vasculares e neurotrafias; Reimplante e revascularização; Enxertos vascularizados; Retalhos microcirúrgicos; Modelos experimentais. Estes assuntos são ministrados em oito aulas teóricas por especialistas da área através de dois cursos ao ano.</p> <p>DISCUSSÃO: É válido ressaltar que na maioria dos estados brasileiros não há centros de treinamento, cursos regulares ou pesquisas de microcirurgia. Nesse cenário, uma das principais dificuldades é o custo para desenvolver isso, haja vista que os equipamentos e materiais microcirúrgicos são onerosos. Este fato não anula a necessidade da existência de laboratórios e cursos de treinamentos, tendo em vista a inegável importância das técnicas microcirúrgicas e, principalmente, de profissionais capacitados para induzir a regeneração ou a recuperação funcional em diferentes casos de amputação. (MALUF, 2014; MARCONDES, 2014). O Curso Teórico-Prático de Microcirurgia possibilita o aprimoramento técnico dos profissionais no que se refere ao conhecimento da microcirurgia experimental, realizando várias exposições acerca do tema, bem como o exercício prático dos procedimentos de dissecação, neurotrafia e microanastomoses, o que confere aos participantes o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades microcirúrgicas para aplicá-las em situações reais. Outra vantagem consiste no treinamento conferido aos estagiários do LCE, que ganham, além do aprimoramento técnico no campo da microcirurgia experimental, conhecimento suficiente para engrandecer seu repertório curricular e experiência profissional em instruir e orientar pessoas acerca das habilidades microcirúrgicas. Portanto, o presente trabalho, promoverá uma série de benefícios importantes para a formação do universitário e profissional residente médico envolvido com a área da microcirurgia.</p>

PO 430-3	PO 431-2
<p>Diagnóstico tardio na Doença de Crohn: relato de caso.</p> <p>Raiane Nascimento Santana, Luíse Meurer</p> <p><i>Universidade Federal de Sergipe (UFS) - ARACAJU - Sergipe – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória transmural e recidivante do trato gastrointestinal, que pode acometer qualquer segmento do tubo digestório, com predileção do íleo distal e do cólon proximal. Seu diagnóstico tardio pode envolver complicações graves da doença, como a formação de fístulas anais e estenoses intestinais. Estima-se que 70 a 90% dos pacientes necessitarão de alguma forma de tratamento cirúrgico no decorrer de sua vida. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um jovem que recebeu o diagnóstico da Doença de Crohn aos 27 anos após quadro de obstrução intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: I.A.A., masculino, 28 anos, em setembro de 2017 começou a sentir dores abdominais, associadas a êmese eventuais e sangramento retoanal. Durante o período investigou-se o quadro por Tomografia Computadorizada (TC) realizada em 13/10/2017, mostrando semioclusão em íleo terminal, com presença de líquido livre na pequena pelve. No final de outubro houve agravamento dos sintomas e o paciente foi admitido em hospital bastante emagrecido e hipocorado, com quadro de abdômen agudo, sendo submetido a uma laparotomia exploratória. Os achados cirúrgicos evidenciaram intenso processo inflamatório com perfuração de íleo terminal com bloqueio entre alças e reto superior. Foram realizadas ileocectomia + ileostomia e fístula mucosa. O exame anatomopatológico mostrou inflamação crônica transmural, intenso infiltrado neutrofílico e plólipos hiperplásicos em cólon, sem malignidade. O paciente recebeu alta hospitalar, mas após evoluiu com complicações pós-operatórias (infecção de ferida operatória e persistência de mal-estar geral). Sendo então admitido em outro hospital em 17/11/2017 onde se realizou a investigação da DC, dado seu histórico médico de cirurgia realizada em 2012 para correção de fístula anal (evolução clínica semelhante à última complicação), bem como manifestações extraintestinais (colelitíase e litíase renal), além de eventuais lesões aftosas em boca e manchas hipercrômicas difusas. O paciente evoluiu bem desde o último internamento, seguindo com tratamento ambulatorial (Prednisona 20mg/2 comprimidos pela manhã, num período de 11 meses), que resultou em remissão total dos sintomas. Hoje faz terapia biológica (Adalimumab 20mg, de 15 em 15 dias) e aguarda cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um paciente jovem com diagnóstico tardio. É sabido que a grande maioria dos pacientes com DC se não for tratada, desenvolverá complicações no tempo, com o fenótipo de doença mudando de inflamatório para estenose. Além disso, proporção considerável de pacientes no diagnóstico já apresentam complicações. Esse atraso correlaciona-se positivamente com a incidência de estenose intestinal, cirurgia intestinal e má qualidade de vida. Espera-se que acompanhamento precoce poderia ter poupado o paciente de complicações e tratamento cirúrgico.</p>	<p>DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN EM PACIENTE DO SEXO FEMININO E IDADE MAIS AVANÇADA.</p> <p>Ana Luíza Guedes Pires, Lucas Alves de Almeida, Matheus Magalhães Apolinário, José Antônio Chehuen Neto, Agenor Alves de Souza Júnior, Sandra Márcia Carvalho Ribeiro Costa</p> <p><i>Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Rosai-Dorfman (DRD) é um distúrbio proliferativo histiocítico benigno, de etiologia desconhecida, com incidência de 80% em jovens de até 20 anos e no sexo masculino em 58%. Se apresenta como uma linfadenopatia massiva, indolor, geralmente bilateral, sendo 95% dos casos na região cervical, comumente associada a sintomas sistêmicos como febre, perda de peso, sudorese noturna, leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação. A característica histológica da DRD é a proliferação de histiócitos com abundante citoplasma pálido, fibrose pericapsular e seios dilatados nos linfonodos. O tratamento se faz necessário quando a doença é progressiva, induzindo importantes sintomas clínicos, podendo ser utilizada principalmente a corticoterapia, bem como a quimioterapia ou radioterapia. A ressecção cirúrgica é indicada para massas compressivas ou para elucidar o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: MASC, feminino, 55 anos, queixava-se de massa cervical à direita, sem outros sinais e sintomas. Ao exame físico, notou-se cicatriz na região, onde foi tentada biópsia há 6 meses em outro serviço, sem sucesso. Havia massa cervical e espinal alta direita, de 5,0 cm, consistência endurecida, pouco móvel e profunda. Ultrassonografia mostrava outras adenopatias. Foi indicada a intervenção cirúrgica para retirada do provável linfonodo cervical lateral direito, com monitorização de vitalidade do nervo espinal homolateral. O exame anatomopatológico demonstrou apagamento da arquitetura linfonodal pela proliferação de linfócitos pequenos e médios, mesclados a plasmócitos e macrófagos. O exame imunohistoquímico CD3, CD20, CD23, CD30, CD68 e S100 comprovaram o diagnóstico de DRD.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente com idade mais avançada para a doença, apresentava poliadenopatia cervical, com tentativa de biópsia prévia sem sucesso e massa cervical alta direita, dura, semi-fixa, de 5,0 cm. Foi submetida a cervicotomia e exérese do nódulo há 1 ano, evoluindo sem complicações. A peça cirúrgica foi encaminhada para estudo anatomopatológico e imunohistoquímico, evidenciando se tratar de DRD. Esta doença evolui de forma benigna, acompanhada de regressão espontânea na maioria dos pacientes. Ademais, como forma de integrar o procedimento cirúrgico realizado, eventualmente é indicado doses de corticosteróides.</p>
<p style="text-align: center;">PO 431-3</p> <p>HERNIA DE AMYAND EM PACIENTE ATENDIDO EM CAXIAS DO SUL, RS</p> <p>Augusto Cardoso Sgarioni, Alesandra Bassani, Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, André Rombaldi, Diego Vitor Barbosa Fernandes, Jean Pierre Aschidamini, Scheila dos Santos Cardoso, Mateus Masotti</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand foi descrita pela primeira vez como a presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal, sendo também designada mesmo na ausência de inflamação, sendo uma condição rara, correspondendo a 1% das hérnias inguinais, estando associada a apendicite em 0,1% dos casos. Apresenta ligeira predileção pelo sexo masculino e tem manifestação clínica variável, dependente da extensão do processo infeccioso apendicular e da presença ou não de contaminação peritoneal, sendo o diagnóstico feito na maioria dos casos, durante a intervenção cirúrgica de urgência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 30 anos, com queixa de dor em fossa ilíaca direita irradiada para região escrotal ipsilateral há cerca de dois dias, sem outros sintomas associados. Ao exame físico, apresentava dor à descompressão em fossa ilíaca direita, com sinais de peritonismo. Apresentava hemograma com 17470 leucócitos e 83% de neutrófilos, além de proteína C reativa de 219,5. A tomografia computadorizada mostrou densificação da gordura ao redor do apêndice e do ceco, associada à moderada quantidade de líquido livre próximo ao ceco e na pelve. Realizada videolaparoscopia, que, além de líquido livre, identificou hérnia inguinal indireta à direita, sendo o apêndice cecal inflamado, conteúdo do saco herniário, compondo hérnia de Amyand. Foi submetido a apendicectomia laparoscópica e não foi abordada a hérnia no mesmo momento, visto que se tratava de uma cirurgia infectada. O paciente seguiu acompanhamento pós-operatório sem sintomas relacionados à hérnia, aguardando hernioplastia eletiva.</p> <p>DISCUSSÃO: A localização anatômica do apêndice cecal à direita predispõe a sua penetração nos defeitos herniários que acometem a região inguinal, mesmo que raramente. Quando sem apendicite associada, os sinais clínicos caracterizam-se por abaulamento da região inguinal e dor, principalmente aos esforços. Na presença de quadro inflamatório agudo a dor abdominal é mais intensa. Nos casos de dor pélvica e de escroto agudos, o emprego da tomografia computadorizada pélvica é considerado o melhor método diagnóstico de imagem, embora a confirmação só se dê no momento da intervenção cirúrgica, como no caso relatado. A hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada por si só requer tratamento cirúrgico. No que diz respeito ao tratamento das hérnias de Amyand, a realização de apendicectomia e o tipo de reparação da hérnia, com ou sem prótese, são determinados levando-se em conta a presença ou ausência de apendicite aguda e se há ou não peritonite associada. Na presença de inflamação aguda do apêndice cecal está preconizada a realização de apendicectomia, sendo a correção da hérnia realizada sem utilização de prótese. No caso relatado, por não se tratar de uma cirurgia limpa em paciente jovem, optou-se por programar a reintervenção eletiva para reparo herniário com o uso de prótese. Assim, a hérnia de Amyand é uma patologia rara, sendo importante o seu relato, visando discutir o melhor tratamento desta emergência cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 432-2</p> <p>HIPERPARATIREOIDISMO TERCIÁRIO E PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM AUTO-IMPLANTE EM ANTEBRAÇO.</p> <p>Ana Luíza Guedes Pires, Matheus Magalhães Apolinário, Mateus Pinto Botelho, José Antônio Chehuen Neto, Agenor Alves de Souza Junior, José Roberto Machado</p> <p><i>Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hiperparatireoidismo terciário (HPTT) é uma doença caracterizada pela automatização das glândulas paratireoides em decorrência do hiperparatireoidismo secundário à doença renal crônica (DRC). Na DRC, após um ano de transplante bem-sucedido, em até 90% dos casos, as alterações metabólicas se normalizam. Porém, cerca de 6% dos pacientes evoluem para o HPTT, sendo a paratireoidectomia total com auto-implante recomendada visando prevenir o agravamento de alterações ósseas, cardiovasculares e calcificações em tecidos moles. Retira-se as paratireoides, geralmente quatro em região cervical, e um pequeno fragmento obtido daquela de melhor aspecto é implantado no antebraço não dominante, ou que esteja sem fístula de hemodiálise, para facilitar o acesso em casos de recidiva. Deve-se controlar a hipocalcemia no pós-operatório imediato.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente MHA, 43 anos, renal crônica transplantada com sucesso em São Paulo em 07/03/2017 (3º transplante), evoluiu com quadro de HPTT refratário ao tratamento clínico. Cintilografia das paratireoides com 99mTc-Mibi evidenciou prováveis paratireoides hiperfuncionantes em topografia de terço inferior do lobo tireoideano direito e no terço superior do lobo tireoideano esquerdo. Ultrassonografia mostrando imagens nodulares retrotireoideanas bilateralmente, compatíveis com hiperplasia de paratireoides. Medicamentos em uso: Puran T4 25 mcg/dia, Meticorten 5 mg/dia, Tacrolimus (4-0-3), Micofenolato 1 comp. 12/12h, Plamet 1 amp. 8/8h.</p> <p>DISCUSSÃO: Realizada paratireoidectomia total no dia 07/02/2019 no Hospital Monte Sinai (JF/MG), e implante de 1/3 da paratireoide superior esquerda no subcutâneo da região anterior média do antebraço direito. Foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva para controle de hipocalcemia nas primeiras 72h. Exames laboratoriais pós-operatórios: nos três primeiros dias o cálcio total variou de 7,10 mg/dl para 6,5 mg/dl e o iônico de 1,17 mmol/l para 0,9 mmol/L; o PTH intacto caiu para 29 pg/mL; apresentou leucopenia (1720 /mm³); creatinina 2,20 mg/dl. O exame anatomopatológico do material retirado evidenciou hiperplasia de paratireoides do tipo mista (células principais e oxifílicas), medindo a superior esquerda, inferior esquerda, superior direita e inferior direita respectivamente 1,0 cm de diâmetro; 0,8x0,6x0,6 cm; 1,0 cm de diâmetro; 0,8x0,6x0,4 cm.</p>

PO 432-3	PO 433-1
<p>LOCALIZAÇÃO ATÍPICA DO APÊNDICE VERMIFORME: RELATO DE CASO</p> <p>AMANDA VIEIRA RUIZ, LETÍCIA URZEDO RIBEIRO, NAYARA DA COSTA ANDRADE, BRUNA HANAUER, HIOLO SILVA WERRERIA, FLÁVIA LACERDA RODRIGUES AZEVEDO, TAILLINY DE JESUS REIS, CAMILA RODRIGUES DE OLIVEIRA GALHARDO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma das emergências cirúrgicas mais comuns. A maior incidência está na segunda década de vida, com pequena predominância em homens. A obstrução luminal direta é a principal causar apendicite, frequentemente por um fecalito. O diagnóstico pré-operatório ainda é um desafio, já que a hipótese é levantada em qualquer paciente com abdome agudo. A apresentação clássica é constituída por anorexia, seguida por dor abdominal mal definida, irradiada para mesogástrio ou periumbilical. A progressão clínica caracteriza-se por piora da dor e migração ao quadrante inferior direito no ponto de McBurney, limite do terço médio com o terço inferior de uma linha traçada entre o umbigo e a espinha ilíaca antero-superior. Podem ocorrer apresentações clínicas atípicas, devido as várias possibilidades de localização anatômica do apêndice cecal, o que pode levar ao relato de maior sensibilidade na pelve, flanco ou região lombar, podendo apresentar-se até mesmo com dor em região sub-hepática. As posições anatômicas mais comuns do apêndice vermiforme são retrocecal, pélvica, pré-ileal, pós-ileal e paracecal, e localizações diferentes dos habituais são encontradas quando o mesoapêndice tem tamanho aumentado, o que facilita sua mobilidade e variedade de posicionamento. Vale ressaltar que a base apendicular na coalescência das tênias é marcador de referência para localização e apendicetomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 27 anos, queixando-se de dor abdominal há 6 dias e febre. Ao exame físico dor a palpação em hipogástrio, descompressão brusca positiva. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome que evidenciou apêndice cecal fora da topografia habitual, em região da base do mesentério com aumento de diâmetro e presença de coleção em cavidade. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploratória, identificando o ceco e apêndice cecal na base do mesentério, com presença de necrose de terço distal, múltiplas aderências, fibrina e secreção purulenta na cavidade de aproximadamente 2 litros, base apendicular íntegra. Realizada apendicetomia e drenagem de cavidade. Apresentou boa evolução, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Apendicite é a emergência cirúrgica abdominal mais comum, por esse motivo é de fundamental importância conhecer a apresentação clínica clássica e também as manifestações atípicas possibilitando o rápido diagnóstico seguido da abordagem cirúrgica. Caso o paciente seja diagnosticado precocemente e a cirurgia seja logo realizada diminuem-se os índices de complicação como a formação de abscesso, trombose venosa, obstrução intestinal e sepse, diminuindo o tempo operatório e pós-operatório. Este relato de caso traz a apresentação clínica atípica da localização da dor, devido à localização da inserção do apêndice visto a TC de Abdome. Reentrea-se também a importância da investigação com exame complementar de imagem nesse caso, facilitando a abordagem cirúrgica.</p>	<p>CIRURGIÕES DO FUTURO - HABILIDADES DA NOVA GERAÇÃO</p> <p>Tarcísio Junior Bittencourt Macedo, Lígia Ayres Souza, João Almir Ferreira Filho, José Eduardo Brunaldi, Wilson Salgado Junior, Ajith Kumar Sankarankutty, Rafael Kemp, José Sebastião Santos</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cirurgiões por característica intrínseca adotam ou frequentemente protagonizam inovações. Ao longo da história, vemos íntima relação da cirurgia com a arte, bem como modificações em seus métodos e procedimentos. Estamos em uma era de grandes mudanças positivas, exemplificadas pelas cirurgias minimamente invasivas, robótica e endoscópica, e precisamos de jovens cirurgiões entusiastas para maximizar essas mudanças. Descrevemos 6 situações que demonstram as habilidades que a nova geração de cirurgiões possui, nos permitindo vislumbrar o futuro.</p> <p>RELATO DE CASO: Os 6 casos abaixo foram tratados pela Equipe de Cirurgia Digestiva do Hospital das Clínicas da FMRP – USP. Representam situações distintas, mas que necessitaram habilidades estendidas dos cirurgiões. Caso 1: homem, 25 anos, plastrão apendicular com abscesso pélvico, resolvido apenas com uma drenagem transretal ecoguiada (EG) e antibioticoterapia. Recebeu alta no 2º dia pós-operatória (PO). Obteve recuperação completa sem complicações. Caso 2: mulher, 24 anos, com colelitíase crônica calcúlosa e icterícia por coledocolitíase, resolvida por colecistectomia videolaparoscópica e retirada do cálculo do colédoco por CPER, no mesmo ato operatório, com passagem do guia via transcística minimizando os riscos da canulação retrograda da papila duodenal. Recebeu alta no 1º dia PO, sem medicações. Obteve recuperação completa sem complicações. Caso 3: homem, 29 anos, apresentou pancreatite aguda grave (Balthazar E) com necrose pancreática infectada e coleções abdominais, feita drenagem endoscópica transgástrica EG e necrosectomia endoscópica, associadas a drenagem percutânea com exploração e limpeza das cavidades císticas por endoscópio. Recebeu alta após 62 dias de internação hospitalar (DIH), necessitou 2 drenagens endoscópicas EG per-oral, 5 drenagens percutâneas guiadas por US e 2 drenagens percutâneas com endoscópio. Apresenta boa recuperação. Caso 4: mulher, 66 anos, com fistula de anastomose esôfago-jejunal, resolvida com drenagem da coleção por dreno transnasal em aspiração, posicionado via endoscópica. Alta após 46 DIH. Necessitou apenas 1 procedimento endoscópico. Obteve recuperação completa sem complicações. Caso 5: homem, 55 anos, com fistula anastomótica pós-cirurgia bariátrica, tratado com prótese endoscópica, cirurgia aberta, e drenagem percutânea-endoscópica. Caso 6: homem, 67 anos, colelitíase aguda alitiásica, tratado com colecistostomia transgástrica EG com prótese auto-expansível recoberta.</p> <p>DISCUSSÃO: Os casos citados demonstram cirurgiões alicerçados em fundamentos clínico-cirúrgicos estabelecidos, utilizando tecnologia disponível (cirurgia laparotômica, videolaparoscopia, endoscopia, próteses endoscópicas, eco-endoscopia e radiologia intervencionista) para o benefício dos pacientes. Esses exemplos demonstram a necessidade de mudanças no modo de pensar e treinar os cirurgiões para que possam adaptar rapidamente às novidades do futuro. É uma época empolgante e desafiante para o exercício da cirurgia.</p>
<p>PO 433-2</p> <p>Ressecção de Carcinoma Mucoepidermóide Invasor de Carótida com Reconstrução do Tecido Cervical: Relato de Caso</p> <p>Ana Paula Coutinho Barros de Brito, Flávio Antonio de Sá Ribeiro, Daniel Murai, João F SARAGOFF</p> <p><i>UNIFESO - Teresópolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma mucoepidermóide trata-se de uma lesão agressiva, cujo diagnóstico precoce e o correto manejo dessa neoplasia são fatores determinantes do prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 53 anos, procurou avaliação médica devido a presença de uma tumoração cervical direita que se estendia em zona 1 e 2 cervical, capaz de produzir uma secreção mucóide de moderado fluxo; de caráter progressivo. Relatara perda de peso sem saber quantificar e negava febre ou outros sinais. Foi realizada uma angiogramografia com contraste venoso não iônico, onde foi observada uma lesão com formação expansiva de limites mal definidos e contornos lobulados, predominantemente cística, que apresenta ténue realce periférico por meio de contraste, situada no espaço vascular à direita, envolvendo a carótida comum deste lado e que se estende ao forame vertebral de C2-C3 correspondente. A lesão mede cerca de 61x60x55 mm, mantém íntimo contato com a porção profunda da carótida direita, bem como com a borda posterior da mandíbula, deslocando-a anteriormente. Observou-se sinais de oclusão do terço proximal da artéria carótida comum direita. As artérias vertebrais de calibre normal, sendo a esquerda a dominante. A artéria carótida externa direita ocluída, com opacificação dos seus ramos através de colaterais. Notou-se que o sifão carotídeo direito estava ateromatoso e opacificado retrogradamente através do polígono de Willis. Foi realizado um tratamento cirúrgico composto por um cirurgião com habilidades multidisciplinares e uma acadêmica de medicina. Em função da extensão e do íntimo contato entre o tumor e a musculatura mandibular, optou-se por uma abordagem mais extensiva para ressecção do tumor, para a dissecação região cervical direita, mantendo a integridade da pseudocápsula tumoral. O procedimento pode ser descrito como uma ressecção da lesão em bloco da glândula submandibular direita e da musculatura do arco da mandíbula, proporcionando uma esquelização do arco da mandíbula. Foi possível a visualização e a extirpação de toda a musculatura e pele da lateral direita do pescoço. A carótida comum direita e a carótida externa direita também foram retiradas com a esquelização dos corpos vertebrais da 3a a 5a vértebras cervicais. Devido a extensão e a profundidade da extirpação cirúrgica, evidenciou-se a necessidade de se fazer uma transferência de tecidos bons, com um seguimento vascular próprio, para essa área de pele e de musculatura. Para isso confeccionou-se um retalho pediculado parcial do grande peitoral direito e foi rotacionado cranialmente sobre os corpos vertebrais expostos, e também se fez necessária a confecção de um retalho triangular de pele e subcutâneo, com extremidade lateral e base medial rodada para o fechamento completo da ferida cervical.</p> <p>DISCUSSÃO: Relatamos um caso de ressecção oncológica multidisciplinar de um tumor mucoepidermóide capaz de obstruir o lúmen da artéria carótida, evidenciando a necessidade de uma reconstrução local pós-exerece cirúrgica do tumor.</p>	<p>PO 433-3</p> <p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO COM REVISAO DE LITERATURA</p> <p>VICTOR DA DA PAIXÃO GUIMARÃES, LAERT QUEIROZ, LEONARDO ARAUJO CARNEIRO DA CUNHA, ANDERSON RICARDO DOS SANTOS A. CANÇADO, CINARA CERQUEIRA, MARCIO RIVISON SILVA CRUZ</p> <p><i>HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: À toda herniação do apêndice cecal para o canal inguinal, esteja esse íntegro ou com sinais de infecção, dá-se o epônimo de Hérnia de Amyand. Dor em cólicas, febre e leucocitose são comuns mas pouco facilitam a investigação. O diagnóstico diferencial deve ser feito com hérnia estrangulada, apendicite, torção testicular, linfadenite inguinal, etc.</p> <p>RELATO DE CASO: JFS, masculino, 72 anos, natural e procedente de Salvador-BA, sem ocupação, admitido no Hospital Geral Ernesto Simões Filho (Salvador-BA) em 28/11/2018 com parada das dejeções há 07 dias e massa endurecida (com flogose) em região inguinal direita há cerca de 30 dias. Referia dor intensa no local associada a náuseas, vômitos, inapetência e perda ponderal de aproximadamente 06 kg no período. Diurese plena, negando disúria. Negava febre e alergias. Hipertenso, sem cirurgias prévias. Realizada tomografia de abdome total com contraste que evidenciou volumosa formação expansiva heterogênea de contornos irregulares, multisseptada e com áreas de degeneração cístico/necrótico (9,0x6,3cm) na parede abdominal anterior à direita, com componente intraperitoneal em íntimo contato com alças intestinais subjacentes. Indicada cirurgia para correção de hérnia encarcerada com provável sofrimento crônico de alças intestinais. Optado por inguinitomia direita. Identificado destruição de planos musculares por necrose, coleção purulenta com saída de grande quantidade de secreção e trajeto comunicante entre inguinitomia a cavidade abdominal. Procedida laparotomia mediana xifopública, quando foi identificado líquido purulento difusamente distribuído, destruição do peritônio e planos musculares da parede abdominal anterior em topografia da lesão, além de apêndice cecal roto, necrosado e com base íntegra adentrando canal inguinal, aderido à região. Procedida apendicetomia. Cirurgia transcorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu na enfermaria com manutenção íleo e do quadro séptico nas primeiras 72 horas, recebendo alta com melhora completa no 12º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico pré-operatório é muito raro, sendo geralmente feito na sala de cirurgia. Entretanto, a ultrassonografia e tomografia computadorizada mostraram-se promissoras para flagrar esse tipo de hérnia no pré-operatório, quando são solicitadas para descartar outras patologias. A abordagem cirúrgica deve ser baseada em cada quadro clínico. A apendicetomia por meio de inguinitomia com reparo de hérnia primária será o tratamento ideal, em contraste com a laparotomia mediana inferior, que deve ser reservada para os casos de suspeita de complicações. Reparo primário da hérnia com tela na ausência de apendicite e sem tela na presença de complicações apendiculares, parece ser um consenso. Alguns estudos citam a tentativa de abordagem laparoscópica e uso de telas biológicas. Mais estudos e relatos de casos são necessários para aumentar o nível de suspeição diagnóstica e direcionar o tratamento dessas hérnias, principalmente, na presença de complicações.</p>

PO 434-2	PO 434-3
<p>TUMOR MALIGNO DA BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO: RELATO DE CASO</p> <p>Fernanda Coutinho Kubaski, Claudio Stapassoli Filho, Marcelle Telesca Patzlaff, Matheus Giacomelli da Trindade, Otávio Martins Cruz</p> <p><i>Universidade Federal de Pelotas - PELOTAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O diagnóstico diferencial de massas cervicais inclui patologias benignas, malignas, congênitas, inflamatórias e infecciosas. O achado de nódulo aderido, endurecido e indolor suscita a hipótese de origem neoplásica. Dentre tais possibilidades etiológicas encontram-se os tumores de nervos periféricos, que em sua maioria possuem natureza benigna e sintomatologia relacionada ao crescimento local e compressão nervosa. Com incidência estimada de 0,001% na população encontra-se o tumor maligno de bainha de nervo periférico (TMBNP), um sarcoma altamente agressivo e com grande potencial de metastatização, comumente associado a neurofibromatose tipo 1 (NF1). Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de TMBNP em paciente sem patologias prévias.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente GCG, masculino, 48 anos, previamente hígido, vem encaminhado ao Cirurgião de Cabeça e Pescoço por nódulo cervical em nível V, medindo cerca de 4,0cm no exame físico, parcialmente aderido, de consistência endurecida, pouco doloroso, com cerca de 2 anos de evolução e crescimento lento, associado a dor em ombro direito. Realizados exames de imagem que evidenciaram lesão encapsulada, com componente sólido e líquido medindo 3,8x2,2x1,8 cm em região supraclavicular direita, com aparente plano de clivagem. Realizadas três punções aspirativas, todas não diagnósticas. Paciente foi então submetido a cervicotomia com ressecção de nódulo em aparente contiguidade com nervo do plexo braquial. Procedida congelação transoperatória que evidenciou proliferação fusocelular com atipias, não sugestiva de carcinoma, optando-se por aguardar a o exame histológico. A análise histopatológica associada ao perfil imunohistoquímico foi compatível com tumor maligno de nervo periférico. Houve boa recuperação cirúrgica, permanecendo, entretanto, com dor no ombro com melhora parcial após sessões de fisioterapia. O paciente também foi encaminhado ao oncologista clínico e ao neurologista não tendo apresentado doenças correlatas, recidiva ou metástases após 1 ano de seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TMBNP são neoplasias raras, mais frequentes em extremidades e tronco, que caracteristicamente apresentam rápida progressão, seja em suas dimensões, progressão da dor ou dos sintomas neurológicos. O caso descrito possuía localização atípica e evolução insidiosa, que contribuíram para um diagnóstico mais tardio. O tratamento para o TMBNP em geral é multimodal, envolvendo a ressecção tumoral, com radioterapia adjuvante, sendo o benefício de quimioterapia ainda incerto. O rastreamento de metástases pulmonares deve ser realizado. Neste caso foi optado, após discussão multidisciplinar, pela não realização de terapia adjuvante já que a doença era localizada e houve ressecção com margens livres. Faz-se necessário, portanto, apesar da raridade, incluir o TMBNP no diagnóstico diferencial de nódulos cervicais, com intuito de realizar diagnóstico e tratamento de forma precoce, buscando melhor sobrevida nesta patologia que caracteristicamente possui prognóstico reservado.</p>	<p>ISQUEMIA MESENTERICA DE GRANDE DIMENSAO ASSOCIADA A ADERENCIA CIRURGICA</p> <p>Marcel de Aguiar Raposo da Câmara Coelho, Juan Eduardo Rios Rodriguez, Suany Serudo Meirelis, Larissa Pessoa de Oliveira, Ingrid Lima Longo, Tereza Vítória Lira Pinto, Manuel Rios Ruiz</p> <p><i>UFAM - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica é causada pela insuficiência de fluxo sanguíneo para atender às demandas metabólicas dos órgãos viscerais. A gravidade e o tipo de órgão envolvido dependem do vaso afetado e da extensão do fluxo sanguíneo dos vasos colaterais. Apesar dos avanços nas técnicas para tratar problemas na circulação mesentérica, prognóstico continua sendo influenciado principalmente pela velocidade do diagnóstico e da intervenção. Embora seja uma causa incomum de dor abdominal, um diagnóstico impreciso ou demorado pode resultar em complicações graves, sendo a mortalidade entre 60 a 80% nos casos agudos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino de 28 anos vem ao atendimento cirúrgico em pronto-socorro de Manaus, apresentando dor abdominal difusa, associado a vômitos intensos, distensão abdominal evidente e febre. História pregressa de ferimento por arma de fogo no abdome há um ano. Ao exame físico, apresentava dor abdominal à palpação globalmente e irritação peritoneal. Imediatamente, foi submetida à exploração cirúrgica. Em inventário, foi evidenciado sangue e líquidos livres em cavidade e necrose de íleo, realizada abertura de cólon transverso devido a distensão exacerbada do mesmo. Foi realizado clampamento de segmento necrosado de íleo, cerca de 1,5 metros do ângulo de Treitz e distante de 2,5 cm da válvula íleo-cecal, enterorrafia seguida de anastomose laterolateral entre jejuno e cólon ascendente. Realizada apendicectomia incidental e colerrafia de transverso. Foi acompanhamento durante 3 dias em unidade de terapia intensiva, com melhora progressiva, mas com deiscência de sutura.</p> <p>DISCUSSÃO: As causas de isquemia mesentérica podem ser: oclusão arterial, trombose venosa e isquemia mesentérica não oclusiva, quando se trata da isquemia aguda, já na crônica, as causas podem ser alterações intrínsecas (aterosclerose, vasculites, fibrodilatação etc) ou extrínsecas (compressões, bridas, neoplasias etc). Quanto ao quadro clínico é característico dores abdominais intensas, geralmente de início súbito, na região umbilical ou no epigástrio acompanhada de sudorese e hiperatividade. Ao exame físico nota-se ruídos hidroaéreos intensos, principalmente no início. A evolução observa-se sinais de irritação peritoneal generalizada, distensão abdominal e abolição dos ruídos hidroaéreos. Os exames laboratoriais acusam leucocitose (20.000 a 40.000 leucócitos por mm³), além de acidose metabólica e elevação de CBK e fosfato. A radiografia com incidência anteroposterior pode apresentar distensão das alças intestinais e espessamento das paredes. O tratamento segue uma sequência iniciada com expansão intravascular e otimização do débito colátrico para aumentar o fluxo sanguíneo, antibioticoterapia e vasodilatadores. A cirurgia depende do local lesionado e do momento do diagnóstico, nas primeiras 8 horas, sugere-se embolectomia ou tromboendarterectomia, já havendo sinais de peritonite, indica-se a laparotomia para uma avaliação das alças intestinais.</p>
<p>PO 435-3</p> <p>SINDROME DE OGILVIE COM TRATAMENTO CIRURGICO - UM RELATO DE CASO</p> <p>JOÃO RICARDO CARVALHO DE MATOS, ANDRÉ GUIMARÃES CASTRO, FRANCO FERNANDES NETO, LUIZ SERGIO GROSSI FERREIRA, EDSON ANTONACCI NETO, LUIZ ANTONIO ARAUJO JUNIOR, DIOGO RIBEIRO BORGES SANTOS, CARELL PERES MARRA</p> <p><i>FUNAM - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução cólica aguda, apresenta-se como um conjunto de sinais e sintomas de obstrução intestinal, sendo caracterizada pela dilatação maciça do cólon direito e ceco sem a presença de um distúrbio obstrutivo identificável. Acredita-se que ocorre devido a um desequilíbrio na inervação autonômica. O trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso com diagnóstico e tratamento cirúrgico de urgência de tal patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, AMG, 51 anos, portadora de patologia psiquiátrica, admitida em nosso hospital pelo serviço clínica médica no dia 13/11/18 apresentando tosse e febre de início há 05 dias com suspeita diagnóstica de pneumonia aspirativa. No dia 17/11 iniciou com um quadro de distensão abdominal, constipação e hiporexia. Foi encaminhada para unidade de terapia intensiva devido a piora do estado clínico. Ainda nesta ocasião foi feito toque com presença de pouca quantidade de fezes líquidas em ampola, passagem de uma sonda retal calibrosa com eliminação de grande quantidade de gases, sonda nasogastrica que drenou secreção esverdeada em abundância, tentativa de correção dos distúrbios hidroeletrólitos, dentre eles a hipopotassemia (k+ 2,9) e clister glicerinado 500 ml de 12/12 horas. No dia 19/11 a paciente foi reavaliada, não obteve êxito com o tratamento clínico conservador e apresentou piora do estado geral com sinais de sepsis e agravo da dispneia. Realizou uma TC de abdome que demonstrou sinais indiretos de isquemia de cólon direito com pneumatose em parede colônica e diâmetro do ceco de 10,9 cm. Foi encaminhada nesta data para realização de laparotomia exploradora que evidenciou grande dilatação em alças colonicas à direita e ceco com sinais de isquemia, foi optado pela realização cecostomia descompressiva e apendicectomia no mesmo tempo. Após a descompressão houve melhora do padrão isquêmico das alças. Foi encaminhada ao UTI e evoluiu em pós-operatório com melhora parcial da distensão abdominal com cecostomia funcionando sem sinais de isquemia de mucosa e com diminuição do débito da sonda nasoenterica. Foi submetida a várias tentativas frustradas de extubação e veio a óbito no dia 10/12/18 por piora da patologia respiratória e choque séptico.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrita por Heneage Ogilvie em 1948, a síndrome em questão incide predominantemente em idosos, homens, pacientes hospitalizados ou institucionalizados com patologia clínica grave, intervenção cirúrgica recente, uso de clonidina e podendo ocorrer, também, na gravidez. O diagnóstico é feito por exclusão de outras patologias como carcinoma, aderências, dilatação gástrica aguda, impactação fecal, vôlvulo e isquemia mesentérica. Caso o processo obstrutivo não for revertido, podem haver complicações devido ao rompimento da parede do cólon e consequente evolução para sepsis abdominal. O tratamento pode ser realizado de forma conservadora, cirúrgica ou por descompressão colonoscópica.</p>	<p>PO 437-2</p> <p>USO DE VANDETANIBE NO TRATAMENTO DE CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE AVANÇADO EM PACIENTE PEDIATRICA DIAGNOSTICADA COM NEM 2B</p> <p>Fernanda Marsico do Couto Teixeira, Ricardo Ribeiro Gama, Felipe de Souza Barros Correa, Raafaelle de Oliveira Souza, Carolina Vertemati Cavalieri</p> <p><i>Hospital do Câncer de Barretos - BARRETOS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma medular da tireoide (CMT) tem incidência em crianças de 0,03 por 100.000 habitantes. A forma hereditária pode ser parte de síndromes: neoplasia endócrina múltipla (NEM) 2A, NEM 2B e CMT familiar. A NEM 2B está associada ao CMT, frequentemente clinicamente agressivo. O Vandetanibe tem sido usado como um novo tratamento do CMT localmente avançado, mas ainda há poucos estudos em pacientes pediátricos. O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente de 13 anos diagnosticada com NEM 2B e CMT em tratamento com Vandetanibe.</p> <p>RELATO DE CASO: KSA, 13 anos, gênero feminino, submetida à tireoidectomia total e esvaziamento cervical central (margens positivas) em outro hospital e encaminhada ao Hospital de Câncer de Barretos após o diagnóstico de carcinoma medular, irrissecável. Admitida em nosso hospital com altos níveis de calcitonina (> 2000pg/ml), metástase pulmonar e doença localmente avançada e, durante a avaliação médica, foram observados neuromas mucosos e hábito marfanóide, sugerindo NEM 2B. Ela recebeu uma dose terapêutica de MIBG, mas os níveis de calcitonina mantiveram-se elevados e houve progressão da doença no pescoço. Outra cirurgia foi realizada (esvaziamento cervical lateral esquerdo + shaving traqueal + traqueostomia) e foi observada invasão grosseira da traquéia, sendo encaminhada à radioterapia adjuvante, mas os níveis de calcitonina permaneceram superiores a 2000. Assim, decidiu-se iniciar a quimioterapia com Vandetanibe na dose de 300mg/dia. Após cerca de 20 dias, a paciente apresentou dermatite acniforme grave e foi tratada com doxiciclina e antialérgico, com melhora parcial. Com 2 meses de tratamento, o nível de calcitonina caiu de 2000 para 900 e a TC mostrou redução da doença no pescoço. Os exames subsequentes mostram doença estável no pescoço e pulmões, com uma calcitonina atual de 1106 e a paciente permanece em uso de Vandetanibe 300mg/dia, apesar dos efeitos colaterais da pele.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico, quando possível, é o padrão ouro em pacientes com CMT. Em casos de doença avançada e metastática, o uso do Vandetanibe pode ser considerado. Em um estudo de com 331 pacientes, houve aumento significativo da sobrevida livre de progressão com uso do Vandetanibe. Ira L Kraft et al. demonstraram que o tratamento contínuo a longo prazo com Vandetanibe é benéfico em pacientes com CMT avançado, foi bem tolerado e resultou em respostas duráveis em pacientes pediátricos com CMT. Embora existam alguns artigos mostrando que o uso de Vandetanibe é seguro, a incidência e o risco de rash cutâneo não foram bem investigados. Uma metanálise indicou que a incidência de rash foi de 46,1%. Os pacientes que receberam Vandetanibe 300mg/dia tiveram um risco significativamente aumentado de desenvolver erupções cutâneas. No nosso caso, foi decidido manter a dose de 300mg/dia, apesar dos efeitos colaterais que foram razoavelmente controlados, pois a paciente continua a responder ao Vandetanibe, não apresentando progressão da doença após um ano de tratamento.</p>

PO 439-2	PO 440-2
<p>SINDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER APOS RESSECCAO DE SCHWANNOMA EM PLEXO CERVICAL: RELATO DE CASO.</p> <p>Carla Mariana Xavier Ferreira, Marcella de Albuquerque Wanderley, Ana Miele Pereira Melo, Brenda Aguiar Melo, Fernando Guilherme Guimarães Fluhr, Artur Belo Azevedo, Anna Karoline Rocha de Souza, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Schwannoma é um tumor benigno originado das células de Schwann, que pode estar localizado nas raízes dos nervos cranianos e raquidianos, bem como no trajeto periférico dos nervos. A partir disso, a cirurgia é muitas vezes necessária nas situações em que o tumor pressiona um nervo, provocando dor, problemas sensitivos e motores. No entanto, em alguns casos podem surgir complicações pós-cirúrgicas. A síndrome de Claude Bernard-Horner (SCBH) é caracterizada por uma lesão que desencadeia um bloqueio na inervação simpática dos nervos faciais e oculares, que pode se manifestar com ptose parcial da pálpebra superior por desnervação do músculo de Müller, miose, enftalmia e anidrose da hemiface ipsilateral. Existem várias causas para o desenvolvimento da SCBH, tais como doenças vasculares e infecciosas, deformação congênita, iatrogenia cirúrgica ou medicamentosa e tumores.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, JEA, sexo masculino, 40 anos, apresentava ao exame físico uma tumoração na região cervical direita. Sendo caracterizado como linfonodomegalia cervical de cerca de 4cm através de uma Tomografia Computadorizada (TC). Não havendo a possibilidade de realização de punção da tumoração, foi encaminhado para cervicotomia exploradora, onde foi evidenciado no intra-operatório uma massa com envolvimento do plexo simpático cervical, suspeitando-se do diagnóstico de schwannoma. Após o procedimento cirúrgico o paciente desenvolveu a clássica síndrome de Claude Bernard-Horner, ficando com sequelas permanentes devido à extensão da ressecção para remoção completa da lesão.</p> <p>DISCUSSÃO: Nesse sentido, podemos definir que, dependendo da região e do grau de acometimento, a cirurgia com finalidade curativa para Schwannoma pode desencadear uma lesão que promoverá o bloqueio do gânglio estrelado. Quando não é possível remover cirurgicamente todo o tumor, o mesmo pode recidivar, agravando o prognóstico. Dessa forma, a remoção cirúrgica do Schwannoma pode se tornar um procedimento difícil e delicado, pois o cirúrgico pode danificar os nervos envolvidos durante a tentativa de reparo da patologia. A síndrome de Claude Bernard-Horner, apesar de rara, pode se tornar uma complicação pós-cirúrgica a depender do segmento de nervo atingido.</p>	<p>CARCINOMA FOLICULAR DA TIREOIDE COM METÁSTASE PARA ARTÉRIA RETINIANA – RELATO DE CASO</p> <p>Carla Mariana Xavier Ferreira, Artur Belo Azevedo, Ana Carolina Pastl Pontes, Igor de Lima Ribeiro, Reginaldo Melo Filho, Adriana Melo Barbosa Costa, Claubiano Cipriano Moura, Caroline Carvalho Ferro</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer folicular da tireoide é um tumor bem diferenciado, sendo o segundo mais comum e geralmente de disseminação hematogênica. Metástases à distância ocorrem em 10 a 15% dos pacientes, mesmo em tumores primários pequenos, menores que 2 cm não tenham sido associados. Os locais mais comuns são ossos e pulmão e, menos comumente, cérebro, fígado, bexiga e pele. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de carcinoma folicular de tireoide com acometimento da artéria central da retina. Até onde sabemos, este parece ser um caso raro, segundo o relatado na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 45 anos, com história de súbita perda visual do campo superior do olho direito em julho de 2018, apresentando episódios de síncope, vertigem, palpitações e sudorese, sem nenhuma relação com evento precipitante. Relata eritema ocasional em região cervical sem outras alterações, além de disfagia. Ao exame físico de cabeça e pescoço, não apresentava linfonodos palpáveis, porém a glândula tireoide apresentava-se com consistência fibroelástica e discreto aumento do volume em lobo direito devido a presença de pequeno nódulo. Já ao exame neurológico, foi observado acometimento do campo visual supero-nasal de olho direito. Foi submetido a retinografia para investigação da amaurose, a qual foi sugestiva de oclusão do ramo da artéria central da retina. O paciente foi internado para investigação do caso e provável anticoagulação. À ultrassonografia de tireoide com doppler, observou-se acentuado aumento volumétrico assimétrico do lobo tireoideano direito às custas de volumoso nódulo sólido medindo aproximadamente 4,3 cm (TI-RADS 5) e pequeno nódulo no lobo esquerdo (TI-RADS 4) e com punção aspirativa por agulha fina inconclusiva. Na análise da ressonância magnética das órbitas não foram detectadas nenhuma alteração. Sem evidências de aneurisma ou de malformação artério-venosa detectadas na angiorrsonância magnética arterial intracraniana. Ausência de alterações ecográficas e doppler significativas nos segmentos estudados pelo exame eco-color-doppler das carótidas e vertebrais. Por fim, o paciente foi submetido a tireoidectomia e o resultado do anatomo-patológico revelou quadro histológico consistente com tumor de características oncócitas sugestivo de lesão folicular (no momento aguardamos imunohistoquímica).</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer folicular de tireoide com metástase da retina mostra-se bastante raro na literatura. A cirurgia é o principal modo de terapia sendo recomendada tireoidectomia total se o tumor primário tiver pelo menos 1,0 a 2,0 cm de diâmetro, ou se a extensão extratireoideana ou metástases estiverem presentes. A abordagem cirúrgica inicial mais agressiva está associada a taxas mais baixas de recidiva local, regional e de mortalidade geral em pacientes de alto risco.</p>
<p>PO 440-3</p> <p>APENDICITE AGUDA COMPLICADA ASSOCIADA A TERATOMA OVARIANO.</p> <p>Daniel Gontijo Sousa Silva, Jéssica Barbosa de Oliveira, Yasmin Abreu Soares de Souza Pimentel, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira, Gustavo Alves Araújo Ferreira, Marília de Matos Barros, Camila Lopes Moreira da Silva</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Teratomas são neoplasias que se originam de tecido embrionário ou germinativo, sendo encontrados mais comumente na região sacrococcígea ou gonadal. O teratoma maduro ovariano é uma neoplasia benigna comum e com prevalência maior em mulheres em idade reprodutiva. Aproximadamente 1% sofre transformação maligna, havendo, portanto, indicação de tumorectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 69 anos, procura o PS de cirurgia geral de um hospital público de Brasília com relato de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 5 dias, associada a vômitos e com TC de abdome com contraste indicando achado de apendicite aguda complicada com abscesso bloqueado na região anexial direita, além de achado de volumosa lesão heterogênea para-uterina direita, medindo cerca de 12,5 cm em seu eixo axial maior e com diferencial entre teratoma ovariano e mioma uterino degenerado. Ao exame, abdome semíglobo, flácido, doloroso em baixo ventre e Blumberg positivo. Exames laboratoriais indicavam leucocitose de 22 mil com 13% bastões. Iniciada antibioticoterapia endovenosa e indicada laparotomia exploratória com achado de teratoma em fossa ilíaca direita e apendicite fase 2. Realizada apendicectomia e tumorectomia. Paciente evoluiu com alta no terceiro dia pós-operatório com prescrição de ciprofloxacino e metronidazol para domicílio, referindo retorno fisiológico de eliminações, aceitação dieta e nenhuma queixa de dor, náuseas e vômitos durante a internação.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência de teratomas benignos ovarianos é maior na faixa etária de 20 a 30 anos. Geralmente os teratomas ovarianos benignos são assintomáticos, sendo que as queixas mais frequentes são de dor e presença de massa abdominal palpável. Nesse caso, a paciente procurou o serviço de saúde com uma queixa de dor em FID, sendo a tomografia computadorizada com contraste crucial para o achado do teratoma, além do exame físico que identificou viceromegalia a palpação superficial. A complicação mais esperada para o quadro álgico da paciente associado ao teratoma é a torção ovariana, cujo risco de ocorrência é mais alto em caso de teratomas maiores, e cujo diagnóstico deve ser via cirurgia emergencial. Nesse caso, entretanto, a dor referida pela paciente era originada de uma apendicite em fase 2 complicada, cujos limites estavam de difícil demarcação dada a associação com o teratoma, que foi um achado tomográfico adventício. A abordagem imediata contribuiu para a evolução da paciente, com alta da unidade médica em 3 dias. Poucos são os relatos de pacientes com teratoma ovariano associado a apendicite aguda, sendo que os relatos encontrados referem apendicite associada à torção ovariana ou à ruptura do teratoma. Sendo assim, este caso se mostra como uma ocorrência rara dentro da incidência de teratomas ovarianos benignos descritos em literatura.</p>	<p>PO 441-2</p> <p>SINOVIOSARCOMA SUBMANDIBULAR EM CRIANÇA – RELATO DE CASO.</p> <p>CARLA MARIANA XAVIER FERREIRA, Artur Belo Azevedo, Ana Carolina Pastl Pontes, Reginaldo Melo Filho, Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira, Claubiano Cipriano Moura, Anna Karoline Rocha de Souza, Igor de Lima Ribeiro</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEÍÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os sinoviossarcomas representam raras neoplasias malignas de origem mesenquimal e constituem cerca de 5-10% dos sarcomas de partes moles. São mais frequentes em adultos jovens com idade compreendida entre 15-35 anos, com maior proporção no sexo masculino e apresentam-se mais comumente em regiões de extremidades, com relação estreita com tendões, bainhas tendíneas e bursas. Eles podem ser classificados em bifásicos ou monofásicos baseado na presença de um componente celular epitelial junto as células tumorais fusiformes. O tipo monofásico é o mais comum. Aproximadamente, 90% dos sinoviossarcomas apresentam uma translocação entre o cromossomo 18 e o cromossomo X, t(X; 18). Sua ocorrência na cabeça e pescoço é rara e compreende cerca de 2,5-3,5% dos sarcomas dessa região. Acredita-se que esses possuem uma maior capacidade de disseminação metastática quando situados nessa topografia. O tratamento mais comum é a exérese cirúrgica, seguida ou não de quimioterapia e radioterapia, de um modo geral, a abordagem multimodal tem demonstrado bons resultados.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 10 anos, sexo feminino, com história de aumento de volume em assoalho anterior de cavidade oral há cerca de 6 meses. Foi submetida a duas ressecções sem margens devido a suspeita de rânula por cirúrgio bucomaxilofacial: A primeira na época do aparecimento e que, três meses após, recidivou retornando ao volume original sendo submetida a nova abordagem cirúrgica. A biópsia do primeiro procedimento cirúrgico não se encontrava disponível para análise. Solicitada imunohistoquímica da segunda peça cirúrgica que concluiu o diagnóstico como sinoviossarcoma. No momento da consulta com cirúrgio de cabeça e pescoço, apresentava lesão em assoalho antero-lateral direito junto ao ramo horizontal da mandíbula, móvel, de cerca de 3 cm, sem linfonodomegalias palpáveis. A Tomografia Computadorizada e a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) mostravam lesão isodensa captante (SUV 8) de 3 x 2 x 1,7 cm na mesma topografia. Encaminhada para avaliação pela Oncologia pediátrica – indicada neoadjuvância com quimioterapia. A mesma encontra-se no aguardo para início da linha de tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento dos sarcomas de partes moles se dá principalmente através da ressecção cirúrgica com amplas margens livres de doença. A adjuvância deve ser discutida mas sua utilização se dá na maioria dos casos. Nesta paciente devemos entender que foi submetida a 2 ressecções prévias sem margens adequadas, onde houve recidiva em curto período de tempo. Nesta nova abordagem multidisciplinar, a neoadjuvância tem o papel na tentativa de regressão do volume tumoral e posterior abordagem com tratamento cirúrgico menos agressivo para uma criança de 10 anos.</p>

PO 441-3	PO 442-1
<p>GLOSSIPIBOMA INTRACAVITARIO: RELATO DE CASO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, ERISVALDO FERREIRA CAVALCANTE JÚNIOR, MATHEUS LEITE ROLIM, MARCOS ALENCAR TAVARES, CAROLINE CARVALHO FERRO, CLAUDIOANO CIPRIANO MOURA, IGOR DE LIMA RIBEIRO, REGINALDO MELO FILHO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAA/UFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo glossiipiboma refere-se a uma neoformação a partir de uma matriz têxtil circundada por uma reação inflamatória, caracterizada como uma massa tumoral. O primeiro relato de caso conhecido é datado de 1884, descrito por Wilson, a partir de então vários casos de corpos estranhos surgiram na literatura médica. A incidência de casos é subnotificada, principalmente devido às implicações médico-legais que permeiam tal ocorrência. A sua prevalência alcance cerca de 1:1500 laparotomias. As complicações do glossiipiboma envolvem perfuração gastrointestinal, obstrução e suboclusão e peritonite.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.C.M.A., 50 anos, branca, feminino, natural e procedente de Maceió - AL. Há 5 meses foi submetida a laparotomia exploradora referindo dor em andar superior do abdome associado a vômitos. Durante transoperatório foi identificado hemoperitônio maciço e presença de hematomas hepáticos rotos com provável causa rotura hepática espontânea. Foi realizado controle de danos e após recuperação clínica foi rebordada para retirada das compressas. O pós-operatório foi sem intercorrências e após melhora de quadro clínico obteve alta hospitalar. Após 4 meses de cirurgia paciente referiu dor em região epigástrica. Apresentava-se em estado geral regular, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Abdome flácido, depressível, doloroso a palpação difusamente, ausência de visceromegalias. A TC demonstrou achados de duas coleções de paredes definidas e conteúdo heterogêneo com imagens hiperdensas de permeio, junto a parede anterior de corpo gástrico (13x6x6,1 cm) e outra junto a face ântero-superior do baço (8,1x8,9x6,9 cm). Paciente submetida a laparoscopia diagnóstica com achado de bloqueio de omento anteriormente a pequena curvatura gástrica entre lobo hepático esquerdo e vasos esplênicos e outro bloqueio próximo ao espaço subfrênico. Após deslocamento de ambos bloqueios foi evidenciado secreção purulenta e compressas em cada bloqueio envoltas por fibrose. Após retirada de corpo estranho foi realizada lavagem abundante de cavidade com adição de dreno de sucção. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório com melhora do quadro clínico e foi encaminhada para seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Os casos de glossiipiboma apresentam uma incidência em torno de 1:1000 a 1:5000 laparotomia, porém este número é subnotificado devido as implicações legais envolvidas nestas situações, sendo abordada na maioria dos casos com negligência e não como uma possível complicação inadvertida e inerente ao ato operatório. Há medidas para prevenção dos glossiipibomas como contagem e recontagem do número de compressas no pós-operatório; exploração exaustiva da cavidade abdominal antes da sutura peritoneal e anotar no prontuário do paciente o número de compressas intrabdominais diante de um "controle de danos".</p>	<p>CURSO DE ABORDAGEM PRÁTICA AO TRAUMA (CAPT): UM MODELO DE CAPACITAÇÃO DE ALUNOS PARA ALUNOS</p> <p>Milena Aquino Meirelles Leite Neves, Hélio Tourinho Diniz Gonçalves Neto, Mariana Pereira Jorge, Leonardo Ferrari, Marcio Rivson</p> <p><i>UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Nos primeiros três anos de curso, muitas faculdades de medicina não apresentam atividade alguma voltada para o treinamento do atendimento em urgência e emergência em sua matriz curricular. Dessa forma, os conteúdos acabam sendo ministrados sem integrar prática e teoria, o que tende a tornar o processo de aprendizagem menos significativo. Devido ao alto índice de óbitos resultantes de acidentes e violência nas quais os conhecimentos na abordagem inicial de uma vítima são cruciais para o desfecho da situação, a importância de indivíduos capacitados por meio de atividades educativas em emergência é imprescindível. Diante disso, o Curso de Abordagem Prática ao Trauma (CAPT) visa instigar os participantes acerca das principais condutas a serem tomadas perante uma cena de trauma.</p> <p>RELATO DE CASO: O Curso de Abordagem Prática ao Trauma (CAPT) é um curso teórico-prático realizado na cidade de Salvador-BA, por 24 estudantes de medicina, membros da Liga de Trauma e Emergências Cirúrgicas (LATEC), com dois dias de duração, para um público-alvo de 40 participantes. No primeiro dia, são ministradas aulas teóricas sobre atendimento pré-hospitalar e intrahospitalar por professores convidados. Já no segundo dia, ocorre a divisão dos grupos para as estações teórico-práticas. Ao final, os ligantes encenam uma simulação de suporte avançado de vida e os estudantes praticam a resolução de casos clínicos e a retirada automobilística em equipe por meio de uma competição.</p> <p>DISCUSSÃO: O ensinar é comprovadamente, uma das formas mais eficazes de consolidação do aprendizado. Dentro desse contexto, o CAPT realizado pelos participantes da LATEC é um curso de alunos para alunos que objetiva facilitar o acesso do conhecimento ao trauma. Segundo o questionário elaborado e respondido pelos 24 ligantes que organizaram a última edição do curso, 79,2% se encontravam antes do terceiro ano de curso e apenas 8,3% afirmaram ter tido em algum momento da graduação aulas que abordassem os temas propostos pelo curso em sua totalidade. Seguindo essa ordem, apenas 16,7% afirmaram ter participado de curso extracurricular que abordasse todos os temas elucidados pelo CAPT, sendo que cerca de 50% desses cursos eram ministrados por alunos. A maioria dos ligantes (75%) foi alocada para a realização das aulas práticas, tendo em vista um enfoque maior na participação ativa por parte dos ouvintes. Foi realizado um gráfico comparativo das respostas sobre o nível de conhecimento de trauma por parte dos organizadores antes e após o curso, o qual revelou uma melhora substancial no grau de compreensão dos temas pelos estudantes (66,7% deram nota 9 de 10 para o nível de conhecimento sobre o trauma após o CAPT). Além disso, os quesitos confiança em ensinar, didática e entrosamento entre os ligantes também apresentaram melhora. Dessa forma, foi possível perceber que o CAPT trouxe um grande crescimento pessoal não somente para os participantes do curso, mas também para seus organizadores.</p>
<p>PO 442-2</p> <p>RUPTURA DE TIREOIDE APOS TRAUMA CONTUSO DO PESCOÇO: CASO RARO.</p> <p>Carla Mariana Xavier Ferreira, Marcella de Albuquerque Wanderley, Ana Miele Pereira Melo, Brenda Aguiar Melo, Fernando Guilherme Guimarães Fluhr, Ana Carolina Pasti Pontes, Luís Henrique Lemos Fontes Filho, Caroline Carvalho Ferron</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma contuso de pescoço está associado a condições como lesões de esôfago, laringe, traqueia, artérias carótidas e à ruptura de tireoide. Lesões de partes moles são relativamente comuns, mas a ruptura traumática da glândula tireoide é muito rara, com poucos casos relatados na literatura, sobretudo quando a glândula é previamente normal. Dor cervical sem edema pode ser o único sintoma imediatamente após o trauma. A principal complicação dessa condição é a compressão de via aérea devido a sangramentos e formação de hematomas, provocando dificuldade respiratória.</p> <p>RELATO DE CASO: MSS, sexo feminino, 17 anos, com história de trauma cervical após queda de bicicleta. Evoluiu com edema cervical, disfonia e dor importantes. Procurou serviço de emergência onde o primeiro atendimento foi realizado por cirurgia-geral. Submetida a tomografia cervical onde foi possível visualizar a ruptura entre istmo e lobo esquerdo da glândula tireoide. Internada para tratamento clínico. Durante internamento submetida a videolaringoscopia (exame sem alterações no terceiro dia pós-trauma). Após o quinto dia de internação hospitalar teve alta com melhora do edema e disfonia. Segue ambulatorialmente com controle de função tireoideana (sem sinais de hipotireoidismo tardio).</p> <p>DISCUSSÃO: Apenas alguns casos isolados de ruptura da tireoide causada por trauma cervical sem corte foram relatados em pacientes com glândulas tireoideas normais. Quando há suspeita, exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada são utilizados para confirmar o diagnóstico e determinar o melhor tratamento. Na evidência de um hematoma, a intervenção cirúrgica pode ser necessária. Para casos não complicados, recomenda-se tratamento e monitoração conservadores tanto do hematoma como da função do órgão.</p>	<p>PO 442-3</p> <p>DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE ESPLÊNICA APOS LAPAROTOMIA EXPLORATORIA - RELATO DE CASO</p> <p>Karoliny Andrade Wobido, Iuri Oliveira Biondi, Dominick Andrade Wobido, Thiago Melo Espírito Santo</p> <p><i>Faculdade São Francisco de Barreiras - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose extrapulmonar trata-se de uma patologia que pode acometer praticamente qualquer órgão intracavitário e cursa com sintomas bastante inespecíficos, resultando em morbidade e mortalidade significativas em decorrência na demora ao chegar em um diagnóstico preciso. A tuberculose esplênica geralmente resulta da disseminação hematogênica em um contexto de tuberculose miliar, com sua disseminação através da veia porta a partir de lesões gastrointestinais, sendo que, a forma micronodular é a mais comum. Essa patologia tem sido favorecida pela resistência de Mycobacterium tuberculosis resistente a múltiplas drogas e à imunossupressão, e cada vez mais presentes no cenário brasileiro.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, mulata, 62 anos, previamente hígida que buscou auxílio médico para a investigação de dor e distensão abdominal difusas pelo abdômen. Apresentou desconforto à descompressão, febre e leucocitose. Com a priora progressiva do quadro de abdômen agudo, a paciente foi submetida a uma laparotomia afim de investigar a etiologia dos sinais e sintomas apresentados. A laparotomia de exploração revelou necrose caseosa do baço. Após análise anátomo patológica através da coloração de Ziehl- Nelsen a partir do diagnóstico presuntivo de tuberculose, foi confirmada a presença de bacilos ácidos resistentes, dessa forma concluiu-se que se tratava de um quadro de tuberculose esplênica.</p> <p>DISCUSSÃO: A tuberculose deve ser sempre considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com abdômen agudo, pois é capaz de mimetizar uma série de outras patologias e que a identificação e intervenção rápida serão capazes de determinar a vida do paciente.</p>

<p style="text-align: center;">PO 443-2</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR DO TIPO ESCLERODERMIFORME E RECIDIVA LINFONODAL: RELATO DE CASO.</p> <p>CARLA MARIANA XAVIER Ferreira, Ana Miele Pereira Melo, Brenda Aguiar Melo, Fernando Guilherme Guimarães Fluhr, Marcella de Albuquerque Wanderley, Isabelle Oliveira Santos, Ana Carolina Pastl Pontes, Anna Karoline Rocha de Sousa</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma esclerodermiforme é um dos subtipos histológicos do carcinoma basocelular (CBC) de maior caráter infiltrativo e recidivante sendo responsável por cerca de 20% do carcinomas primários e 88% dos tumores recidivantes. O tumor recidivado devido ao seu caráter infiltrativo apresenta pior prognóstico. Geralmente apresenta-se em área de cicatriz, ao seu lado ou em profundidade principalmente em região do "H" da face. Pode apresentar-se sob outros tipos histológicos a exemplo do basoescomoso, considerado outro subtipo metatípico raro com características comuns ao carcinoma basocelular e espinocelular. Este, devido a estas características mistas, caráter infiltrativo altamente recidivante, sua raridade e pouco estudo configura-se como um desafio terapêutico.</p> <p>RELATO DE CASO: TMSS, sexo masculino, 17 anos, diagnosticado com carcinoma basocelular do subtipo esclerodermiforme por biópsia excisional fora do serviço. Submetido a parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele com margens livres de neoplasia, com esvaziamento cervical supraomohioideo ipsilateral. Houve necessidade de remoção de conduto auditivo externo e sacrifício dos ramos superiores do nervo facial por invasão tumoral direta. Reconstruído imediatamente com retalho de avanço cervico-facial. Realizou radioterapia adjuvante com 71 GY. Aos 21 anos evoluiu com linfonodomegalia cervical nível II direito, onde a biópsia apresentou-se como carcinoma basoescomoso. Submetido a linfadenectomia cervical radical tipo II (invasão do músculo esternocleidomastoideu) direita em junho de 2017. No momento em planejamento de adjuvância com quimioterapia e em avaliação para a viabilidade de novo tratamento radioterápico.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido ao caráter infiltrativo, alta recidiva e aparência inoculada no exame físico, o tratamento do CBC agressivo é a ressecção cirúrgica com margens amplas e exame de congelação intraoperatório, pois é a única que analisa de forma confiável a histologia de praticamente 100% das margens cirúrgicas do tumor e rastreia suas extensões subclínicas. Sendo assim, esta forma, uma das mais seguras quanto a cura do paciente, tanto na prevenção de recidivas quanto na cura dessas. Quando primário, o tratamento cirúrgico pode ser a única modalidade terapêutica. Já as lesões recidivada e metastática, por apresentar pior prognóstico, normalmente necessitam de adjuvância.</p>	<p style="text-align: center;">PO 443-3</p> <p>ROTURA ESPLÊNICA ESPONTANEA: RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO AMANTINI MESSIAS, DANIELA TIBIRICA DOS REIS, FABIO ORSI CERIBELLI, LUIZA MORAIS DE OLIVEIRA, BEATRIZ QUEIROZ CRUZ, BRENO FALCO, FELIPE FERREIRA GUILHERME, JAQUES WAISBERG</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A rotura esplênica espontânea é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e elevada taxa de mortalidade, podendo chegar a 20% em algumas séries. Essa elevada taxa está diretamente relacionada com o atraso no diagnóstico e demora terapêutica. Até 8% dos casos evoluem a óbito antes mesmo de serem diagnosticados. Relatamos um caso de paciente feminina com rotura esplênica espontânea sem causa definida tratada cirurgicamente por esplenectomia laparotômica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, de 58 anos, deu entrada no PS com queixa de dor abdominal com piora progressiva há um mês associada a vômitos. Negava outros sintomas. Antecedentes cirúrgicos de miomectomia e três cesáreas. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, com dor a palpação difusa do abdome, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais evidenciavam Hb de 12,40, leucócitos de 16,70, INR 1,09, amilase de 27mg/dl e PCR de 92,40. Foi optado pela realização de tomografia computadorizada que identificou baço com dimensões aumentadas e contornos lobulados (irregularidade do contorno superior, podendo relacionar à isquemia/rotura); coleção adjacente ao pólo superior se estendendo inferiormente no aspecto marginal lateral com focos hiperdensos de perimeio e discreto realce capsular, medindo cerca de 9 x 7,5cm no dois maiores diâmetros no plano axial, considerar hipótese de hematoma. Com base nos achados foi realizada uma laparotomia exploratória e optado pela esplenectomia pela suspeita de hematoma infectado. O anatomopatológico evidenciou rotura esplênica com hemorragia parênquimatosa sem causa definida. Paciente recebeu alta em boas condições e segue em acompanhamento ambulatorial com melhora dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: A rotura esplênica idiopática ocorre quase que exclusivamente em adultos, sendo mais prevalente em homens. Há diferentes teorias para tentar explicar a causa dessa entidade clínica, entretanto, carecem de evidências fortes para suportá-las. Os principais fatores de risco são infiltração esplênica por doença hematológica, infarto esplênico e distúrbios da coagulação. Podemos dividir a rotura esplênica em dois grandes grupos: causas não traumáticas (espontâneas/idiopáticas e patológicas) e causas traumáticas. As causas não traumáticas são responsáveis por apenas 0,5% dos casos. A patologia deve ser considerada em qualquer paciente com dor abdominal e choque, independentemente de ter história de trauma. A sintomatologia é inespecífica, como na maioria dos casos de abdome agudo, com dor abdominal, principalmente em hipocôndrio esquerdo e/ou flanco esquerdo, associado a mal-estar, palidez, taquicardia, distensão abdominal e anemia, podendo evoluir para quadros mais graves como peritonite, hipotensão e choque. É de extrema importância a realização de exames de imagem, como: ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome, sendo esta o padrão ouro. O tratamento atual mais preconizado é cirúrgico, sendo a esplenectomia o padrão ouro.</p>
<p style="text-align: center;">PO 444-1</p> <p>A IMPORTANCIA DE SIMULACOES E CAPACITACOES NA PRATICA ACADEMICA E FORMAÇA MEDICA: RELATO DE EXPERIENCIA</p> <p>AMANDA LIMA OLIVEIRA, HERLES NAUM OLIVEIRA QUEIROZ, GABRIELA VAZ CALHEIRA, LEONARDO FERRARI, MARCIO RIVISON</p> <p><i>UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Durante a trajetória acadêmica do estudante de medicina, há, de modo geral, dois tipos de currículo: o formal, com as atividades obrigatórias; e o informal, aquele em que o estudante busca atividades extracurriculares para participar. Entre tais atividades, existe a Liga Acadêmica de Trauma e Emergências Cirúrgicas (LATEC), um projeto que se encontra apoiado em dois princípios primordiais: capacitações internas e estágios supervisionados. É a partir desses pilares, que os membros ligantes, guiados pela prática, conseguem compreender sua futura vida profissional. Assim sendo, o presente relato tem como objetivo relatar a importância das atividades e capacitações para a formação médica dos membros da LATEC, da Universidade Salvador, em Salvador – Bahia.</p> <p>RELATO DE CASO: A LATEC proporciona diferentes capacitações, sendo elas: simulações, discussão de casos clínicos, resolução de questões, aulas expositivas e práticas de procedimentos clínicos e cirúrgicos. Dentre os ensinamentos, temos simulações de: atendimento ao politraumatizado, suporte avançado de vida, retirada rápida automobilística, além dos casos teórico-prático de abordagem ao paciente de abdome agudo. Diante disso, um membro da liga atua como vítima, outro membro é posto como médico, fazendo todo o atendimento ao paciente, com a simulação de uma equipe, articulando o raciocínio para a resolução do caso e ditando os materiais e procedimentos necessários ao longo da evolução do paciente na simulação. Outro método de aprendizado utilizado são as capacitações específicas: paramentação, instrumentação cirúrgica, intubação orotraqueal, acesso intraósseo, acesso venoso central, acesso venoso periférico, cricotireoidostomia, drenagem torácica em selo d'água, suturas e prática com caixa videolaparoscópica. Para tais são utilizados manequins simuladores ou materiais específicos, possibilitando a prática dos procedimentos diversas vezes. Além disso, ocorre a consolidação do aprendizado com a aplicação dos procedimentos das capacitações no momento prático do estágio, sendo esse em centro cirúrgico, supervisionado pela equipe de cirurgia geral do hospital referente.</p> <p>DISCUSSÃO: A prática é um pilar essencial na formação médica e é através dela que é possível concretizar o processo ensino-aprendizagem, pois se torna possível que o aluno aplique aquilo que lhe foi ensinado na teoria, além de criar suas próprias impressões sobre o saber médico. Desse modo, quando experiências são vivenciadas, elas ficam marcadas de certa forma, sendo possível uma maior associação a uma experiência vivida do que a uma informação repetida. A partir disso, a LATEC criou as capacitações internas com objetivo de tornar seus membros mais seguros e confiantes para atuação prática vivenciada no estágio supervisionado da liga. Com esse modelo de aula teórico-prática e estágio supervisionado, é possível que todos os ligantes exercitem na prática o que aprenderam na teoria, contribuindo para conhecimentos e habilidades acadêmicas, e competência prática.</p>	<p style="text-align: center;">PO 444-2</p> <p>NEUROFIBROMA X PSEUDOANEURISMA POS-TRAUMA: RELATO DE CASO.</p> <p>CARLA MARIANA XAVIER Ferreira, Ana Miele Pereira Melo, Brenda Aguiar Melo, Fernando Guilherme Guimarães Fluhr, Marcella de Albuquerque Wanderley, Débora Araújo Aguiar, Isabela Sá Brito Feitosa, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neurofibromatose tipo 1 (NF1), anteriormente denominada Doença de Von Recklinghausen, é uma desordem neurocutânea autossômica dominante no cromossomo 17. O diagnóstico dessa patologia baseia-se em sete critérios clínicos. Entre as manifestações destacam-se as máculas café com leite, lesões ósseas características e neurofibromas, não sendo patognomônicos da NF1. Entre os diagnósticos diferenciais do neurofibroma encontram-se as malformações vasculares, em forma de aneurismas ou estenoses. Além disso, pacientes com NF1 estão suscetíveis a desenvolver essas anormalidades, ocorrendo em 0,41% a 6,4% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: S. A. S., 52 anos, sexo masculino, apresentou aumento da região cervical posterior e occipital três anos após trauma cervical posterior. A hipótese diagnóstica inicial após avaliação por cirurgião vascular foi de pseudoaneurisma pós-trauma. Foi, então, submetido à tomografia computadorizada do crânio e arteriografia com embolização de pseudoaneurisma de artéria occipital esquerda. Algumas horas após o procedimento, a lesão evoluiu com necrose da pele local. Internado para controle e curativos, onde foi avaliado por cirurgia de cabeça e pescoço. Observadas ao exame físico a presença de manchas café-com-leite além de tumoração cervical posterior extensa envolvendo nuca e occipital, sem delimitação a palpação e com área central de necrose cutânea. Realizou-se a ressecção da lesão, na qual a tumoração se difundia abaixo da pele sem delimitação definida; executando-se, em seguida, a rotação e retalho de couro cabeludo e enxertia de área doadora. Após o procedimento, foi firmado como diagnóstico, neurofibromatose do tipo 1 sendo a tumoração uma manifestação da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: O pseudoaneurisma da artéria occipital é um dos diagnósticos diferenciais da NF1. Anormalidades vasculares, principalmente aneurismas ou estenoses, são manifestações reconhecidas da doença e existem dois padrões de lesões vasculares relacionados: o primeiro atinge grandes vasos com neurofibromas perivasculares ou ganglineuromas, relacionados a transformações degenerativas na parede vascular anexa; o segundo tipo ocorre em pequenos vasos e são agregados nodulares de músculo liso. Os pacientes geralmente são assintomáticos, apresentando clínica somente após complicações. O pseudoaneurisma pode ser secundário a infecções, trauma e até mesmo a doenças genéticas como neurofibromatose. Quando associado a algum evento traumático na artéria occipital, trata-se de um caso extremamente raro devido a sua localização isolada, se desenvolvendo, geralmente, em 2 a 6 semanas após o trauma. Apresenta-se como uma massa pulsátil no couro cabeludo com frequente dor local. O pseudoaneurisma da artéria occipital, portanto, pode ser considerado um dos diagnósticos diferenciais para a NF1 ou estar associado a ela. Sendo necessário a correlação da clínica com os exames complementares para a conclusão do diagnóstico.</p>

PO 444-3	PO 445-2
<p>HERNIA DE BOCHDALEK: RELATO DE CASO</p> <p>FABIO azevedo ribeiro, isabela simieli, isabela kaluf de oliveira, phillipe bürger, fernanda pereira costa, bruna daher lima</p> <p><i>hospital santa casa de franca - FRANCA - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia de Bochdalek (HB) é o tipo mais comum de Hérnia Diafragmática Congênita, caracterizada por um defeito no segmento pósterolateral do diafragma e evisceração do conteúdo abdominal para o tórax. É usualmente diagnosticada no período neonatal por quadro de insuficiência respiratória aguda. Somente 5% das HB são relatadas em adultos, sendo que nestes a clínica é tardia, evidenciando quadros respiratórios, cardiovasculares e/ou obstrutivos abdominais agudos. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de hérnia de Bochdalek à esquerda, com manifestação clínica tardia em homem adulto.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 37 anos, deu entrada na emergência com queixa de dor abdominal difusa, contínua, com 5 dias de evolução. Concomitante ao quadro algóico, apresentava náuseas, vômitos fecaloídes, inapetência e parada de eliminação de flatos e fezes. O quadro era refratário ao uso de antiemético e inibidor de bomba de prótons. Fez uso de cocaína em grande quantidade no dia de início do quadro, obtendo piora da dor. Em conjunto, apresentou dispneia, com piora ao decúbito e melhora ao sentar. Sem comorbidades; refere história de pneumonia há 18 anos, a qual foi submetido a drenagem de tórax a esquerda. No exame físico, taquípneico, sem alterações da ausculta. O abdome estava distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, pouco flácido, doloroso a palpação profunda difusamente. Ausência de irritação peritoneal e timpânico. Exames laboratoriais gerais sem alterações. Tomografia com importante distensão difusa de alças do intestino delgado com sinais sugestivos de pneumatose intestinal. Submetido a laparotomia exploradora de urgência. Achados: saco herniário em região póstero-lateral esquerda contendo cólon de ângulo esplênico. Realizado redução e rafiado orifício pósterolateral esquerdo diafragmático. Procedimento sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: As manifestações da hérnia de Bochdalek ocorrem mais comumente em neonatos, traduzindo-se principalmente em sintomas respiratórios. É considerada um dos defeitos torácicos congênitos mais frequentes. No adulto, é uma alteração raramente descrita, correspondendo a 5% do total de casos, e predomina no sexo feminino. Nessas situações, é possível a ocorrência de sintomas agudos ou recorrentes, acometendo os aparelhos cardiovasculares e respiratório, além de provocar um abdome obstrutivo. Os fenômenos de encarceramento e estrangulamento das vísceras herniadas, com consequente isquemia e perfuração, podem também evoluir com complicações sépticas. O presente relato descreve a ocorrência de hérnia de Bochdalek em paciente de perfil epidemiológico destoante da literatura disponível. Indivíduo jovem, do sexo masculino, com clínica compatível com abdome agudo obstrutivo, e cujos exames complementares identificaram hérnia diafragmática. Portanto, apesar da raridade de tal condição e da escassez de dados compatíveis com a epidemiologia descrita, foi possível executar intervenção adequada e bem-sucedida no caso relatado.</p>	<p>MELANOMA METASTÁTICO EM GLÂNDULA PAROTÍDICA - TUMOR PRIMÁRIO OCULTO</p> <p>CARLA MARIANA XAVIER Ferreira, Ana Carolina Pastl Pontes, ANA MIELE PEREIRA Melo, Brenda Aguiar Melo, Fernando Guilherme Guimaraes Fluhr, Marcella de Albuquerque Wanderley, Luciana Patricio Tavares Benevides, Juliana Amorim Matos</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADES - MACEIÓ - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma com tumor primário oculto é definido como melanoma confirmado histologicamente em local secundário, como linfonodos ou órgão visceral, sem história ou evidência de sítio primário. Cerca de 15-25% dos melanomas cutâneos primários ocorrem na cabeça e no pescoço, sendo mais agressivos e com piores prognósticos. Raramente, o melanoma é diagnosticado no parênquima parotídeo ou linfonodos parotídeos sem um local primário identificável. Isso pode resultar de melanoma cutâneo regredido com metástases parotídeas ou de um melanoma parotídeo primário. Serão relatados dois casos de melanoma em parótida com tumor primário oculto.</p> <p>RELATO DE CASO: CASO 1 - A.R., masculino, 42 anos, com lesão nodular em topografia da glândula parótida esquerda. Foi realizada tomografia computadorizada (CT) com contraste que apresentou imagem nodular densa, de limites definidos, em lobo superficial da glândula parótida esquerda. A punção aspirativa por agulha fina resultou em carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Exames de rastreamento para o tumor primário negativos. A Tomografia por emissão de pósitrons (PET/CT) evidenciou formação nodular na região pré-auricular superficial da parótida esquerda. Realizada uma parotidectomia superficial esquerda com conservação do nervo facial associada a esvaziamento cervical a ipsilateral. Os exames anátomo-patológico (AP) e imuno-histoquímico (IHQ) confirmaram a presença de melanoma maligno em parótida e nos linfonodos cervicais. Não foi identificado tumor primário cutâneo ou mucoso para o melanoma. CASO 2- J.M.S., masculino, 19 anos, com tumoração em parótida esquerda. CT de pescoço evidenciou lesão com captação de contraste em corpo e polo inferior da glândula de cerca de 2 x 3 cm. Punção aspirativa por agulha fina compatível com adenoma pleomórfico. A parotidectomia superficial esquerda indicada e realizada. AP e IHQ confirmaram metástase de melanoma maligno. História de ressecção de nevus melanocítico em região frontal há 3 anos, com diagnóstico AP e IHQ de nevus melanocítico intradérmico. PET-CT negativo para tumor viável após procedimento cirúrgico; não diagnosticado tumor primário.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos casos de melanoma de parótida com sítio primário desconhecido ocorrem no sexo masculino acima de 56 anos, o que evidencia acometimento precoce dos casos relatados. A IHQ e AP são determinantes na delimitação da linhagem do tumor, porém a diferenciação entre metástases e tumor primário pode não ser feita. A cirurgia pode ser curativa nesses casos, porém deve ser feito acompanhamento para análise de recidivas, associando ao tratamento a radioterapia, quimioterapia e/ou imunoterapia. A sobrevida global é semelhante para pacientes com melanoma de parótida apresentando um sítio primário desconhecido ou conhecido.</p>
<p>PO 445-3</p> <p>APENDICECTOMIA NO SEGUNDO TRIMESTRE GESTACIONAL: RELATO DE CASO</p> <p>Evellyn Vitória Sousa de Loureiro, Peperson Pietro Cavalcante Carvalho, Hudson Fernandes Barile</p> <p><i>Universidade Federal do Pará (UFPA) - Altamira - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a indicação mais comum de cirurgia por condições não obstétricas durante a gestação, com incidência de 1 caso a cada 2000 gestações anualmente. Os sintomas de apendicite aguda no período gestacional assemelham-se àqueles encontrados em mulheres não-grávidas. Porém, as manifestações iniciais dessa patologia, como hiporexia, náuseas e vômitos, podem ser confundidas com os sintomas da gravidez normal. Além disso, os sinais de abdome agudo podem estar dissimulados pelas alterações posicionais das vísceras abdominais em decorrência do crescimento uterino. Assim, o retardado ou a não realização de diagnóstico correto são comuns, com consequente risco de perfuração apendicular, que aumenta as taxas de mortalidade materno-fetal. O diagnóstico é eminentemente clínico, apesar de ser dificultado pelas mudanças do ciclo gravídico. A ultrassonografia (USG) é o exame complementar de primeira escolha, já que os exames laboratoriais importantes no diagnóstico de abdome agudo sofrem alterações na gestação. O tratamento é a apendicectomia de emergência, preferencialmente por via laparoscópica, associado à antibiotioterapia. Nesse contexto, esse estudo objetiva relatar um caso de apendicite aguda em uma gestante internada no Hospital Municipal de Altamira-PA.</p> <p>RELATO DE CASO: G.A.C.N, 22 anos, G1P0A0, idade gestacional de 25 semanas e 4 dias foi admitida no Hospital Municipal de Altamira com dor abdominal e vômitos com dois dias de evolução, sem demais queixas. Exame físico: lúcida e orientada, regular estado geral, anictérica, afebril, eupneica, normocorada, desidratada, abdome globoso, doloroso na fossa ilíaca direita com sinais de peritonite, útero gravídico, batimentos cardíacos de 158bpm, colo uterino fechado, panturrilhas livres. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose de 18.100/mm³. Foi realizado USG das vias urinárias, sem alterações; bem como USG obstétrica, identificando mioma subseroso na parede uterina, sem identificação do apêndice. Inicialmente, foi avaliada pelo obstetra de plantão que, após perceber o quadro atípico, solicitou a avaliação da cirurgia geral. A paciente foi submetida à apendicectomia por laparotomia. O ato operatório foi dificultado pelo mioma subseroso de 15cm no corpo uterino, pois foi utilizada a incisão de Daves. No entanto, a cirurgia ocorreu sem intercorrências. No pós-operatório, evoluiu bem e sem complicações. Após 3 dias recebeu alta hospitalar, e a gravidez evoluiu normalmente.</p> <p>DISCUSSÃO: A precocidade diagnóstica e terapêutica são importantes no prognóstico da paciente, pois o atraso eleva o risco de perfuração apendicular, que aumenta a morbimortalidade materno-fetal. Concluímos que, embora a USG seja o exame de primeira escolha para fechar o diagnóstico, o exame clínico é essencial. Por fim, o caso relatado é relevante, pois demonstra que a experiência dos profissionais, o diagnóstico rápido e preciso, e a terapia adequada corroboraram para melhores resultados, assim como descrito na literatura médica.</p>	<p>PO 446-2</p> <p>AUMENTO DE SOBREVIDA EM CARCINOMA ANAPLÁSICO TIREOIDIANO – RELATO DE CASO</p> <p>Carla Mariana Xavier Ferreira, Ana Miele Pereiro Melo, Brenda Aguiar Melo, Marcella de Albuquerque Wanderley, Ana Carolina Pastl Pontes, Abilio Lopes Silva Neto, Luciana Patricio Tavares Benevides, Caroline Carvalho Ferro</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Carcinoma anaplásico da tireóide representa a forma mais agressiva das neoplasias epiteliais da tireóide, sendo um dos mais letais dos tumores humanos. Apesar de constituir menos de 5% dos achados malignos da tireóide, é responsável por mais da metade das mortes provocadas por carcinomas da glândula com uma taxa de mortalidade acima de 90% e sobrevida média de seis meses após o diagnóstico. A estratificação do estágio TNM considerava até 2017, qualquer tipo de tumor anaplásico da tireóide como estágio IV, o estadiamento de pior prognóstico possível. Entretanto, com as mudanças de classificação, estão considerados tumores anaplásicos de pior prognóstico aqueles associados com o paciente em idade maior que 55 anos, comprometimento de linfonodos, extensão extratireoidiana para fáscia pré-vertebral, encarceramento de vasos maiores e metástase à distância.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 74 anos, com presença de nódulos na tireóide e, punção por agulha fina inconclusiva. Ao exame físico não apresentava disfagia, disfonía ou dispnéia, entretanto, na palpação detectou-se uma massa cervical pétreia de crescimento rápido no últimos mês. Realizou-se a tomografia, servindo de base no planejamento pré-operatório, que mostrou uma formação expansiva sólida heterogênea, junto à cartilagem tireóide à direita, indissociável do terço superior do lobo direito da tireóide, medindo cerca de 4,8 x 5,5 x 3,3 cm com invasão do compartimento vascular. A cirurgia foi feita com a indicação de tireoidectomia total, mas mostrou-se irremediável por invasão de estruturas adjacentes. O resultado da biópsia foi de carcinoma anaplásico. Iniciou-se a quimioterapia paliativa com posterior necessidade de gastrostomia e traqueostomia (2 meses após tratamento clínico) e radioterapia externa cerca de 10 meses após diagnóstico. Todavia, a paciente manteve bom estado geral, em domicílio, com boa qualidade de vida. Após um ano do resultado da biópsia, a paciente evoluiu para o óbito, em contraste com a maioria dos casos de semelhante onde a sobrevida é de cerca de 3 meses após o diagnóstico.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores anaplásicos mostram características agressivas e potencialmente invasoras, portanto a cirurgia de ressecção deve ser realizada de forma precoce, antes que este atinja estruturas nobres. O advento das novas terapias quimioterápicas vem se provando cada vez mais efetivas no aumento da sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, sobretudo em casos nos quais os tumores são intratáveis cirurgicamente.</p>

PO 446-3	PO 447-2
<p>Hérnia lombar de Grynfeltt em pós operatório tardio de lipoaspiração – Relato de caso</p> <p>EDUARDO IWANAGA LEO, PAULINO ALBERTO ALONSO, LIGIA MARIA MARTINS VAZ GUIMARAES, RAFAEL SILVA DE ARAUJO, ERNESTO EVANGELISTA NETO, ISABELA DE PAULA TAVARES, LUIZ EDUARDO VILLACA LEO, LUIZ FERNANDO PAES LEME</p> <p><i>COMPLEXO HOSPITALAR EDMUNDO VASCONCELOS - SAO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia lombar é uma doença rara e muitas vezes subdiagnosticada. Em geral, unilateral a esquerda, prevalente no sexo masculino acima da 5ª década de vida. O caso aborda uma paciente do sexo feminino, ao qual o diagnóstico foi de hérnia lombar tipo Grynfeltt, secundária a lipoaspiração realizada anos antes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 54 anos deu entrada no PS do Complexo Hospitalar Professor Edmundo Vasconcelos com queixa de desconforto em região lombar direita associado a uma tumoração local. Antecedentes pessoais relatava há 10 anos ter sido submetida a uma lipoaspiração. Ao exame físico foi identificado no dorso uma tumoração de 8 cm que aumentava a Manobra de Valsalva, amolecida, irredutível, circunvalada, discretamente dolorosa a palpação profunda, sem alteração cutânea associada. RM de abdome inferior revelou uma hérnia de parede abdominal posterior direita, tendo como limites a borda posterior do músculo oblíquo interno lateralmente, o músculo eretor da espinha medialmente e o 12º arco costal cranialmente, com colo de cerca de 2,9cm e protrusão de conteúdo gorduroso e vasos do retroperitônio. Indicado tratamento cirúrgico. Boa evolução, melhora dos sintomas e alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Hérnia lombar é uma comorbidade infrequente, subdiagnosticada e que pode se apresentar como complicação tardia de um pós operatório de cirurgia estética. Em virtude da possibilidade de encarceramento, isquemia, necrose e perfuração intestinal é vital o diagnóstico e o tratamento cirúrgico.</p>	<p>ANGINA DE LUDWIG COM EVOLUÇÃO PARA MEDIASTINITE: RELATO DE CASO</p> <p>RAQUEL BELITARDO GALVAO CARVALHO, LUCAS LINS PALMEIRA FERREIRA, LARISSA MEDEIROS, MARIANA PEREIRA JORGE, MARCIO RIVISON, BRIAN SOARES GUSMÃO, NADSON ALVES PEDREIRA JÚNIOR</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Angina de Ludwig (AL) é um grave processo infecto-inflamatório, considerada como uma celulite tóxica, polimicrobiana, que pode acometer os espaços submandibular, sublingual bilateralmente e submental e evolui de forma rápida podendo progredir para gangrena. À medida que a doença evolui pode atingir as áreas cervicais e à glote, alcançar o espaço faríngeo lateral até atingir o mediastino, causando a mediastinite aguda. Embora seja rara, a taxa de mortalidade é muito elevada, o que leva a necessidade de rápido diagnóstico e manejo adequado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 22 anos foi admitido no dia 29/01/2019 com febre e flogose cervical associado a taquicardia e dispnéia; ao exame físico apresentava ruim estado geral, taquicardia e taquipneia, descorado; SPO2 99%. Referiu história de extração dentária há 15 dias e início dos sintomas há 4 dias. Diante desse quadro, a suspeita diagnóstica foi de fascíte cervical e mediastinite, complicações da AL, sendo indicada abordagem cirúrgica. Ainda no dia 29/01/2019, foram realizadas drenagens dos locais infectados, extensa lavagem das cavidades, cultura, colocação de drenos, realização de traqueostomia e foi instituída antibioticoterapia com Meropenem e Ampicilina, inicialmente. Em pós-operatório, paciente evoluiu bem e hemodinamicamente estável.</p> <p>DISCUSSÃO: a ocorrência de processos infecto-inflamatórios secundários a realização de procedimentos ortodônticos é um problema que pode gerar sérias consequências aos indivíduos, como a Angina de Ludwig (AL). Além dos sintomas apresentados pelo paciente do presente caso, indivíduos com Angina de Ludwig podem apresentar também trismo e um aumento de volume endurecido à palpação do pavimento bucal e da região supra-hióidea, bilateralmente, com elevação da língua que pode levar à obstrução das vias aéreas. Devido à sua rápida evolução e os possíveis desfechos catastróficos, o diagnóstico de AL deve ser iminente clínico com instituição do tratamento adequado - manutenção das vias aéreas, antibioticoterapia intravenosa, drenagem cirúrgica e remoção do agente inflamatório – de maneira imediata, assim como ocorreu no referido caso. Dessa forma, este relato demonstra que com a adoção de condutas como diagnóstico rápido, proteção das vias aéreas, drenagem e lavagem das cavidades infectadas e instituição de antibioticoterapia, as complicações no pós cirúrgico de AL dificilmente ocorrerão. Entretanto, é importante ressaltar que ainda nos dias atuais, a Angina de Ludwig pode ser letal quando não diagnosticada e tratada de maneira adequada, daí a importância de um diagnóstico precoce e medidas de tratamento apropriado.</p>
<p>PO 447-3</p> <p>RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO COM GASTROSTOMIA</p> <p>Gisele Castro Peron, Marcelo Goncalves Fernandes Manaia, Brian Silvestre, Paulo Silveira</p> <p><i>Hospital Estadual Adao Pereira Nunes - Duque de Caxias - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O presente estudo tem como objetivo relatar caso admitido em um hospital público de ensino e descrever aspectos diagnósticos e terapêuticos nos casos de intussuscepção intestinal em adultos correlacionando como uma das possíveis complicações em pacientes com gastrostomia. A intussuscepção intestinal é uma patologia frequente na população pediátrica e rara nos adultos. Na população adulta apresenta na maioria das vezes etiologia doença maligna e somam de 5% dos casos totais. Conceituada como a telescopagem de um segmento proximal do trato gastrointestinal dentro do lúmen do segmento adjacente, tem como forma de tratamento a abordagem cirúrgica na maioria dos casos. Descrições de intussuscepção intestinal relacionado com balonete da sonda de Foley utilizada na gastrostomia são raros, frente as complicações relatadas na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: I.P.S., 52 anos, sexo masculino, pardo, natural do Rio de Janeiro, encefalopata após trauma crânio encefálico grave em 2016, realizou gastrostomia há 2 anos, sem relato de outras comorbidades. Apresentou-se na emergência do Hospital com queixa de dor abdominal epigástrica, náuseas e relato que a sonda de Foley utilizada na gastrostomia estava muito introduzida. Ao exame físico apresentava regular estado geral, descorado 1+/4+, hidratado, afebril e estável hemodinamicamente. Abdome flácido, doloroso a palpação de epigástrico, e com sonda com apenas 2cm exteriorizada na parede abdominal. A tomografia computadorizada do abdome evidenciou imagem em alvo na topografia do intestino delgado com distensão a montante. Realizada uma tentativa sem sucesso de esvaziar o balonete da sonda. Indicada intervenção cirúrgica por técnica convencional aberta, com hipótese de intussuscepção intestinal com obstrução alta. No inventário da cavidade constatou-se distensão de duodeno e estômago, e intussuscepção jejuno-jejunal, aproximadamente 15 cm do ângulo de Treitz com balonete da sonda fazendo cabeça de pressão. O segmento intestinal intussuscepto não apresentava lesões ou sofrimento vascular. Para retirar a sonda, foi necessário introduzir um pouco mais a mesma, adiante da intussuscepção e esvaziar o balonete por punção, realizado ponto em "x" no local. Após malaxar o segmento intestinal e desfeita a intussuscepção foi realizada dissecação da parede gástrica para confecção de nova gastrostomia, identificado clampe fechado preso a sonda, na luz do estômago, aderido na parede, provável causa da impossibilidade de esvaziamento do balonete.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção representa uma rara forma de obstrução intestinal em adultos, e rara complicação da gastrostomia. Nessa população quase sempre é secundária a condição patológica, como divertículo de Meckel, estenoses e neoplasias. No estado da arte atual encontramos poucos casos descrevendo essa complicação, dificultando a comparação entre as facetas diagnósticas e terapêuticas deste caso, sendo um tema relevante a ser abordado.</p>	<p>PO 448-2</p> <p>SÍNDROME DE GRADENIGO EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO MIMETIZANDO TUMOR DE ÂNGULO-PONTO-CEREBELAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.</p> <p>Nathalia Marques Vinhal Carvalho, Gabriela Lima De Alcantra, Carolina Marques Vinhal Carvalho, Camila Rodrigues Ribeiro, Mauro Takao Marques Suzuki</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A petrosite apical descrita por Gradenigo em 1904, ou Síndrome de Gradenigo, é caracterizada pela tríade: paralisia do nervo abducente, otorréia purulenta e dor na área de inervação do nervo trigêmeo (Felix et al., 2003). Geralmente associada a complicações raras de otite média ou mastoidites infecciosas. (Patuni et al., 2012; Lee et al., 2014). Apresentamos caso de uma jovem do sexo feminino queixando-se de diplopia e dor facial. Exames de imagem demonstrando lesão na cisterna do ângulo-ponto cerebelar sem sinais de mastoidite, com resolução espontânea em seis meses.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 37 anos, com instalação insidiosa de diplopia, dor facial trigeminal a direita, sem sinais de otite. Antecedente pessoal de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) sem sinais de atividade. Exame físico revelava dor com trigger points no trajeto de V2 e V3, hipoestesia em hemiface, hipoacusia e discreta paralisia facial periférica (House-Brackmann –II) a direita. Ressonância Magnética com contraste de crânio demonstrou lesão nodular preenchendo a cisterna do ângulo-ponto-cerebelar com hipersinal nas seqüências T1 e T2, sem restrição na seqüência de difusão, exercendo compressão sobre o complexo neurovascular do V, VII e VIII nervos, associado a petrosite apical. Tomografia de crânio sem sinais de mastoidite. Paciente evoluiu com melhora gradativa e espontânea dos sinais e sintomas, sem uso de corticoide ou antibióticos. Ressonância magnética e Tomografia computadorizada do ouvido com contraste seis meses após revelou resolução completa da lesão cisterna e parcial da petrosite.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Gradenigo, é geralmente associada a petrosite apical infecciosa, mas pode estar relacionada a outras lesões com efeito de massa na cisterna do ângulo-ponto-cerebelar, mesmo que sem acometimento grave do osso temporal. Chama atenção no caso, a completa resolução dos sinais e sintomas sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa, e a ausência de acometimento do ouvido. Não há dados para assegurar uma relação de causa e efeito ao processo inflamatório autoimune transitório relacionado a LES. Outras diagnósticos diferenciais relativamente comuns incluem: mucocele, colesteatoma, granuloma de colesterol, cisto epidurmoide até mesmo meningioma com cauda dural apical. (Delgado e Del Brutto, 2012). Schwannoma não foi hipótese diagnóstica em nenhum momento da investigação. As lesões com efeito de massa de ângulo-ponto-cerebelar que se apresentam de forma atípica com Síndrome de Gradenigo merecem seguimento mais detalhado e podem estar relacionados a doenças inflamatórias não tumorais, mesmo sem sinais de acometimento do ouvido e do osso temporal. (Lattanzi et al., 2015).</p>

PO 448-3	PO 449-2
<p>ABDOME AGUDO DEVIDO A TRICOBEOZOAR GASTRICO E INTESTINAL: RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO AMANTINI MESSIAS, KARIN SILVA FERREIRA, GABRIEL CUNHA MACEDO FERNANDES, GABRIEL BELNUOVO VIEIRA, JAQUES WAISBERG</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoar é uma massa compacta de material indigerido no trato gastrointestinal, mais comumente encontrado no estômago. Pode ser classificado de acordo com o material que o constitui, sendo os tipos mais comuns: Tricobozoar (cabelo), Fitobozoar (fibras e vegetais) e Farmacobozoares (fármacos). O Tricobozoar costuma estar associado a distúrbio psiquiátricos e alimentares, como a tricofagia (hábito de comer os próprios cabelos), a tricotilomania (hábito de arrancar os próprios cabelos) e deficiências nutricionais, principalmente de ferro. Acomete principalmente mulheres até a terceira década de vida e os sinais e sintomas clínicos incluem dor abdominal, náuseas, vômitos, perda de peso, constipação, alopecia, halitose, presença de massa abdominal e hematêmese.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 15 anos, vem encaminhada ao hospital com dor em fossa ilíaca direita há 4 dias acompanhada de náuseas, vômitos e inapetência. Referia que a dor inicialmente era em hipocôndrio direito e migrou para fossa ilíaca direita. Negava febre, alergias e uso de medicações. Os exames laboratoriais revelaram anemia microcítica e hipocromica (HB 6,7 e HT de 23,4), leucócitos de 8,4 com 22 bastonetes, plaquetas de 41 mil e PCR de 98. Devido a suspeita clínica de abdome agudo foi realizado tomografia computadorizada de abdome que revelou distensão de alças intestinais com líquido livre na pelve e presença de material no interior do estômago e delgado sugestivo de corpo estranho. Com base nos achados e exames laboratoriais foi optado pela abordagem cirúrgica. No intra-operatório foi realizado gastrotomia e enterotomia com retirada de tricobozoar de aproximadamente 11 cm no estômago e 7cm no delgado, procedimento realizado sem intercorrências. Devido quadro séptico, paciente foi encaminhada para UTI em uso de antibioticoterapia de amplo espectro. Recebeu alta da UTI no 4 pós operatório e alta hospitalar no 6 pós operatório. O exame anatomopatológico da peça tiveram diagnóstico de tricobozoar. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: O tricobozoar já era descrito por hipocráticos, porém foi apenas em 1889 quando o dermatologista Frances François Henri Hallopeau descreveu o comportamento de um jovem que arrancava os cabelos e os pelos do próprio corpo, que se identificou o ato como uma síndrome médica. Apenas 1% dos pacientes com tricofagia desenvolvem um tricobozoar. Vale ressaltar que outros transtornos psiquiátricos também podem estar associados ao tricobozoar, como transtornos mentais, abuso, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão e anorexia nervosa. O distúrbio é observado predominantemente em adolescentes, mais frequentemente no sexo feminino. As principais complicações são: obstrução do intestino delgado, estômago e pancreatobiliar, peritonite, sangramento gastrointestinal, intussuscepção, entre outras. Portanto, o reconhecimento e o tratamento oportuno do bezoar são de grande importância, assim como o tratamento da doença de base e distúrbios psiquiátricos.</p>	<p>CARCINOMA PAPIFERO E FOLICULAR EM UMA MESMA TIREOIDE – UM RELATO DE CASO</p> <p>BRUNA HANAUER, CAIÁ CABRAL FRAGA CARVALHO, EDUARDO BERNARDO CHAVES NETO, MARIA FERNANDA NOGUEIRA CAMARGO, NAYARA DA COSTA ANDRADE, JOSÉ CARLOS RODRIGUES CHAVES JUNIOR, DANIEL BOTELHO MARIANO, REGINALDO MAIA JUNIOR</p> <p><i>ITPAC PORTO NACIONAL - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A glândula é constituída por um grande número de folículos, unidades produtoras dos hormônios tireóideos (T3 e T4), sendo eles formados por uma camada de células foliculares cúbicas, que envolvem um lúmen central cheio de colóides, e também pelas células C, ou parafoliculares, situadas no interstício com a função de produzirem calcitonina. Na tireoide, os tumores malignos são provenientes dos dois tipos celulares descritos acima. Quando derivam das células C, dá-se origem ao carcinoma medular. Já quando derivam das células foliculares, pode-se dar origem tanto aos tumores bem diferenciados – carcinoma papilífero e carcinoma folicular – quanto ao tumor indiferenciado, ou anaplásico. Em população com ingestão regular de iodo, os carcinomas bem diferenciados da tireoide são responsáveis por cerca de 90% das neoplasias malignas de tireoide, sendo que os subtipos papilífero e folicular representam, respectivamente, 80% e 10%.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.B.L.R., 69 anos, apresentou-se ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço em 2015 devido a presença de nódulo lobo tireoidiano esquerdo de crescimento progressivo. Realizado Punção Por Agulha Fina (PAAF) do nódulo, com resultado Bethesda 2. Sendo necessária nova PAAF em 2016 que manteve o resultado da primeira. Em 2018 a paciente foi submetida a tireoidectomia total com resultado de anátomo patológico demonstrando: em lobo direito diagnóstico de Neoplasia Maligna Folicular, medindo 3,3 x 1,9 cm, por vezes com material sugerindo depósitos de amiloide; em lobo esquerdo Carcinoma papilífero, medindo 2,2cm em seu maior eixo, com frequentes corpos de psamoma. Após a cirurgia foi realizada pesquisa de corpo inteiro com lodo 131 notando-se concentração normal e fisiológica do traçador em projeção de glândulas salivares, trato gastro-intestinal e bexiga. A paciente foi então encaminhada ao serviço de oncologia para a realização de radioterapia, que decorreu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso se torna importante a medida que existe uma escassez de descrições científicas a cerca de dois ou mais subtipos de carcinomas em uma mesma tireoide. Clinicamente, o carcinoma folicular apresenta-se como uma massa solitária na tireoide. Dois tipos principais de carcinoma folicular são reconhecidos: o minimamente invasivo e amplamente invasivo. O amplamente invasivo é um tumor clinicamente e cirurgicamente reconhecido como um câncer; o papel do patologista em seu diagnóstico é confirmar que é de origem folicular. O prognóstico é guardado; de acordo com vários estudos, mais de 50% dos pacientes morrem de doença. O carcinoma papilífero é a neoplasia maligna mais comum a tireoide, e seu diagnóstico patológico é baseado na demonstração de características cito-histológicas. Muitas variantes histológicas do carcinoma papilar foram descritas com base na morfologia celular (variante de célula alta), crescimento padrão (variante folicular), e estroma tumoral (papilar carcinoma com estroma tipo fascite nodular).</p>
<p>PO 449-3</p> <p>ILEO BILIAR, UM RELATO DE CASO</p> <p>Thiago Silva Cornelio, Raissa Teixeira Rosalino, Tauany Torres, Tales Barione Reginaldo, Pedro Victor Calvo Salles, Marcio Willian de Oliveira Candido, Jose Mauro da Silva Rodrigues</p> <p><i>PUC SOROCABA - Sorocaba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No abdome agudo obstrutivo causado por cálculo biliar, a comunicação da via biliar com o trato digestivo geralmente acontece pelo aparecimento de fistula colecistoentérica durante colecistite, principalmente com o duodeno, liberando cálculos biliares que podem causar uma obstrução intestinal mecânica, especialmente em íleo distal, conhecido como Ileo Biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 63 anos vem encaminhada do pronto socorro com queixa de dor intermitente em hipocôndrio direito associado a náuseas e vômitos com início há 4 meses e piora há 15 dias. Negando febre e quadro icterício, afirmava presença de urina escura e parada de eliminação de fezes e flatos com a piora da dor e perda ponderal de 10kg. Seu abdome era globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, com dor a palpação de hipogástrio associado a massa palpável no mesmo. Ausência de sinal de Blumberg, Rovsing, Giordano e Murphy. No toque retal, sem alterações na coloração e na textura. A radiografia de abdome mostrava alças de delgado distendidas com níveis hidroaéreos, sendo optado pela realização de tomografia computadorizada para elucidação etiológica do quadro obstrutivo. Na TC, fora observado distensão de alças, bem como imagem radiopaca a nível de íleo compatível com calcificação, ovalada com semelhança a imagem em alvo, sendo ela o ponto de stop do trânsito intestinal, com afilamento de alças a jusante de sua localização. Optou-se por intervenção cirúrgica com laparotomia de incisão mediana onde evidenciou-se grande distensão de alças de delgado e ponto de obstrução a 28cm do ligamento de Treitz por estrutura ovalada e endurecida. Realizado enterotomia de 3cm para retirada da estrutura e restabelecimento de trânsito intestinal com rafia em plano único. Sem demais complicações, paciente retornou a enfermaria recebendo dieta líquida no segundo dia pós operatório e alta no sétimo.</p> <p>DISCUSSÃO: A colelitíase é uma das doenças mais frequentes entre os adultos ocidentais com prevalência entre 10% a 15% na população como um todo, sendo 400% mais frequente nas mulheres. Sendo 80% dos casos assintomáticos, a colelitíase não tratada pode levar a complicações, como quadro inflamatório (colecistite), obstrução de via biliar (coledocolitíase), migração para via pancreática causando pancreatite e formação de fistulas, tanto colecistobiliares como bilioentéricas. (GIOVANNA et al, 2018) O cálculo deve ser maior que 2 cm de diâmetro para causar obstrução e o quadro clínico varia de acordo com o local onde se impacta. Temos síndrome de Barnard, onde o cálculo se impacta na válvula ileocecal causando um quadro clássico de obstrução intestinal caracterizado por distensão abdominal, parada de eliminação de fezes e flatos e vômitos e a síndrome de Karewsky, caracterizada por dor abdominal originada pelo trânsito dos cálculos pelo intestino. (SALAZAR, 2018). A intervenção cirúrgica é o recurso resolutivo mais empregado no quadro, tendo uma alta eficácia com limitadas complicações</p>	<p>PO 450-2</p> <p>DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE: UM RELATO DE CASO</p> <p>ALENCAR JUNIOR LOPES PROENÇA, BRUNA SCHNEIDER DOS SANTOS, MARINA DA COSTA MAGALHAES, MARCO ROBERTO SEFFERIN, ARTHUR FRAUZEN PETRY, Alana Raquel Owergrun Dürks, Daniela Beienke Hasser</p> <p><i>HOSPITAL BRUNO BORN - LAJEADO - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O dermatofibrossarcoma protuberante é uma neoplasia fibro-histiocítica rara responsável pela maioria dos sarcomas cutâneos. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de recorrência, porém baixo potencial metastático. Acomete tipicamente homens, na faixa etária de 20 a 50 anos. Caracteriza-se pela alta taxa de recidiva local após excisão cirúrgica, particularmente em tumores de cabeça e pescoço. Informações sobre a sobrevida e prognóstico dos pacientes são limitadas, variando de acordo com o estágio clínico da doença ao diagnóstico. O tratamento é ressecção cirúrgica com margens amplas (3 a 5cm). De natureza indolente e características imprecisas, é inconsistente em sua manifestação clínica, e seu diagnóstico precoce permanece um desafio.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 30 anos; queixa principal de quelóide em região cervical; sem história prévia de neoplasia familiar; exame físico evidenciou lesão fibrosa na pele da região cervical com cinco centímetros de extensão, não associada a lesão traumática. A lesão foi interpretada pela própria paciente como cicatriz hipertrófica. Após biópsia excisional, anatomopatológico evidenciou fibrossarcoma protuberans, caracterizado microscopicamente pela proliferação de células fusiformes monomórficas dispostas em arranjo irregular. Foi submetida à ressecção cirúrgica com 5cm de margem e reconstrução com retalho de pele local. Paciente se recuperou bem. Segue em acompanhamento há cinco anos, sem sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Importante observar a casualidade do achado que não está relacionada com trauma antecedente, quando este fator desencadeante é descrito entre 10 e 20% dos casos. Fontes relatam o desenvolvimento do tumor em cicatriz cirúrgica prévia, áreas de queimaduras e ponto de imunização para BCG. Muitos pacientes apresentam apenas queixa de cicatriz hipertrófica ou quelóide, como no presente caso. O diagnóstico diferencial com essas patologias é extremamente importante, visando o diagnóstico precoce que contribui para melhora da sobrevida. Para avaliação da extensão do tumor e grau de fixação às estruturas subjacentes, o exame físico é mais utilizado por ser localmente invasivo. Há elevada taxa de recidiva local após a exérese do tumor, principalmente os de cabeça e pescoço. A maior parte das recorrências é detectada em três anos após a excisão primária, podendo, porém, surgir após dez anos de operação. Nesse sentido, as margens cirúrgicas amplas de ressecção são extremamente valiosas.</p>

PO 450-3	PO 451-3
<p>INTUSSUSCEÇÃO POR DIVERTICULO DE MECKEL EM ADULTOS: O DESAFIO DO DIAGNOSTICO RAPIDO.</p> <p>Camila Lopes Moreira Silva, Daniel Gontijo Sousa Silva, Ana Carolina Pinheiro Monici, Camila De Oliveira Parreira, Renan Shodi Kuramoto Sado</p> <p><i>UnICEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Este trabalho é motivado pelo enriquecimento da comunidade científica, apresentando um caso raro de intussuscepção por divertículo de Meckel (DM) em um adulto, ocorrido em um Hospital público do Distrito Federal. Visa mostrar a médicos e acadêmicos de Medicina que a falta de conhecimento sobre a doença e sua sintomatologia comum pode levar a complicações severas. O divertículo de Meckel é resultado de um fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico, ou ducto vitelino, que deveria desaparecer por volta da 5ª semana de gestação. O DM pode gerar diversas complicações na vida adulta, sejam elas, obstrução por vôlvulo, perfuração e intussuscepção. Já a intussuscepção é caracterizada pela penetração de um segmento proximal do intestinal em um segmento distal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 35 anos, admitido em PS de Cirurgia Geral de um hospital público do Distrito Federal com dor abdominal em baixo ventre de longa data com piora há 8 horas, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Negava febre. Ao exame físico, abdome flácido, sem massas palpáveis, doloroso à palpação em baixo ventre e sem sinais de irritação peritoneal. Solicitada tomografia computadorizada com contraste (TC) que evidenciou intussuscepção ileo-cólica com edema de alças, indicando cirurgia. No inventário da cavidade foi encontrada moderada quantidade de secreção serosa, edema íleo distal com espessamento, presença de divertículo de Meckel invaginado para alça de delgado causando intussuscepção a 60cm de válvula íleo cecal. Foi realizada redução manual da intussuscepção, enterectomia a 30cm da válvula íleo cecal com retirada de 30cm de segmento ileal com enteroanastomose término-terminal.</p> <p>DISCUSSÃO: Considerada uma condição pouco comum, a intussuscepção intestinal em adultos corresponde de 1 a 5% dos casos totais de obstrução intestinal. Não se sabe a exata causa da intussuscepção, mas acredita-se que pode ser causada por lesão ou processo irritativo no lúmen intestinal. Os principais sintomas associados são diarreia, náuseas, vômitos, cólica abdominal e, em alguns casos, constipação. Cerca de 20% dos pacientes não apresentam queixas dolorosas, e menos de 50% possuem a clássica tríade da intussuscepção: dor em cólica, hematúquia e massa palpável. Pela inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico pré-operatório é desafiador. Além dos sintomas, é necessário considerar os fatores de risco, tais como sexo masculino, doença viral prévia e idade de 6 a 12 meses, sendo mais prevalente em crianças do que em adultos. A radiografia é o primeiro exame a ser solicitado, embora possua acurácia menor que a tomografia, que pode atingir 100%. Porém, observando a clínica do paciente, é recomendada a cirurgia de emergência, tendo em vista o risco de isquemia mesentérica.</p>	<p>Relato de caso: torção testicular como diferencial de hérnia inguinal</p> <p>Daniel Gontijo Sousa Silva, Camila de Oliveira Parreira, Humberto Gomes Tuyama, Raíssa Arcoverde Borborema Mendes Dytz, Mateus de Oliveira Passos, Pablo Borges Leal, Renan Shodi Kuramoto Sado, Estevão Garcia Castro</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A torção testicular ocorre quando há uma rotação do cordão espermático, de maneira a ocasionar dor em região escrotal, edema, vômitos e náuseas. Possui incidência média de 12% em homens na faixa etária de 12 a 18 anos. Dessa maneira, é considerada como emergência cirúrgica, uma vez que possui grandes chances de evoluir para isquemia. Por semelhança sintomática e localização anatômica próxima, é um diagnóstico diferencial para hérnias inguinais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 19 anos, acamado, com tetraplegia e portador da síndrome de West. Foi admitido com história de dor abdominal, inapetência e constipação por 6 dias. Encontrava-se hipotivo, acianótico, vigil, hipocorado, desidratado e afebril; com ausência de náuseas e vômitos. Ao exame do abdome, apresentava ruídos hidroaéreos presentes e tumefação não redutível em região inguinal direita, sugestiva de hérnia inguinal encarcerada. Dificultou-se a análise da presença de dor à palpação em função do paciente ser portador da síndrome de West. Soma-se presença de massa enrijecida e bem delimitada em flanco esquerdo, sugestiva de fecaloma. Foram realizadas analgesia, hidratação e enema, sem melhora do quadro. A radiografia de abdome identificou uma distensão de alça no cólon descendente. Desta forma, o paciente foi submetido a uma herniotomia exploratória direita onde identificou-se uma tumoração próxima ao ligamento inguinal direito com 7 centímetros de diâmetro, compatível anatomicamente, com o testículo direito. Sendo assim, foi realizada uma orquiectomia direita seguida de encaminhamento para realização de diagnóstico anatomopatológico, o qual foi condizente com torção testicular direita. Evoluiu com consumo de dieta laxativa, evacuação de fezes pastosas, abdome sem sinais de irritação peritoneal e ausência de dor abdominal.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma rotação anormal na fixação do cordão espermático é responsável pela manifestação dos sintomas álgicos escrotais que podem ocorrer em casos de torção testicular. Esta dor em região escrotal pode irradiar-se para a região inguinal ou abdominal, de maneira a assemelhar-se com casos de hérnia inguinal encarcerada. Dentro dos casos de hérnias relatadas na literatura, as do tipo inguinais equivalem a 75%. São bastante comuns em pessoas do sexo masculino, com a predominância de 90%. Geralmente manifestam-se por meio de tumefação em região inguinal, dor abdominal e constipação intestinal. Os casos de torção testicular são mais raros, quando comparados aos de hérnia inguinal, uma vez que possuem incidência média de 12% em homens na faixa etária de 12 a 18 anos. Em função do paciente em questão ser portador da síndrome de West, de maneira a possuir deficiência neurológica e retardo no desenvolvimento neuropsíquico, o exame clínico tornou-se subjetivo e foi dificultado. Sendo assim, a orquiectomia deve ser realizada o mais rápido possível, uma vez que a torção testicular possui grandes chances de evoluir para isquemia.</p>
<p>PO 452-2</p> <p>LIPOMA GIGANTE EM REGIAO CERVICAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>André Maurício Ferrari Beltrão, Rhaissa Alvarenga de Toledo, Camila Fortaleza Jurca, Carolina Vieira Miranda, César Augusto Gastaldon Rios, Elizy Felipe de Franco, Eloiza Ferreira Mathias, Felipe Carrijo Montella</p> <p><i>Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA - Anápolis - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os lipomas são neoplasias benignas originadas do tecido adiposo. Clinicamente são lesões nodulares, encapsuladas ou não, limitadas a 2 cm, mas podendo atingir dimensões maiores, os chamados lipomas gigantes. Costumam ser indolores, mas a depender da localização podem desencadear sintomas relacionados a compressão de órgãos e estruturas vizinhas. A Síndrome de Madelung é um dos principais diagnósticos diferenciais, sendo caracterizada por aparecimento de volumosas massas de tecido adiposo, principalmente na região cervical, cintura escapular e região dorsal. No presente trabalho, objetiva-se relatar o caso de um paciente com lipoma em região cervical, o qual apresentou clínica semelhante à síndrome de Madelung.</p> <p>RELATO DE CASO: G.N.S., masculino, 52 anos, residente em Anápolis-GO. Em consulta realizada em 2017, relata massa localizada no terço inferior facial direito, se estendendo até metade posterior da região cervical, associado à disfagia, dispnéia e mudança no timbre da voz. Nega dor e quaisquer outros sinais e sintomas associados. Relata ser ex-tabagista, não etilista e sedentário. Ao exame físico, a massa possui consistência elástica, indolor à palpação, e provoca cifose visível na coluna cervical. Uma TC cervical de 2017 evidenciou uma neoplasia lipomatosa de baixa agressividade. Foi indicado tratamento cirúrgico para exérese do tumor. Em 2018, uma nova TC evidenciou volumosa lesão expansiva e não infiltrativa com atenuação de gordura no espaço carotídeo direito, se estendendo para os espaços retrofaringeo e laterofaringeo ipsilaterais, com efeito compressivo, determinando deslocamento dos vasos carotídeos e lateral da veia jugular interna, com colapamento da mesma e redução da coluna aérea orofaringea. Em 20/02/2019 foi submetido a uma cervicotomia exploradora e ressecção de volumoso lipoma, de 769 g e 15 cm, na região parafaringea e no espaço retrofaringeo direito. Houve preservação dos nervos hipoglossos, glossofaringeo e vago ipsilaterais. Pós-operatório com uso de dreno de sucção, evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Tem-se um caso de tumor lipomatoso de localização incomum (cervico-mediastinal). A localização e a extensão implicaram em uma clínica distinta dos casos comuns, tornando o diagnóstico difícil. Diante da clínica apresentada o diagnóstico diferencial é a Lipomatose Simétrica Múltipla (LSM), ou Síndrome de Madelung, caracterizada pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente: cifose da coluna vertebral, disfagia, dispnéia, alteração de voz e massa expansiva em região cervical. Os exames de imagem demonstraram que a causa das alterações era um lipoma gigante. Assim, o quadro clínico resultava da compressão feita pela massa do tumor em estruturas adjacentes, excluindo a forma infiltrativa, caracterizando-o com potencial oncológico clínico agressivo, pois mesmo não sendo metastizante, comprimiu estruturas vitais do mesmo. O tratamento preconizado é cirúrgico, com exérese de melhor prognóstico pois garante remoção total do lipoma, que é encapsulado.</p>	<p>PO 452-3</p> <p>VOLVO DE SIGMOIDE COM ATIPICO COMPROMENTIMENTO DO ILEO</p> <p>Camila Reis Cardoso Granato, Caique Pierre da Silva, Rodrigo Alves de Pinho, Manuela Amoedo Cox, Marcio Rivison, JORGE BASTOS FREITAS JUNIOR, ANDERSON CANÇADO, ROGERIO BRITTO PEIXOTO</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O volvo de sigmoide é uma torção axial do cólon sigmoide em torno do seu eixo mesentérico, e que leva a um quadro clínico de abdome agudo obstrutivo clássico podendo ter complicações como isquemia e perfuração se não tratado de imediato. Há maior incidência em pacientes adultos e do sexo masculino e apresenta-se como a terceira causa mais comum de obstrução do intestino grosso. A presença de um cólon sigmoide de base estreita, móvel e tamanho redundante é um dos principais fatores predisponentes ao volvo de sigmoide, além de afecções como constipação, cirurgia abdominal previa e diabetes. O quadro clínico apresenta distensão e dor abdominal súbita, constipação, timpanismo e massa abdominal palpável. O diagnóstico precoce é primordial para correção das anormalidades e restauração do trânsito intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: PMS, masculino, 48, residente em Feira de Santana-BA, etilista e depressivo, sem outras comorbidades. Deu entrada através da regulação no HGESF-BA, com queixa de dor abdominal intensa e difusa há aproximadamente 15 horas da admissão na UPA, associada a náusea e vômito e ausência de dejeções. No exame físico apresentou regular estado geral, lúcido e orientado, taquidispnéico, desidratado, abdome plano, tenso e doloroso à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. Sob suspeita diagnóstica de abdome agudo, foi submetido a Laparotomia Exploradora. Ao inventário da cavidade foi identificada a presença de sangue em cavidade (mais de 1 litro), torção do sigmoide isquemiado sobre o mesentério do íleo distal e ainda isquemia de extenso segmento de íleo e cólon ascendente. Foi realizada enterectomia de 2,7m de íleo (permanecendo 2,0m até o ângulo de Treitz), colectomia direita e Sigmoidectomia à Hartman com exteriorização do íleo distal em flanco direito e do cólon descendente em flanco esquerdo.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente apresentou todos os sintomas clássicos e obstrução e ainda leucocitose e taquidispnéia sugerindo comprometimento vascular. O Rx de abdome evidenciou torção do cólon sigmoide e presença de nível hidroaéreo. O desfecho no tratamento de volvo costuma ser favorável sendo capazes de reduzir mortalidade de 60% para 3% a 8%. Ainda com o tratamento cirúrgico adequado, o componente isquêmico eleva a mortalidade a 30%. Neste caso o volvo de sigmoide foi responsável não só pela sua própria isquemia mas ainda de parte extensa do íleo resultando em ressecção de aproximadamente 2/3 de todo o segmento de delgado.</p>

PO 453-2	PO 453-3
<p>TUMORAÇÃO EM OLHO DIREITO: RELATO DE CASO DE MELANOMA OCULAR</p> <p>Cláudia Fernanda Camini, Marcelini Paiva Martins, Rene Augusto Weirich, Henrique Augusto Spies Adamy, Sílvia Casanova Baldissera, Flávio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG/ CEONC - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os melanomas oculares surgem em 95% dos casos do trato uveal incluindo íris, corpo ciliar e coróide, já o restante ocorre na conjuntiva e mais raramente na órbita. Quando localizados na úvea, podem surgir de qualquer parte dessa, ou seja, íris, corpo ciliar e coróide – sendo a maioria da coróide. Os fatores de risco incluem olhos claros e propensão a queimaduras solares, nevo cutâneo e da íris, exposição à luz ultravioleta e melanocitose ocular ou oculodérmica. Os melanomas uveais frequentemente apresentam sintomas, sendo descobertos em um exame oftalmológico de rotina. Aproximadamente metade dos pacientes apresentará sintomas visuais, como flashes, moscas volantes ou defeitos no campo visual. A confirmação do diagnóstico após a suspeição clínica pode ser realizada de diversas formas por exames de imagem, como ultra-som, tomografia de coerência óptica e angiografia com fluoresceína. Os principais diagnósticos diferenciais do melanoma ocular uveal são o nevo uveal e metástase de cânceres primários de pulmão e mama. O tratamento local para o melanoma uveal primário é eficaz na prevenção de recidiva local em mais de 95% dos casos, mas até 50% dos pacientes estão em risco de doença metastática. Esse trabalho tem como objetivo mostrar um caso de melanoma ocular, uma vez que há grande importância na prática clínica para ser realizado o diagnóstico diferencial e a identificação o mais precoce possível para que se diminua pacientes com tumorações avançadas como neste trabalho.</p> <p>RELATO DE CASO: A.P.S., feminina, 72 anos HAS Hipertireoidismo Depressão Tabagista Paciente apresentava dor ocular direita há cerca de 12 meses, porém há 4 meses houve piora dor, amareore e tumorção com exoftalmia parcial. Ao exame físico observou-se tumorção ocular à direita com grande distorção anatômica de tal órgão Tomografia crânio: Tumorção ocular aparentemente restrita ao globo ocular. Nesse sentido, após alguns dias a paciente foi submetida enucleação ocular à direita com envio da peça cirúrgica para análise pelo patologista. Então, no anatomopatológico, o resultado foi de melanoma ocular possivelmente uveal avançado com estadiamento pT3a pNX. Com base na conclusão do laudo, paciente foi encaminhada a oncologia clínica para seguimento e possível terapêutica complementar.</p> <p>DISCUSSÃO: O manejo do melanoma uveal primário é baseado em diversos fatores, como o tamanho e localização do tumor, presença de extensão extraocular, potencial visual, idade e preferência do paciente e presença ou ausência de metástases. Dessa forma, as terapias disponíveis vão desde a observação, radioterapia e outras técnicas não invasivas até a retirada completa com cirurgia. No caso acima, foi realizada a cirurgia do tipo enucleação. Foi optado por tal tratamento em função da dor ocular e desconforto da paciente, apesar de estudos retrospectivos como o Colaborative Ocular Melanoma Study (COMS) mostrarem que não há aumento da sobrevida em relação a radioterapia.</p>	<p>RUPTURA NAO TRAUMATICA DO BACO: UM RELATO DE CASO</p> <p>PAULA DE SOUZA PEREIRA, BARBARA Stephane de Medeiros Jerônimo, Derval Pereira Pinto Junior, Julia Rocha de Medeiros, Amanda Xavier Barroso</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O baço é um órgão muito vascularizado com cápsula delgada, suscetível a lesões de diversos tipos . A sua ruptura traumática é rara e geralmente diagnosticada tardiamente levando a desfechos pouco favorável. A causa mais comum de ruptura é o trauma. O tratamento em ambas as causas é a esplenectomia. O exame histológico subsequente ajuda a determinar a causa do quadro .</p> <p>RELATO DE CASO: P.C.S.C, 43 anos, masculino, eilista crônico, sem comorbidades prévias, admitido no serviço de emergência de cirurgia geral, com quadro de dor abdominal com piora progressiva em região periumbilical, em pontada, sem irradiação, iniciado há uma semana, após episódio de libação alcoólica . Queixava-se, ainda, de náuseas, vômitos e hiporexia. Negava febre e procedimentos cirúrgicos prévios e trauma. Apresentava-se em regular estado geral, icterício +/4+, hipocorado +/4+ e desidratado +/4+. O abdome encontrava-se distendido, tenso, doloroso à palpação difusamente, Traube preenchido, e dor à descompressão dolorosa difusamente. Foi submetido a exames laboratoriais: hemoglobina 8,6 g/dL, microcitose e hipocromia, leucocitose - 21000/uL , plaquetas 419.000/mL, amilase 38 U/L; bilirrubina total 5,45 mg/dl, indireta 4,53; enzimas hepáticas e canaliculares sem alterações; INR de 1,6; Anti-HCV; Anti-Hbc Total e AgHbs não reagente. Foi solicitada então tomografia computadorizada de abdome. Paciente foi internado em pronto socorro enquanto aguardava exame de imagem. Em reavaliação, aproximadamente 12 horas depois da admissão, teve manutenção do quadro de dor, apesar de analgesia, hemograma revelou queda de hemoglobina: 6 g/dL. Mantinha ainda hiperbilirrubinemia com predomínio da fração indireta. Foi prescrita transfusão de dois concentrados de hemácias. Após um dia de internação, ainda aguardava tomografia computadorizada, mantinha quadro de dor e teve aumento da hemoglobina após transfusão sanguínea. Dois dias após admissão, foi submetido a tomografia. O exame radiológico contrastado demonstrou esplenomegalia com índice esplênico de 1456, notando-se rotura na sua porção central, medindo cerca de 7,0 x 3,0 cm. Observou-se também: hematoma subcapsular subagudo, discretamente heterogêneo, medindo até 2,0 cm e coleliscite. Diante de quadro ,decidiu-se pela laparotomia exploradora e esplenectomia. No ato cirúrgico, foi procedida a colecistectomia. Após paciente evoluiu sem intercorrência, recebeu alta para acompanhamento ambulatorial após 14 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Na literatura, 3,2% das rupturas de baço são sem causa aparente de trauma. Nesses casos, o diagnóstico tardio é comum e leva a aumento da mortalidade. O paciente do caso é eilista crônico e apresentou o quadro de dor após libação alcoólica, sendo este um fator confundidor para o diagnóstico. Parte do paciente com diagnóstico de ruptura baço sem causa traumática aparente, na realidade tem história de trauma antigo.As principais causas de ruptura espontânea são a inflamação local e câncer.</p>
<p>PO 454-2</p> <p>TUMOR DESMOIDE SUBMANDIBULAR EM PACIENTE DE 4 ANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Sílvia Casanova Baldissera, Claudia Fernanda Camini, Peterson Fasolo Bilhar, Rene Augusto Weirich, Jean Carlos Della Giustina, Diego Aparecido Gaspar, Beatriz Iris dos Santos, Larissa Braga da Silva</p> <p><i>FAG - Cascavel - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor desmóide (TD) é uma neoplasia benigna que apresenta um caráter localmente invasivo, apresentando comportamento maligno com elevada recorrência após ressecção. Esses tumores são incomuns, compreendendo cerca de 3% dos tumores de partes moles e apenas 0,03% de todas as neoplasias. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de tumor desmóide tratado cirurgicamente em um hospital do interior do Paraná.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 4 anos, sexo masculino, com história de abaulamento em região submandibular e submentoniana à esquerda de crescimento progressivo após trauma local. Ressonância magnética de pescoço mostrou lesão expansiva sólida com realce pós contraste envolvendo o espaço sublingual, assoalho da boca e o aspecto anterior do espaço submandibular esquerdo de natureza indeterminada. Biópsia core de mento à esquerda: fibromatose inflamatória de padrão desmóide. Proposta ressecção cirúrgica de lesão submentoniana com posterior reconstrução de mandíbula com arco costal. Realizado ressecção da peça (lesão tumoral + mandibulectomia marginal) com margem oncológica em subcutâneo, fáscia, plano muscular e tecido ósseo (mandíbula). Localizados e preservados os nervos hipoglossos e lingual à esquerda. Realizado reconstrução com enxerto ósseo inframamário e placas de titânio. Anatomopatológico revelou tumor desmóide medindo 4x3 cm nos maiores diâmetros, infiltrando tecido muscular esquelético, conjuntivo e adiposo. Margens cirúrgicas periféricas livres medindo a menos 2mm. Paciente mantém-se em seguimento para controle de recidiva local.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TD são neoplasias incomuns que também são chamadas de fibromatose do tipo desmóide ou agressiva. Eles têm uma predominância de mulheres para homens de cerca de 2: 1 e geralmente afetam pacientes com idades de 15 e 60 anos. Quanto a localização do tumor, cerca de 50% dos tumores são abdominais, e os extra-abdominais ocorrem mais frequentemente no ombro, região inguinal e membros inferiores. Há poucos casos relatados na literatura de TD da cabeça e pescoço, sendo que dos casos relatados 85% estão localizados no pescoço. Um dos principais fatores de risco para o TD é a polipose adenomatosa familiar (PAF), 7,5% a 10% dos pacientes com PAF desenvolverão TD. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de desmóides incluem gravidez, cirurgia prévia e trauma, sendo o último o fator desencadeante do caso relatado. Em um nível celular, o TD aparece como proliferações mal circunscritas de miofibroblastos monoclonais que não possuem uma cápsula. Estas células carecem dos achados histológicos típicos de malignidade, incluindo atipias nucleares, aumento da atividade mitótica e necrose. O tratamento pode ser conservador, porém opta-se por cirurgia em casos que o tumor se mostra muito agressivo. Quando a cirurgia é realizada, o local do tumor, o tamanho e a idade do paciente são fatores significativos no risco de recorrência do tumor.</p>	<p>PO 454-3</p> <p>RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE ESOFAGO: QUANDO NAO FAZER POR VIA ENDOSCOPICA</p> <p>Alessandra Patricia Rafael, Marcos Alexandre Balieiro, Rubia Bianchini Freitas</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa - Barra Mansa - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a frequência com que os pacientes que ingerem corpos estranhos procuram os serviços de urgência e emergência, assim como identificar as situações em que a retirada pela via endoscópica é contra indicada , sendo necessária a abordagem por profissional qualificado.</p> <p>RELATO DE CASO: G.A , 53 anos, masculino, deu entrada no serviço de cirurgia geral da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa , via transferência de outra unidade, com relato de há cerca de 03 dias ter ingerido acidentalmente sua prótese dentária. O mesmo relata que no dia do fato ocorrido, procurou o serviço de urgência do seu município, onde foi realizado radiografia de tórax, em PA e Perfil, identificando o corpo estranho no esôfago proximal. O paciente foi encaminhado para o hospital de referência no mesmo dia, sendo internado e solicitada endoscopia digestiva alta, que só pode ser realizada no outro dia. Após 24 horas de ter ingerido o corpo estranho, o paciente foi submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou corpo estranho metálico aderido à mucosa esofágica, com tentativas ineficazes de retirada; o próprio serviço de endoscopia sugeriu que o paciente fosse encaminhado à unidade hospitalar , para o serviço de cabeça e pescoço ou tórax. O paciente permaneceu na unidade hospitalar aguardando transferência . Após 72 horas de evolução, devido ao risco de perfuração e infecção, a rotina do hospital disponibilizou vaga de transferência para a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa onde o serviço de cirurgia torácica solicitou nova radiografia de tórax PA e perfil, nova endoscopia digestiva alta que também confirmou a dificuldade da remoção devido aderência na musculatura esofágica. O paciente foi submetido a cervicotomia para exeresse do corpo estranho.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente muitos serviços públicos de saúde não estão equipados para atender urgências referentes a ingestão de corpos estranhos. A realização de radiografia simples pode evidenciar, na maioria dos casos, a presença desses corpos estranhos, de acordo com o material como por exemplo, metais e ossos. A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha para a visualização direta, e também o método de retirada mais eficaz e de menor risco para o paciente, uma vez que deve ser realizado sob sedação, em poucos minutos; porém algumas limitações podem ocorrer, principalmente referente ao tempo de chegada do paciente e o tempo da realização do exame, assim como a experiência e habilidade do médico endoscopista. De acordo com os estudos da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, quanto mais precoce for o atendimento para retirada de corpos estranhos, menor a chance de aderências, perfurações e infecções. A abordagem cirúrgica deve ocorrer apenas, quando a tentativa por via endoscópica é inviável e deve ser realizada por profissional qualificado por se tratar de área de acesso anatómico peculiar. O paciente deve permanecer sob vigilância da equipe no pós operatório e a dieta instalada paulatinamente.</p>

PO 455-2	PO 455-3
<p>DOENÇA DE CASTLEMAN TIPO UNICÊNTRICO: RELATO DE CASO</p> <p>Juliana Moura Ribeiro, Talita Resende, Rafael Augusto Faust Machado, Victor Cordeiro Murad, Isabela Fernandes Tamura, Matheus Pedrosa Tavares, José de Souza Brandão Neto, Giulia Stival Gomes</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Castleman (DC) se insere em um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas que compartilham características histopatológicas comuns. É classificada de acordo com o número de linfonodos comprometidos e a presença ou ausência do herpes vírus humano 8. O tipo unicêntrico acomete apenas um linfonodo em uma única região do corpo, que revela um subtipo hialino-vascular na análise histopatológica, de caráter benigno. A maioria dos pacientes é assintomática ou oligossintomática, sendo que apenas uma parte destes podem apresentar sintomas sistêmicos. Já a forma multicêntrica envolve múltiplas regiões de linfoadenopatia, que demonstra características histopatológicas do subtipo hipervascular e de células plasmáticas. Esses pacientes apresentam sintomas sistêmicos. A DC também está associada com uma série de patologias malignas, como o linfoma não-Hodgkin, linfoma de Hodgkin e síndrome POEMS. O presente relato de caso visa apresentar um paciente com uma massa cervical linfóide assintomática. A descrição dessa doença é importante para compreender sua história natural e a melhor terapêutica.</p> <p>RELATO DE CASO: JMR, feminino, 24 anos, procedente de Brasília-DF, iniciou uma investigação de massa tumoral em região cervical à direita, sem sintomatologia específica. Realizada ultrassonografia cervical com doppler que evidenciou uma massa hipocóica bem vascularizada, indicativa de tumor de bainha neural. A análise da ressonância magnética indicou hipótese diagnóstica de Schwannoma. Subsequente biópsia guiada por ecografia revelou doença linfoproliferativa autolimitante indicativa de Doença de Castleman, na forma hialino-vascular. A linfadenectomia cervical direita, nível IV, foi realizada e a análise anatomopatológica associada a estudo imunohistoquímico confirmou Doença de Castleman do tipo unicêntrico em linfonodo de 5,3cm.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso descreve Doença de Castleman (DC) do tipo unicêntrico, a qual não se conhece a patogênese e não há consenso etiológico. A DC pode acometer indivíduos de qualquer faixa etária, sendo que a doença localizada tem maior incidência em adolescentes e adultos jovens, enquanto que a forma multicêntrica acomete mais indivíduos idosos e imunodeficientes. O caráter histológico benigno demonstra centros foliculares envolvidos por tecido hialino, circundada por camadas concêntricas de linfócitos, aspecto denominado "casca de cebola". Geralmente acomete o mediastino, mas pode se desenvolver em outras regiões. Não é raro que a descoberta da doença seja um achado incidental, por meio de um exame de imagem. O diagnóstico definitivo é obtido por meio da biópsia e o estudo imunohistoquímico é essencial para a confirmação. A excisão cirúrgica é o método de escolha para o tratamento da DC e raramente são observadas recidivas. Assim sendo, o presente caso reforça a necessidade de incluir a Doença de Castleman como diagnóstico diferencial das principais doenças linfoproliferativas.</p>	<p>CARDIOMIOPATIA PERIPARTO – RELATO DE CASO: ISQUEMIA MESENERICA POR FENOMENO EMBOLIGENICO DE ETIOLOGIA VASCULAR</p> <p>TITO LÍVIO VIEIRA DE SOUZA E CAVALCANTI DE CASTRO, JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA, LARISSA MORAES OLIVEIRA, VITÓRIA PATRÍCIA QUEIROZ COSTA</p> <p><i>HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica (IM) é uma entidade pouco comum de dor abdominal. O diagnóstico precoce é determinante na sobrevida do paciente, porém os achados inespecíficos na anamnese e no exame físico dificultam a investigação. Quanto as causas da IM, há um número pequeno de relatos referentes a uma etiologia rara que acomete pacientes do sexo feminino.</p> <p>RELATO DE CASO: R.F.S.L, feminino, 36 anos, puérpera, agricultora, admitida devido a dor abdominal há cerca de 15 dias, sendo inicialmente leve e difusa. Na admissão se encontrava com fácies tóxica, palidez moderada, taquicardia, abdome distendido, flácido, doloroso à palpação, principalmente em quadrante superior direito, e sem ruídos hidroaéreos. Foi solicitado tomografia computadorizada de abdome que demonstrou distensão líquido-gasosa em alças de intestino delgado com formação de níveis hidroaéreos; imagem sugestiva de oclusão intestinal. A partir de tais achados, a paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico sendo submetida a laparotomia exploradora (L.E) que identificou inviabilidade de alças desde o ângulo de Treitz até o ceco. Optou-se por não o ressecar as alças acometidas e aguardar o curso natural da doença. Com 6 dias da realização da L.E, houve eliminação de fezes após administração de procinético e não havia queixa de dor. O débito obtido por sonda nasogástrica era desprezível e foi decidido iniciar o desmame. Na busca pela provável etiologia da IM aguda foi solicitado ecocardiograma que evidenciou uma fração de ejeção (F.E) de 18%, bem como a presença de 2 trombos cardioembólicos em ventrículo esquerdo, um deles medindo 43x15mm e aderido à parede septal-inferior, o outro na parede anterolateral medindo 27x21mm. Após 8 dias da cirurgia, a paciente evoluiu com dor difusa a palpação e drenagem espontânea de secreção hialina fétida pela ferida operatória. Foi submetida a nova tomografia de abdome que identificou volumosa coleção intracavitária. O prognóstico era reservado, a família foi orientada quanto a realização de cuidados paliativos e então solicitou transferência para o hospital de sua cidade.</p> <p>DISCUSSÃO: A principal causa da IM é a oclusão por meio de êmbolos arteriais. Na investigação etiológica é necessário questionar quanto a possibilidade de gestação atual ou prévia no sexo feminino. A cardiomiopatia periparto (CMPP) é definida como uma insuficiência cardíaca sistólica que surge no final do período gestacional ou nos primeiros 6 meses pós-parto sendo uma causa rara de IM e que tem por achado mais importante uma F.E < 45%. Os principais fatores de risco são: idade superior a 30 anos, ascendência africana, distúrbios hipertensivos durante a gestação e multiparidade. O índice de mortalidade é maior a cada nova gestação, tanto pela entidade ser de difícil diagnóstico, como pelo fenômeno emboligênico poder acometer outros órgãos além do intestino delgado. Embora a história materna não seja bem conhecida, o quadro de IM em uma paciente em estado puerperal gera a hipótese de CMPP e, portanto, deve ser investigada.</p>
<p>PO 456-3</p> <p>COLEDOCOLITIASE EM PACIENTE COLECISTECTOMIZADO E COM BYPASS GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Ekaterine Apostolos Dagios, Gabriel Fonseca Bulhões, Rodrigo Silveira Rocha, Eduardo Lenza Silva, Lucas Augusto Rodrigues Oliveira, Vitória Fátima Sabino Bernardo Guinhoi, Déborah Roberta Liduário Raupp, Caroline Ferrari</p> <p><i>Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A coledocolitíase é uma patologia que consiste na presença de cálculos dentro da via biliar. Estes cálculos podem ser migrados, principalmente, da vesícula ou formados na própria árvore biliar. O quadro clínico apresenta icterícia, cólica biliar e febre. Nos exames laboratoriais encontram-se níveis elevados de bilirrubina total e direta. No tratamento, o paciente pode ser submetido à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), à laparotomia exploradora ou à coledocotomia aberta, dependendo do caso, podendo ocorrer a colecistectomia. O relato a seguir apresenta um caso da patologia em questão em paciente com colecistectomia e bypass gástrico prévios, em que o diagnóstico assertivo se mostrou importante para o prognóstico favorável.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L.S.C, 67 anos, ex-tabagista, hipertensa, realizou há 13 anos cirurgia bariátrica (Bypass gástrico laparotômico com anel de contenção). Afirma dor epigástrica há 2 meses, de pequena intensidade e sem irradiação. Ao recorrer ao hospital foram realizados ultrassonografia de abdome total e colangiorensonância, foi então diagnosticada com coledocolitíase, associada à discreta ectasia. Ao retornar para casa a fim de aguardar novos exames o quadro evoluiu para dores de média intensidade e irradiação para o dorso, associado a náuseas frequentes, sudorese e parada de eliminação de flatus e fezes. Ao exame laboratorial apresentou leucocitose. Nega febre. Paciente foi submetida a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) via gastrostomia laparoscópica. Não houve complicações intra ou pós-operatórias, recebeu alta após dois dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Com base no apresentado, nota-se a extrema importância de um diagnóstico rápido e efetivo. Isso tem como objetivo trazer não só um diagnóstico assertivo, mas uma qualidade de vida melhor ao paciente acometido. Além disso, optar por procedimentos endoscópicos e laparoscópicos são fundamentais para que o paciente possua menos tempo de permanência hospitalar e uma rápida recuperação quando comparada com a coledocotomia aberta. Dessa forma, é necessário profissionais qualificados e disponibilidade de equipamentos para exames complementares.</p>	<p>PO 457-3</p> <p>TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO: CAUSA RARA DE INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL.</p> <p>Rodrigo Mendes, Amanda Ferreira Furian, Orlando Rondan Zotti, Alexandre Borgheresi, Henrique Machado Sousa Prouença, Denise Cristiane Mazzo, Ramiro Colleoni Neto</p> <p><i>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMFI), ou pseudo tumor inflamatório, é uma lesão rara, caracterizada pela infiltração de linfócitos e eosinófilos em diversos órgãos e com baixa tendência a malignidade. Sua etiologia permanece desconhecida, mas sugere-se que seja secundário a infecção, trauma ou múltiplas cirurgias. Localiza-se principalmente no pulmão, mas também pode comprometer intestino, bexiga, fígado, baço e o coração. Quando localizado no abdome, os sintomas mais comuns são a dor e manifestações sistêmicas como: febre, anorexia e perda de peso, podendo ter variedade de sintomas não específicos, tais como disfagia, obstrução intestinal, obstipação e sangramento retal. Entretanto até 40% dos casos podem ser assintomáticos. Pode manifestar-se com anemia hipocrômica microcítica, reticulocitose, trombocitose, leucocitose, hiperlobulíneia, velocidade de hemossedimentação e eventualmente com aumento das interleucinas 1 e 6. Nos exames de imagem geralmente apresenta-se como um tumor sólido, homogêneo, sem calcificações. O tratamento de escolha é a ressecção completa, para prevenir recidivas.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 42 anos, referia dor abdominal difusa há 1 mês, com aumento progressivo da intensidade e interrupção da eliminação de fezes há 1 dia. Ao exame físico, o abdomen estava levemente distendido. Foi realizada TC que mostrou distensão hidroaérea de alças do intestino delgado na porção média e distal associadas à torção na base do mesentério, e uma tumoração entre 30 e 40 cm à montante da válvula ileocecal com sinais sugestivos de invaginação. A laparotomia exploradora confirmou o achado de intussuscepção à 220 cm do ângulo de Treitz, com presença de tumoração esférica de aproximadamente 5 cm de diâmetro de consistência fibroelástica. Foi realizada enterectomia segmentar, mantendo margem mínima de 9 cm do tumor, seguida de anastomose primária latero-lateral. Ao exame anátomo-patológico macroscópico, a peça cirúrgica revelou uma massa sólida, de contornos bem definidos, medindo 5 x 5 cm, com diâmetro médio de 5,5 cm, de aspecto polipóide. Microscopicamente, o tumor apresentou uma proliferação de células fusiformes, como miofibroblastos e fibroblastos, com infiltrado inflamatório misto de eosinófilos e plasmócitos e estroma edematoso vascularizado. Além disso, foi realizada análise imuno-histoquímica, com positividade para CD34, CD138, Kappa e Lambda e negatividade para Desmina, CKIT, Actina de músculo liso 1 a 4 e proteína ALK. Esses resultados são compatíveis com tumor miofibroblástico inflamatório, ausente de sinais de malignidade. No pós-operatório, paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso ilustra uma causa infrequente de obstrução intestinal do adulto e evidencia a dificuldade na diferenciação pré-operatória do TMFI pelo quadro clínico inespecífico e pela sua raridade, confirmando a importância do exame anatomopatológico das lesões que determinam invaginações intestinais no adulto.</p>

PO 459-3	PO 460-3
<p>APENDICITE AGUDA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS</p> <p>RAFAELLA CHRISTINA GOUVEIA LAURIANO, PAULA DUARTE DAMBROSIO, DANIELE PEREIRA BRANQUINHO, ANA PENHA SCARAMUSSA OFRANTI, GABRIELA MARTINELLI TAGLIETTI, MICHELE ARIANA FERREIRA MATEUS, HUGO GREGORIS DE LIMA</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL DE OSASCO ANTONIO GIGLIO - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apendicite aguda (AA) é a grande causa de abdome agudo cirúrgico, a prevalência alcança cerca de 7%. O diagnóstico é baseado na história, exame físico e laboratorial, se duvidoso incorporados exames de imagens. É habitual a dor em fossa ilíaca direita (FID), porém 1/3 pode não apresentar por distintas posições do apêndice. A dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) pode caracterizar a anomalia congênita Situs Inversus Totalis (SIT) que afeta cerca de 0,001-0,01% da população e possui incidência de AA de 0.016%-0,024%, 1,5 vezes mais em homens. O portador de SIT pode ter retardo no diagnóstico pela anatomia em espelho. Este relato de caso apresenta um quadro de AA em paciente com SIT, sem conhecimento prévio da anomalia. A extrema importância é devido à baixa incidência na população, retardando o diagnóstico e tratamento, aumentando a mortalidade e morbidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 67 anos, procura o Hospital Antônio Giglio por dor em FIE, distensão abdominal, náuseas, constipação, mantendo eliminação de flatus, há 1 semana, com piora progressiva e sem melhora a analgesia. Exame físico: regular estado geral, abdome globoso, distendido, doloroso a palpação em FIE, com plastrão palpável, sem peritonite. Laboratório inicial: leucocitose de 16400 e desvio a esquerda, imagem tomográfica sem contraste: borramento de gordura mesentérica e imagem hipodensa em FIE com áreas de pneumatose intestinal com extensão do psoas até a parede. Diagnosticado abdome agudo inflamatório foi internado, mantido jejum, hidratação, analgesia e indicada cirurgia. Submetido a laparotomia mediana (xifo-pública) achado intra-operatório de SIT e AA fase IV, realizada apendicectomia convencional, drenagem da cavidade e antibioticoterapia. Boa evolução pós-operatória e alta hospitalar no 8ºPO.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice é tubiforme de fundo cego, possui entre 2 a 20 cm, no ceco e a 2,5 cm da válvula ileocecal, podendo ser retrocecal, pélvico, paracecal e pré/pós-ileal. A AA é a inflamação causada por obstrução da luz por fecalitos, inflamação, corpo estranho, carcinoma ou estenose por exemplo. O risco geral de desenvolvê-la na vida é de 8.6% em homens e 6.7% em mulheres, frequente entre a adolescência e os 50 anos. Descoberto em 1643 por Marco Severino e um século depois registrado por Matthew Baillie o SIT, anomalia congênita autossômica recessiva rara, se desenvolve com a rotação de 270° do intestino médio no sentido horário resultando na inversão completa das vísceras toracoabdominais. A dor em FIE é comum pela localização do apêndice à esquerda, dificultando o diagnóstico clínico de AA, necessitando de complementariedade com eletrocardiograma, ultrassonografia ou tomografia (mais acurado), elevando a gravidade do quadro, possibilidade de complicação e pior prognóstico. O tratamento é cirúrgico, o 1º caso de apendicectomia em portador foi descrito em 1998, desde então com poucos casos na literatura. A vantagem da laparoscopia é a ampla visualização da cavidade, sendo uma excelente abordagem diagnóstica e terapêutica.</p>	<p>ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO POR CAUSA ATÍPICA</p> <p>Rafael Luiz Doncatto, Luiz Miguel Doncatto, Weverton Aparecido Sousa Pereira, Maura David, Gustavo Lançanova Duré, Sabriny Rezer Bertão, Manassés Soares Souza, Luiza Rubenich Cremonese</p> <p><i>Hospital Santa Cruz - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dor pélvica de início súbito em paciente gestante demanda atendimento em caráter de urgência e impõe desafios adicionais quando comparada à dor encontrada em pacientes não grávidas. O presente relato tem o objetivo de salientar a importância de um atendimento rápido e diagnóstico preciso para melhor evolução do quadro do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente gestante com 23 semanas e 5 dias de gestação, 33 anos, 3 cesárias prévias e sem demais comorbidades vem ao plantão de emergência do HSC com queixa de fortes dores abdominais de início súbito em região de FID e migração para FIE, quadro com algumas horas de evolução. Nega demais queixas. Hábito gastrointestinal e urinários preservados. Na admissão hospitalar, o exame clínico apresentando leucocitose (17.400 mm³) e Hemoglobina de 9,8 g/dL, exame físico apresentando dor a palpação profunda em FID, sem sinais de peritonismo e Blumberg negativo. Não apresentava sinais de sofrimento fetal. Solicitou-se US de abdômen que constatou pequena a moderada quantidade de líquido livre esparsos pela cavidade peritoneal, no dia seguinte foi solicitado novo hemograma e no US de abdômen, ambos exames corroboraram para a hipótese de sangramento ativo pois foi constatada queda na hemoglobina para 6,4 g/dL e laudo da US constatando aumento de líquido livre intraperitoneal em relação ao exame prévio, notando-se maior volume de líquido periesplênico com aspecto de hematoma. Realizou-se laparotomia exploratória, na qual visualizou-se grande quantidade de sangue intra-abdominal e ruptura de aproximadamente 5 cm na região anterior do útero com sangramento ativo de difícil controle. Optou-se por realização de cesariana e constatada optou-se por histerectomia subtotal. Paciente com boa evolução pós-operatória, sem complicações e intercorrências, sendo liberado no 7º dia de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: As possíveis causas de ruptura uterina são trauma, fraqueza congênita ou adquirida do miométrio. O principal fator de risco para ruptura é a presença de cicatriz na musculatura uterina, geralmente sendo oriunda de cesáreas anteriores, porém podendo ser resultado de um episódio que resulte em lesão da musculatura ou até mesmo causada pelo processo de fertilização in vitro. São divididas em completas, em que existe a lesão de total da parede uterina criando uma comunicação entre a cavidade uterina e peritoneal, e incompletas quando não ocorre a lesão total existindo ainda peritônio visceral íntegro. A maioria dos casos ocorre no terceiro trimestre no pré-parto, intraparto ou pós-parto. Para paciente grávido que apresente dor abdominal associada a instabilidade hemodinâmica a estabilização e o parto urgente são geralmente indicados. Após realização da cesárea cabe ao cirurgião a tomada de decisão se apenas o reparo será suficiente ou se a histerectomia se faz necessária, nesse último caso se deve avaliar as características da ruptura, habilidade do cirurgião e o desejo em se manter a fertilidade por parte da paciente.</p>
<p>PO 461-2</p> <p>TRANSPLANTE RENAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE PRUNE BELLY</p> <p>Julia Brasileiro de Faria Cavalcante, Pedro Nogarotto Cembraneli, Gabriel Ambrogio</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Prune Belly (SPB) é uma desordem congênita rara caracterizada por ausência ou hipoplasia da musculatura da parede abdominal, anomalias graves do trato urinário e criptorquidia bilateral em homens. É considerada uma doença multissistêmica pois podem apresentar anomalias concomitantes, incluindo hipoplasia pulmonar, hipoplasia renal, anomalias cardíacas, musculoesqueléticas, ânus imperfurado e má rotação intestinal em graus variados. A incidência da SPB é de 1:40.000 nascidos vivos. A expectativa de vida é baixa, a maioria não sobrevive por mais de um ano de vida (até 30% dos casos), a taxa de mortalidade neonatal chega a 23%, 20% são natimortos e 43% são prematuros. Cerca de 30% dos que sobrevivem desenvolvem insuficiência renal crônica necessitando de transplante renal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino nascido de parto cesáreo com 39 semanas, apresentando insuficiência respiratória no momento do parto havendo necessidade de realizar intubação orotraqueal sendo encaminhado à UTI neonatal. Além disso, apresentava quadro de anúria, abdome flácido, em batrâquio com ausência de musculatura abdominal e criptorquidia bilateral. Não houve intercorrências durante o pré-natal exceto no último trimestre em que apresentou com oligodrâmnio. Ainda na UTI, foi realizado ultrassom de rins e vias urinárias evidenciando hidronefrose bilateral de caráter obstrutivo, ureteres dilatados com aspecto tortuoso e bexiga parcialmente repleta com parede e espessura normais, sugerindo obstrução baixa. Além disso, apresentava rins policísticos com redução do parênquima bilateral e presença de múltiplas formações císticas renais bilaterais. Com o conjunto dos sinais e sintomas e o exame de imagem, foi feito o diagnóstico de Síndrome de Prune Belly. Foi programada a realização de diálise peritoneal e ureterostomia. Aos dois anos de idade, realizou a ureteroplastia e orquixepia, apresentando diurese espontânea pela uretra. Após o procedimento cirúrgico, realizou hemodiálise durante um ano até receber um transplante renal. Atualmente, aos quatro anos de idade, apresenta com abdome distendido, hipertrófico além de fácie cushingóide. Faz acompanhamento contínuo com a nefrologia e pediatria ambulatorialmente.</p> <p>DISCUSSÃO: A SPB é uma doença rara, complexa e de alta morbimortalidade. Dessa forma, o maior conhecimento da SPB e de suas complicações se torna mandatório para realização de um diagnóstico precoce e escolha do tratamento mais adequado.</p>	<p>PO 461-3</p> <p>CORPO ESTRANHO COMPLICADO EM ESÓFAGO CERVICAL</p> <p>Pedro Norton Gonçalves Dias, Martin Castiglia, Diego Adão Fanti-Silva, David Carlos Shigueoka, Fernando Herbella, Ramiro Colleoni, Milton Scalabrini</p> <p><i>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica – Departamento de Cirurgia - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpo estranho (CE) é uma ocorrência comum em serviços de pronto atendimento, considerando-se que em cerca de 80% dos casos ocorre progressão pelo trato gastrointestinal sem intercorrências. Quando alojado no esôfago cervical (EC) a ocorrência de perfuração é pouco frequente (até 2%) porém nesses casos, é mandatório investigar a possibilidade de infecção, pois a disseminação desse processo pode gerar complicações graves, como mediastinite e abscesso cervical.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente de 36 anos, foi admitida no pronto socorro referindo ter engasgado com uma espinha de peixe há sete dias, relatando inapetência, dor torácica difusa bilateral, odinofagia e vários episódios de febre aferida nesse período. A tomografia computadorizada demonstrou presença de corpo estranho localizado na transição entre hipofaringe e esôfago proximal, com presença de focos gasosos de permeio estendendo-se pela região pré-vertebral inferindo perfuração esofágica e identificou pequena coleção com foco gasoso em seu interior localizada em região proximal. Na endoscopia, foi encontrada uma espinha de peixe logo abaixo do esfíncter cricofaríngeo e que transfixava as duas paredes do esôfago. Após a retirada do CE foram identificados dois orifícios, de cerca de 0,7 cm e 1 cm, com sinais de inflamação e drenando secreção purulenta, sendo realizada passagem de sonda nasointestinal. A paciente foi tratada ciprofloxacina e clindamicina e evoluiu bem, sendo realizada endoscopia sete dias depois que mostrou as duas lesões cicatrizadas.</p> <p>DISCUSSÃO: O esôfago é um órgão de íntima relação anatômica com estruturas vitais do corpo humano, como a traqueia, as artérias carótidas e a aorta. Posteriormente ao EC situam-se o espaço retrofaríngeo e o espaço alar ou espaço perigoso (danger space), que são vias de disseminação de infecções para o mediastino. Perfurações de esôfago cervical podem ser causa de mediastinite, levando a uma mortalidade de cerca de 68 %. No presente caso, o CE pontiagudo ficou impactado no EC por longo período e causou quadro infeccioso com sério risco para a vida da paciente. A mesma relatou que a espinha era de Dourado, um peixe ósseo, cujo esqueleto pode ser altamente cortante. Há vários casos na literatura relatando perfuração esofágica por espinhas de peixe e as complicações causadas por esse acidente, ressaltando a necessidade do rápido diagnóstico e tratamento desses pacientes.</p>

PO 462-2	PO 462-3
<p>PANCREAS ANULAR EM RECEM NASCIDO TRATADO POR DUODENOJEJUNOSTOMIA</p> <p>Bruno Amantini Messias, Jaques Waisberg, Erica Rossi Mocchetti, Renata Salvino Zanon, Paola Simoes Duarte, Claudia Lukesic, Mariana Pinto Ribeiro, Breno Falco</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara, descrita pela primeira vez por Tiedmann em 1818 e caracterizada por um anel de tecido pancreático ao redor da porção descendente do duodeno. Apresenta uma incidência aproximada de 1:20.000 pessoas. O diagnóstico pré-operatório é difícil, pois os achados radiográficos abdominais não são muito sugestivos. Relatamos um caso raro de obstrução duodenal devido a pâncreas anular em recém nascido e que foi tratado por duodenojejunostomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Recém-nascida (RN) do sexo feminino pré-termo, segundo gemelar, nascida de parto cesáreo com 1445 gramas e Apgar 7/8. Foi intubada logo após o nascimento por hipotatividade, cianose e encaminhada a UTI neonatal. No primeiro dia de vida, a paciente apresentava abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes porém diminuídos e a primeira evacuação ocorreu após 30 horas do nascimento. Apresentou vários episódios de regurgitação e foi optado pela introdução de nutrição parenteral. Evoluiu com persistência das regurgitações com resíduos biliosos, distensão abdominal, RHA hipotativos, ausência de evacuação e alteração nos exames laboratoriais. Solicitado radiografia de abdome que demonstrava boa distribuição gasosa em alças intestinais, padrão poliédrico, sem alterações. Após avaliação radiológica optou-se por evoluir dieta para fórmula láctea pré-termo. Após algumas horas da liberação da dieta, a paciente apresentou inúmeros episódios de vômitos. Devido a persistência dos sintomas foi solicitada a avaliação da equipe da cirurgia pediátrica. Não foi identificado alterações no exame físico. Após 4 dias, a paciente apresentou evacuação e foi reiniciado dieta via oral com boa aceitação. Com a progressão do volume da dieta, a recém-nascida apresentou novos episódios de regurgitação e vômitos. No exame contrastado do estomago e duodeno foi visualizado o esvaziamento gástrico completo só após 9 horas e 15 minutos. Após avaliação radiológica foi aventada a hipótese de obstrução duodenal e indica o procedimento cirúrgico. No intra-operatório foi identificado a presença de tecido pancreático envolvendo a terceira porção duodenal e optado pela realização de uma duodenojejunostomia anastomose. A paciente foi encaminhada a UTI neonatal e recebeu alta no 32º pós operatório. Segue em acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A obstrução duodenal é uma das anomalias congênitas mais comuns em recém-nascidos e representa quase metade de todos os casos de obstrução intestinal neonatal. O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara e geralmente assintomática. A maior parte das manifestações clínicas ocorrem no período da infância. Assim, seu diagnóstico pré natal é preditor importante na condução das emergências obstrutivas na infância. Embora essa anomalia possa ser diagnosticada por exames de imagem, o diagnóstico definitivo geralmente é feito pela abordagem cirúrgica. O tratamento de escolha nos pacientes sintomáticos é cirúrgico, e tem o intuito de restabelecer o trânsito intestinal.</p>	<p>INGESTÃO INTENCIONAL E RECORRENTE DE CORPOS ESTRANHOS: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Norton Gonçalves Dias, Shaira Noventa, Barbara F Nadaletto, Tarcia Nogueira Ferreira Gomes, Marileni Kogempa, Elmar Silva Cardim, Milton Scalabrini, Ramiro Colleoni</p> <p><i>Setor de Endoscopia Digestiva - Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão intencional e recorrente de corpos estranhos (CE) é uma situação complexa e rara, geralmente relacionada a distúrbios psiquiátricos, exigindo uma abordagem multiprofissional para seu tratamento. Entre as doenças psiquiátricas envolvidas com esse comportamento pode-se citar transtorno de personalidade borderline, transtorno obsessivo compulsivo, psicose e depressão maior. Pode ser caracterizado como um meio de auto injúria, comportamento suicida ou transtorno alimentar. A refratariedade ao tratamento gera grande frustração na equipe de saúde envolvida. Outro fator agravante é que os pacientes podem insistir nesse comportamento como atitude manipuladora.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 29 anos, fazendo acompanhamento psiquiátrico por quadro de personalidade borderline, apresentando histórico de distúrbio alimentar desde 2009, evoluindo com abuso de medicações psicoativas e outras substâncias, passou a ingerir intencional e repetidamente objetos, em sua maioria pontiagudos. Faz uso irregular das medicações (olanzapina, quetiapina, topiramato, sertralina e prometazina) e vem frequentemente ao pronto-socorro do Hospital São Paulo. No período de janeiro de 2011 até dezembro de 2018 foram registrados 327 atendimentos apenas no serviço de emergência motivando 23 internações (1 a 14 dias). A ingestão de corpos estranhos motivou a realização de 213 endoscopias digestivas altas, uma colonoscopia, 549 exames radiográficos e 11 tomografias computadorizadas. Nas endoscopias foram identificados 176 corpos estranhos: 68 no esôfago, 99 no estômago e nove no duodeno. Destes objetos, 149 eram pontiagudos (talheres, caneta, maquiagem, agulha de crochê, vidro, etc.), 20 eram rombos e sete não foram discriminados. Quando não foi identificado CE na endoscopia, mas estando presente no exame de imagem, optou-se pela observação até sua eliminação espontânea. No nosso serviço foi submetida à duas intervenções cirúrgicas por complicações do CE: uma cervicotomia e uma cervicotomia com toracotomia. Observamos que o número de endoscopias por período parece ser cíclico, ocorrendo intervalos maiores ou menores dependendo provavelmente da piora do estado mental. Pelos mesmos motivos, a paciente também frequenta outros serviços de emergência na região metropolitana de São Paulo, realizando inúmeros exames endoscópicos e tendo sido submetida à duas laparotomias para retirada de CE.</p> <p>DISCUSSÃO: Há relatos de casos semelhantes na literatura, destacando a falta de protocolos bem definidos para manejo desses pacientes, a refratariedade ao tratamento convencional (medicações, psicoterapia e até electroconvulsoterapia), os altos custos hospitalares e as potenciais complicações associadas à ingestão de objetos perfurocortantes</p>
<p>PO 463-3</p> <p>DOR ABDOMINAL EM QUADRANTE SUPERIOR: UMA RARA MANIFESTAÇÃO DE APENDICITE</p> <p>Yuri Lacerda Costa, Karen Andressa Lima e Silva, Luisa Lamaita Pompei, Caio Túlio Vale Frazão, Ana Elisa Botta, Hugo Barros Vilela, Leonardo Rodrigues Fusco de Souza</p> <p><i>Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira - LIMEIRA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Devido às inúmeras apresentações do apêndice cecal, pacientes com apendicite podem manifestar quadros clínicos muito diferentes. A forma mais comum é a intraperitoneal (31-74%), e a que causa os sinais e sintomas clássicos da doença, sendo a dor em quadrante inferior direito, ou fossa ilíaca direita, um dos principais. Nos casos em que o apêndice se manifesta em região retrocecal (26-65%), pode-se apresentar com diferentes sintomas, levando o médico a ignorar a apendicite aguda como hipótese diagnóstica do abdome agudo inflamatório, já que a dor no quadrante superior direito pode excluir o diagnóstico de apendicite e sugere principalmente colecistite, gastrite, úlcera duodenal e outras patologias do fígado ou da vesícula biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: Neste relato de caso, o paciente de 32 anos de idade, admitido no pronto-socorro com dor em quadrante superior direito há 7 dias, associado a náuseas e vômitos e febre, não teve como hipótese diagnóstica inicial a apendicite. Realizou-se uma ultrassonografia de abdome total, e a mesma veio sem alterações. Somente após ser submetido a uma tomografia computadorizada (TC) de abdome total, a qual revelou sinais de processo inflamatório agudo na fossa ilíaca/flanco direito, com espessamento do apêndice cecal (calibre 1,3cm), é que se formulou tal hipótese. Paciente foi tratado com apendicectomia, sendo encontrado no intra-operatório apêndice cecal com bloqueio, perfurado com fibrina e ausência de necrose, em região sub-hepática, evoluindo com complicação no pós-operatório de abscesso intra-abdominal, tratado inicialmente com antibioticoterapia, e após deterioração do quadro clínico foi novamente abordado para resolução do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice pode se localizar em várias posições, e a depender disso, a apendicite pode se manifestar com inúmeros quadros clínicos. Várias posições atípicas do apêndice foram descritas, tais como retrocecal (65,28%) pélvico (31%), subcecal (2,26%), peri-ileal (1%) e pós-ileal (0,4%). Raramente, o apêndice pode se manifestar em região sub-hepática. Sendo assim, é necessário uma investigação completa, incluindo história clínica, exames laboratoriais e de imagem. A ultrassonografia do abdome tem boa acurácia, principalmente nos exames verdadeiramente positivos, mas não exclui a hipótese diagnóstica em exames negativos. Isto por depender da posição do apêndice, além de ser examinador-dependente. Pode-se então lançar mão da tomografia computadorizada (TC), esta com enorme sensibilidade (76-100%) e especificidade (83-100%). Conclui-se, portanto, que esta enfermidade não deve ser excluída em casos de abdome agudo com sintomatologia atípica, lembrando-se das várias posições em que são possíveis se encontrar o apêndice cecal, e que, dentre exames de imagem, aquele com maior acurácia é a TC, inclusive indicado na apendicite aguda tardia para avaliar complicações.</p>	<p>PO 464-3</p> <p>ABSCESSO ESPLÊNICO POR SALMONELLA SPP. EM PACIENTE COM ESQUISTOSSOMOSE</p> <p>Felipe Jacob, Bruna Perez, Jean Michel Milani, Fernando Carvas, Daniel Shiraiwa, David Carlos Shigueoka, Reynaldo Salomão, Ramiro Colleoni</p> <p><i>EPM/UNIFESP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os abscessos do baço são incomuns e geralmente estão associados a doenças sistêmicas. Dentre os micro-organismos envolvidos, Salmonella spp. pode ser responsável por até 15% dos casos. Em indivíduos esquistossomóticos, a co-infecção de Salmonella spp. e Schistosoma spp. pode provocar bacteremia prolongada, chamada salmonelose septicêmica, entidade que pode manifestar-se como abscesso esplênico como no caso que apresentamos a seguir.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 67 anos procurou o pronto-atendimento com queixa de dor abdominal, febre e perda ponderal de 10 kg em 3 meses. Referia ser portadora de esquistossomose. O exame físico apresentava baço palpável a 8 cm do rebordo costal direito e doloroso. O hemograma com anemia e leucocitose e testes de atividade inflamatória com valores elevados. TC de abdome e pelve mostrou esplenomegalia acentuada, com coleção intra-esplênica de 13,4 x 8,6 x 15,0 cm (916 mL); fígado ligeiramente reduzido com contornos pouco lobulados; e sinais de hipertensão portal. Com base nos achados foram feitas as hipóteses diagnósticas esquistossomose hepatosplênica e abscesso esplênico. A paciente foi internada, colheram-se hemoculturas e foi introduzida antibioticoterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Foi realizada drenagem percutânea do abscesso com retirada de 500 mL de material purulento. Hemoculturas foram negativas e cultura do material drenado demonstrou Salmonella spp. sensível a ceftriaxone. Não havendo melhora clínica, foi realizada nova drenagem percutânea. Persistindo o quadro foi indicado tratamento cirúrgico. Foi realizada esplenectomia, lavagem e drenagem da cavidade. Apresentou evolução desfavorável no pós-operatório com sepse e disfunção orgânica (LRA) complicada com TEP seguido de parada cardiorrespiratória e óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Salmonelose septicêmica não é uma situação infrequente em pacientes com esquistossomose, o que os torna mais predispostos à ocorrência de abscesso esplênico por Salmonella spp. Como os sintomas são inespecíficos é um diagnóstico que deve sempre fazer parte do diferencial de queixas abdominais nesses doentes, permitindo intervenção terapêutica precoce e evitando complicações mais graves como no caso aqui apresentado.</p>

PO 465-1	PO 465-3
<p>ULCERA PERFURADA POR USO PROLONGADO DE ANTI-INFLAMATORIO NAO ESTEROIDAL: RELATO DE CASO</p> <p>Mateus de Oliveira Lopes, Givaggio Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Antonio Adenilson Santos Delmiro</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A úlcera péptica é um defeito que acomete a mucosa do trato digestório superior, devido à deficiência da citoproteção da mucosa em virtude da redução da produção de prostaglandinas. AINES atuam através da inibição das ciclooxigenases, responsável pela síntese de prostaglandinas e tramboxanos. Este defeito pode estender-se através das camadas mais profundas da parede intestinal, levando a sérias complicações. Relatamos o caso de úlcera péptica complicada após uso prolongado de AINES.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L.P, masculino, 58 anos, branco, hipertenso e diabético, relata queda de própria altura há 25 dias. Desde então evoluiu com dor em andar superior do abdome e no braço direito. Afirma que após a queda iniciou, por conta própria, uso de AINE. Queixa-se de piora da dor no andar superior do abdome nos últimos três dias. Ao exame clínico, apresentava bom estado geral, localizado e orientado em tempo e espaço, anictérico, afebril e acianótico, eupneico, hipocorado 1+/4+, em posição antálgica e hidratado. Exame físico do abdome revelou ausência de ruídos hidroaéreos, abdome semigloboso, tenso, pouco depressível, em tabua, doloroso difusamente e com sinal de Jobert positivo. Descompressão brusca dolorosa com avaliação prejudicada, mas com dor importante à percussão. Radiografia de tórax apresentava evidência de pneumoperitônio. Foi realizada laparotomia exploradora, que evidenciou perfuração na parede anterior do estômago, a qual teve suas bordas desbridadas e suturadas em dois planos. Foi identificado durante o trans-operatório que o paciente apresentava alterações hepáticas sugestivas de cirrose. Pós-operatório sem intercorrências, sendo prescrito inibidor da bomba de prótons, suporte e dieta zero nos dois primeiros dias. Paciente apresentou boa evolução clínica, sem infecção de sítio cirúrgico, recebendo alta no 5º dia do pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A doença ulcerosa péptica (DUP) apresenta relevância no cenário brasileiro, visto que foi de 5.714 o número total estimado de óbitos por úlcera péptica no Brasil em 2008. É definida como uma deterioração da mucosa secundária à secreção de pepsina e à secreção ácida gástrica. O desenvolvimento da patologia ulcerosa relaciona-se com modificações na secreção ácida, em processos de citoproteção e presença de lesão inflamatória crônica. Os dois principais fatores de risco relacionados à doença ulcerosa péptica são infecção por <i>Helicobacter pylori</i> AINES, especialmente quando em uso prolongado. O tratamento cirúrgico da DUP não complicada tornou-se ultrapassado, sendo preconizado pelas diretrizes atuais o uso de antibióticos e supressores de acidez gástrica. As complicações mais frequentes da úlcera péptica são a hemorragia gastrointestinal alta (15%) e a perfuração (7%), principalmente na parede anterior do estômago e no duodeno. O procedimento cirúrgico em caráter de urgência está indicado nas complicações da doença, afim de evitar agravamento do quadro devido ao extravasamento de conteúdo gástrico para a cavidade peritoneal.</p>	<p>COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA ASSOCIADA A INFECÇÃO PELO CITOMEGALOVÍRUS E VASCULITE LÚPICA</p> <p>Felipe AZEVEDO Jacob, João Manoel Silveira Lara, Diego Adão Fanti Silva, Vanessa Elmir Arida, Ricardo Artigiani-Neto, Edgar Torres Reis Neto, Ramiro Colleoni</p> <p><i>EPM/UNIFESP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Colecistite aguda alitiásica (CAA) é uma forma pouco comum de colecistite aguda, representando entre 5 e 12% dos casos, e mais provável no contexto de doenças sistêmicas graves, o que dificulta seu diagnóstico já que as suas manifestações clínicas - i.e. febre, icterícia e desconforto abdominal - têm amplo diagnóstico diferencial em pacientes críticos. Dessa forma, um elevado índice de suspeição é necessário para o diagnóstico precoce dessa moléstia e introdução terapêutica mais adequada à gravidade do quadro. Neste relato, apresentamos o caso de uma paciente lúpica que apresentou CAA associada a pancreatite aguda e infecção por CMV.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 28 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico (LES) com doença renal crônica dialítica apresenta-se ao pronto-atendimento com dor abdominal difusa havia três meses, náuseas e diarreia espumosa havia dois meses e fezes escurecidas havia quatro dias. O exame físico era normal exceto por dolorimento leve, inespecífico à palpação com descompressão brusca negativa. USG de abdômen total evidenciou vesícula hipodistendida apesar de jejum adequado, com paredes espessadas e líquido perivesical, sem cálculos. Foi feita a hipótese de colecistite aguda perfurada, e a paciente foi submetida a colecistectomia aberta no dia seguinte, sem intercorrências e recebeu alta 5 dias depois. O laudo anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou colecistite crônica com vasculite necrotizante de médios vasos não granulomatosa, que no contexto da paciente poderia corresponder a vasculite lúpica. 10 dias após alta, a paciente retornou ao pronto-atendimento mantendo queixa de dor e fezes líquidas. Apresentava anemia normocítica com leucocitose, sem desvio à esquerda, plaquetopenia, sódio e potássio normais, cálcio total reduzido, transaminases normais, lipase ligeiramente elevada, ureia, creatinina e VHS elevados. No dia seguinte, lipase manteve-se estável e VHS elevou-se ainda mais. No sexto dia de internação, num ressurgimento da dor abdominal, dosagem de amilase e lipase estavam aumentada, caracterizando pancreatite aguda. TC de abdômen mostrou espessamento de alças, tendo sido feita a hipótese de colite isquêmica por vasculite lúpica ou colite por CMV. Pesquisa de ANCA foi negativa, e pesquisa de DNA de CMV foi positiva no sangue, mas negativa em biópsia, não sendo possível fechar diagnóstico diferencial entre essas duas entidades. No décimo-sexto dia de internação evoluiu com hipercalemia e, durante a sessão de hemodiálise, sofreu parada cardiorrespiratória e veio a óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: CAA é entidade mais comum em pacientes graves e de difícil diagnóstico devido à ausência de achados laboratoriais ou de imagem de confirmem o quadro bem como à confusão dos sintomas com o quadro clínico de base. O LES em especial é uma entidade clínica em que a CAA é diagnóstico diferencial importante de quadros abdominais quer pela possibilidade de vasculite lúpica, quer por infecções propiciadas pela imunossupressão.</p>
<p>PO 466-2</p> <p>TRATAMENTO DE ESCOLHA COMO DETERMINANTE DO PROGNOSTICO DE PACIENTE COM TUMOR DE WILMS</p> <p>Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Laura Freitas Oliveira, Lívia Novaes Teixeira, Daniele Azevedo Lira, Thiago Henrique Queiroz de Oliveira, Maria Clara Rocha Zica, Manoel Eugenio Santos Modelli</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Wilms ou nefroblastoma é uma das neoplasias sólidas abdominais mais comuns na infância, representando cerca de 95% dos tumores malignos do trato geniturinário que ocorrem nessa faixa etária. Seu prognóstico depende do estadiamento da doença e a histologia do tumor de acordo com a biópsia. Os índices de cura tiveram um aumento significativo devido a abordagem multidisciplinar que demonstrou alta eficácia com a realização da quimioterapia pré-operatória, cirurgia, terapia com multi-drogas e o uso de radioterapia, quando necessário. O objetivo deste estudo é relatar um caso de uma criança com diagnóstico de tumor de Wilms à esquerda, que foi tratada com esquema de quimioterapia e nefrectomia, o que levou a mudanças em seu prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 7 anos de idade, procurou serviço hospitalar em maio de 2009 apresentando tumoração em região abdominal superior esquerda, sendo realizada tomografia computadorizada, que comprovou suspeita diagnóstica de tumor de Wilms no rim esquerdo. Foi iniciada quimioterapia pré-operatória, com duração de 5 semanas. Procedeu-se com nefrectomia esquerda e ressecção de linfonodos para-aórticos e diafragmáticos, que estavam aumentados de tamanho. Laudo da biópsia revelou tratar-se de neoplasia com predomínio blastematoso com mais de 65% de necrose e linfônodo para-aórtico positivo, sem anaplasia evidenciada. Paciente estadiada como estágio III e estratificada como alto risco, sendo realizada quimioterapia pós-operatória segundo critérios do protocolo de SIOP 2001, utilizado na conduta desde o início. Paciente encontra-se atualmente assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: Um tratamento multimodal baseado no estadiamento e na histologia do tumor, incluindo quimioterapia pré e pós-operatória, radioterapia e cirurgia, é a conduta de escolha que demonstrou aumento nas taxas de sobrevida. O protocolo de SIOP considera a terapêutica pré-operatória, com o objetivo de diminuir o tamanho do tumor e a classificação da doença, de modo que aumente os índices favoráveis de prognóstico dos pacientes. O tratamento realizado para o tumor de Wilms é um importante determinante do prognóstico do paciente, sendo importante o conhecimento dos protocolos aceitos internacionalmente para tomada das decisões de conduta. No caso em questão, ao utilizar as recomendações do protocolo de SIOP 2001, optou-se pelo melhor tratamento de acordo com diretrizes internacionais, o que culminou em um ótimo prognóstico para a paciente.</p>	<p>PO 466-3</p> <p>ASCITE QUILOSA EM POS OPERATORIO TARDIO DE BYPASS GASTRICO</p> <p>Pedro Henrique Batista Pereira, Matheus Veloso Santiago, Isabela Veloso Santiago de Oliveira, Jefferson Matos de Menezes, Mateus Rocha Lopes, Rafael Turano Mota</p> <p><i>SANTA CASA DE MONTES CLAROS - MONTES CLAROS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ascite quilosa (AQ), também denominada quiloperitônio é a presença de líquido quiloso na cavidade abdominal. É uma patologia incomum (0,005% dos pacientes internados em hospitais). Dois terços dos casos em geral estão relacionados a neoplasias (em especial, linfoma), tuberculose peritoneal ou cirrose hepática. Macroscopicamente, AQ apresenta líquido leitoso, geralmente com níveis de triglicérides de 2 a 8 vezes o nível sérico. Os principais mecanismos associados a AQ são: obstrução linfática principalmente por neoplasias, com extravasamento de linfa; exsudação da linfa através de vasos retroperitoneais dilatados; obstrução iatrogênica ou traumática do ducto torácico seguido de extravasamento do quilo por meio de fístula para cavidade abdominal. AQ secundária a procedimentos cirúrgicos ou trauma abdominal em geral é precoce (primeira semana), no entanto, aderências ou compressão extrínseca de linfáticos ocasiona manifestação tardia, em geral, documentada meses após o procedimento inicial.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 37 anos, comparece ao serviço de urgência do Hospital Santa Casa de Montes Claros - MG com quadro de dor abdominal intensa há 8 horas da admissão, vômitos, sem outros sintomas associados. Apresentava irritação abdominal difusa ao exame físico. Há 4 anos, realizara bypass gástrico em Y de Roux por videolaparoscopia para tratamento de obesidade. Tomografia de abdome evidenciava espessamento e sinais de torção do mesentério, além de líquido livre em cavidade abdominal. Foi submetido a laparotomia exploradora. Inventário da cavidade: presença de líquido livre de aspecto quiloso em cavidade, alça alimentar rodada devido aderências, não foi detectada Hérnia de Petersen. Desfeitas aderências, aspirada cavidade, colhido líquido para estudo, não detectado local de vazamento ativo de quilo, realizada apendicectomia. Análise do líquido abdominal: Triglicérides: 1045 mg/dl; LDH: 686 mg/dl; 300 leucócitos/mm³ com 100% de mononucleares. Paciente com boa evolução em leito de enfermaria, recebendo alta hospitalar no 3º dia pós operatório. Sem sintomas 15 dias após o procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Quiloperitônio é uma patologia rara, porém deve ser considerada nos quadros de dor abdominal em pacientes com pós operatório de cirurgia abdominal, ou com história de trauma abdominal operado ou não. A avaliação do líquido ascítico é importante, uma vez que há quadros que simulam aspecto quiloso no líquido ascítico, como pus (ascite pseudoquilosa), ou degeneração gordurosa de células neoplásicas (ascite "quiliiforme"). Somente com definição da etiologia do quiloperitônio é possível que se realize o tratamento direcionado. O tratamento de causas cirúrgicas ou traumáticas da AQ pode envolver a ligadura dos coletores linfáticos no nível dos pilares diafragmáticos ou do ducto torácico, ou esclerose de vasos linfáticos caso não se encontre ponto específico de vazamento. A administração de óleo mineral por sonda no intraoperatório pode ajudar a localizar região de vazamento do quilo.</p>

PO 467-1	PO 467-2
<p>Angioedema Intestinal: Relato de Caso e Revisão de Literatura</p> <p>João Luís Gomes da Silva, Arthur Almeida Marinho, Maria Luiza de Holanda Balbino, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Tâmara Azevedo de Medeiros, Irami Araújo-Filho, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O angioedema hereditário (AHE) é a deficiência ou disfunção do inibidor da C1 esterase (C1-INH). No entanto, também pode ocorrer devido ao aumento da atividade dos níveis de fator XII / estrogênio ou por uma causa não identificada. Ela manifesta os ataques de inchaço envolvendo a pele e / ou a mucosa / sub mucosa de diferentes órgãos. Os ataques podem ser o resultado de um gatilho específico ou ocorrer espontaneamente. O angioedema intestinal apresenta-se clinicamente com dor abdominal moderada ou grave, associada a náuseas, vômitos, diarreia e / ou ascite, e interpretado como "abdome agudo". O tratamento é feito em três fases distintas: tratamento para ataques agudos, prevenção de curto prazo e profilaxia de longo prazo.</p> <p>RELATO DE CASO: A mulher de 26 anos com alergia alimentar e medicamentosa apresenta história de nove anos de dor abdominal recorrente difusa e associada a diarreia, náuseas e mãos, lábios e pálpebras inchadas. Durante esse período, realizou vários exames e seis laparoscopias que revelaram apenas uma pequena quantidade de líquido intraperitoneal livre. Testes bioquímicos realizados na época revelaram o inibidor da C1-esterase, o nível de proteína diminuído e o nível de C4 e, em seguida, foi diagnosticado em adultos com envolvimento intestinal com AEH. Após o tratamento adequado e profilaxia, evoluiu com redução do número de crises. O diagnóstico tardio está associado à alta morbidade. Portanto, é de extrema importância o reconhecimento e a investigação do AEH com envolvimento em pacientes intestinais com crises recorrentes de dor abdominal inexplicada.</p> <p>DISCUSSÃO: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença de causa heterogênea características e complexo fisiopatológico, que se classifica em três tipos distintos: tipo I, II e III [11]. Para padronizar a nomenclatura, é possível classificar o HAE em três tipos: • Tipo I - HAE com deficiência quantitativa de C1-INH: existe déficit maior que 50% nos níveis de C1-INH. É o mais frequente (80-85% dos casos) [9]; • Tipo II - HAE com disfunção de C1-INH: para níveis normais de C1-INH, mas funcionalidade comprometida [10]; • Tipo III - HAE com C1-INH normal: esta forma predomina em pacientes do sexo feminino e está associada a níveis séricos de estrogênio, como gravidez e administração exógena, além da mutação no gene que codifica o fator de coagulação XII. Portanto, é de extrema importância o reconhecimento e a investigação do AEH com envolvimento em pacientes intestinais com crises recorrentes de dor abdominal inexplicada.</p>	<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA ESQUERDA: RELATO DE CASO</p> <p>CAMILA SARAIVA ALMEIDA, JOANA MARCHET DALOSTO, FERNANDA TARUHN ROMANI, DIANE ARBUSTI, MARILIA HOJAJ CARVALHO RONCHETTI, SERIO FREITAS</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática (HDT) ocorre quando estruturas localizadas na cavidade abdominal atravessam o diafragma por meio de uma abertura causada por trauma e passam a situar-se na cavidade torácica. Em 75% dos casos, a HDT é secundária a traumas contusos, sendo os acidentes automobilísticos os principais responsáveis por essas. Apesar de ser rara em crianças, a HDT representa um desafio na urgência, devido à dificuldade de diagnóstico e presença de lesões graves associadas, as quais indicam a severidade do trauma sofrido. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de HDT esquerda, em uma criança, decorrente de um acidente automobilístico.</p> <p>RELATO DE CASO: M.E.K, feminino, 7 anos, 30kg, vítima de acidente automobilístico (colisão frontal carro x carro) é encaminhada à UTI Pediátrica do Hospital Geral de Caxias do Sul. Ao exame físico: Glasgow 11, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sinais Vitais: PAM 65 mmHg, FC 129 bpm, FR 32 mprp, saturação 100% (O2 em ON 5L/min), temperatura axilar 36,2°C. Abdômen tenso, doloroso à palpação, RHA diminuídos, com hematoma em região pélvica e sangramento por laceração na região do quadril. TC de abdômen revela hérnia diafragmática à esquerda. TC e RX de pelve mostram fratura da asa do ilíaco à esquerda e hematoma retroperitoneal. Paciente é encaminhada à laparotomia mediana para reposicionamento do baço, estômago e alças e realização de sutura diafragmática. Não houve intercorrências no procedimento. Tratamento para a fratura e hematoma retroperitoneal foi conservador. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar após 12 dias da intervenção cirúrgica.</p> <p>DISCUSSÃO: A diversidade de apresentações clínicas da HDT dificulta o diagnóstico clínico em politraumatizados, especialmente em crianças. A HDT tem maior prevalência à esquerda, pois, em geral, as hérnias à direita são mais letais, sendo diagnosticadas em autopsias. A associação entre lesão diafragmática e lesão pélvica, como a descrita no caso, é frequente, ocorrendo em até 55% dos casos. O tratamento definitivo é cirúrgico, por laparotomia mediana para a sutura da abertura no diafragma secundária ao trauma. Deve-se instituir a intervenção de forma precoce, a fim de evitar a estrangulação e perfuração dos órgãos abdominais herniados, e também a alta morbimortalidade do quadro.</p>
<p>PO 467-3</p> <p>HERNIA INTERNA COM GANGRENA DE ILEO, POR ADERENCIA DE DIVERTICULO DE MECKEL COM A PAREDE ABDOMINAL EM PACIENTE PEDIATRICO.</p> <p>YAGO FELIPE ALVES GENTIL, Luciano Bandeira Bendaham, Nilton Ricardo Batista Do Nascimento, PEDRO DA SILVA BASTOS, FAVILLA DE JESUS FELIPE ALVES GENTIL, MARIA GABRIELA MONTEIRO FERREIRA, ICARO FELIPE ALVES COELHO, Wei Tsu Havim Chang Colares</p> <p><i>Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel (DM) origina-se da falha na obliteração e absorção do ducto onfalomesentérico (ducto vitelino) durante o primeiro trimestre de vida fetal. O divertículo é localizado na borda antimesentérica do íleo a cerca de 40 centímetros da válvula ileocecal, representa a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal com curso assintomático, sendo na maioria das vezes achado durante a realização de laparotomias ou necropsias. Com surgimento da sintomatologia sugerem complicações como hemorragia digestiva que é mais comum em crianças e fenômenos obstrutivos, inflamatórios e neoplásicos mais comuns em adultos. Diverticulite aguda é a principal complicação e deve ser detectada no diagnóstico diferencial de apendicite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: RMDS, paciente de 9 anos, deu entrada no Hospital Pronto Socorro da Criança – Zona Oeste em Manaus-AM, no setor de pediatria referindo dor abdominal difusa associada a febre, êmese, hiporexia com parada da eliminação de gases e fezes há 24 horas. Observou-se ao exame que o paciente estava eupneico, acianótico, anictérico, hidratado, febril com 38,2 °C. Abdome distendido, sem visceromegalia e cicatrizes de cirurgias prévias, doloroso a palpação superficial. Foram realizados exames laboratoriais onde se verificou leucocitose no valor de: 32.000 u/L; neutrófilos: 88%; HGB: 13,3 g/dL; HCT: potássio: 3,9 mmol/L; sódio: 136 mmol/L. No estudo radiológico do tórax não revelou pneumoperitônio, mas sim nível hidroaéreo gástrico. Na radiografia de abdome evidenciaram-se alças do delgado com dilatação importante e com vários níveis hidroaéreos. O Pediatra solicitou parecer da cirurgia geral, o mesmo indicando abordagem cirúrgica com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. Foi indicado uma apendicectomia no paciente, sendo feita uma incisão de Rocky Davis, na cavidade foi observada grande quantidade de secreção serosa e cerca de 45 cm de segmento ileal necrosado em hérnia interna ocasionada por aderência de divertículo de Meckel na parede abdominal e não houve perfuração intestinal. Após o achado cirúrgico foi realizada a enterectomia do segmento necrosado com fechamento do coto ileal no nível da válvula ileocecal, realizando anastomose termino-lateral do jejunum com ceco, após isso foi efetuado o fechamento da falha mesentérica com apendicectomia incidental.</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica do DM está geralmente condicionada a complicações e é comumente confundida com outras doenças. Em crianças, sangramento digestivo e em adultos, quadro abdominal obstrutivo ou inflamatório devem incluir DM como possibilidade diagnóstica. As Hérnias abdominais internas são causas incomuns de oclusão intestinal sendo responsáveis por apenas 2% delas, por isso o diagnóstico é difícil, mas deve ser suspeitado em pacientes sofrendo de obstrução intestinal e com histórico de laparotomia. Em pacientes jovens e sem laparotomia prévia, o diagnóstico é ainda mais difícil. Ressalta-se a importância diagnóstica e terapêutica da operação de emergência.</p>	<p>PO 468-1</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-GÁSTRICA: RELATO DE RARA COMPLICAÇÃO POS GASTRECTOMIA</p> <p>Bruno Amantini Messias, Jaques Waisberg, Renata Salvino Zanon, Erica Rossi Mocchetti, Breno Falco, idalecio Souto Fonseca Filho, Fabio Orsi Ceribelli, Helmut Rony Dolz Tejerina</p> <p><i>Hospital Geral de Carapicuíba - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção jejuno gástrica é uma rara complicação de gastrectomia tipo Billroth II ou gastrojejunostomia simples, com elevada mortalidade quando não há diagnóstico precoce. A etiologia mais plausível é a peristalse retrógrada ou anterógrada da alça intestinal. Geralmente apresenta-se com dor epigástrica, vômitos com ou sem sangue associado a sinais e sintomas obstrutivos. O diagnóstico é baseado na alta suspeita clínica e exames de imagem sendo a endoscopia digestiva alta o exame mais utilizado. O tratamento é eminentemente cirúrgico e em casos mais leves existe a possibilidade de procedimentos endoscópicos.</p> <p>RELATO DE CASO: C.A.R. 67 anos, com história de cirurgia gástrica há 40 anos, deu entrada no PS do hospital referindo dor em região epigástrica principalmente após alimentação há 2 meses, náuseas e hematêmese há 3 dias associados à inapetência. Ao exame físico o abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso a palpação epigástrica, com ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias e descompressão brusca negativa. Realizado tomografia de abdome evidenciando rotação mesentérica na projeção do duodeno em seu próprio eixo que apresenta-se insinuado para o interior da cavidade gástrica. A EDA não foi finalizada devido à risco de broncoaspiração por estase gástrica. No inventário da cavidade abdominal foi observado baço aderido ao estômago com gastroenteroanastomose a Billroth II e alça eferente invaginada no remanescente gástrico. Técnica operatória: redução incruenta da alça jejunal do remanescente gástrico sem necessidade de ressecção devido a viabilidade da mesma e esplenectomia por laceração esplênica. Paciente recebeu alta em boas condições e retornou ao ambulatório assintomático e sem alterações no exame físico.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de a Intussuscepção Jejuno-gástrica aguda ser rara, o diagnóstico precoce é essencial, devido às altas taxas de mortalidade, que chegam a 50% após 48 horas de evolução. Deve ser suspeitada em pacientes gastrectomizados que se queixam de sintomas obstrutivos, como dor epigástrica, náuseas, vômitos com ou sem hematêmese, saciedade precoce e perda de peso. Todos os pacientes com sintomas obstrutivos agudos devem ser submetidos à exames contrastados e Endoscopia Digestiva Alta. Como visto na descrição do caso acima, o paciente que apresentava clínica compatível com obstrução gastrointestinal e história prévia de ressecção gástrica não teve a Endoscopia Digestiva Alta finalizada porém o diagnóstico foi confirmado com Tomografia Computadorizada com contraste. Quanto ao tratamento, não existe consenso quanto à melhor técnica cirúrgica, ficando esta ao critério do cirurgião e à melhor adequação ao doente em questão. Foi observado na literatura que na maioria dos casos foram realizados reconstruções em Y de Roux. No caso clínico apresentado, a opção de tratamento foi a redução da invaginação manualmente, não havendo necessidade de ressecção intestinal já que a alça invaginada apresentava-se viável.</p>

PO 468-2	PO 469-2
<p>DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE CASO</p> <p>JOANA MAR DALOSTO, CAMILA SARAIVA ALMEIDA, FERNANDA TARUHN ROMANI, SERGIO FREITAS, EDUARDO ARAUJO</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Hirschsprung (DH) é uma patologia caracterizada por ausência de células ganglionares nos plexos mioentérico e submucoso da parede intestinal. A DH afeta 1:5000 nascidos vivos, com maior prevalência no sexo masculino se segmento é mais curto e, em acometimento de segmentos longos, a proporção entre os sexos pode se igualar ou inverter-se. O objetivo deste relato é apresentar um caso de DH de apresentação clínica precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: M.F.V.A, feminino, 1 dia, nascida de parto cesariano, IG 39 semanas + 5 dias, APGAR 9/10, peso 3450g e comprimento 49,5cm, iniciou com quadro de náuseas após mamar pela primeira vez. No dia seguinte, ainda não havia evacuado e apresentava abdome distendido e vômitos biliosos. Após lavado gástrico e estímulo evacuatório, com saída mínima de mecônio, permaneceu com sintomas. Radiografia de tórax e abdome mostraram distensão gasosa em alças intestinais e projeção de delgado no abdome à esquerda. Intervenção cirúrgica foi indicada por suspeita de obstrução intestinal. No 3º dia pós-operatório, iniciou com icterícia, colúria e celulite de parede abdominal à direita, sendo iniciado novo esquema antibiótico. Após dois dias, nova avaliação informa discreta redução da celulite, abdome distendido e íleo séptico. Ecografia revela coleção septada em fossa ilíaca direita. Realizou-se nova laparotomia, que identificou moderada quantidade de líquido sero-hemático e extensa necrose de íleo, sendo ressecado, com remanescente de delgado de 90 cm.</p> <p>DISCUSSÃO: Deve-se pensar em DH no período neonatal se há atraso na eliminação de mecônio, distensão abdominal progressiva e vômitos biliosos. O retardo na passagem do mecônio, nas primeiras 48h de vida, é o indicativo mais forte da DH, embora a eliminação nas primeiras horas não exclua o diagnóstico. O quadro clínico com vômitos biliosos e distensão abdominal teve como hipótese obstrução intestinal, pois houve eliminação do mecônio. A suspeita de DH ocorreu no perioperatório por presença de megacólon, sendo coletado material para a biópsia, que confirmou o diagnóstico. Ressalta-se a importância da suspeita mesmo diante da eliminação de mecônio, de forma espontânea ou induzida por estímulos, a fim de evitar complicações como enterocolite, sepse, e consequente aumento da morbimortalidade.</p>	<p>TRAUMA DUODENAL NA INFANCIA</p> <p>Gabriel Martins Araújo, Lucas do Valle Ciccozzi, Júlia Saliba Santos Avelans, Ana Paula da Cunha Panis, Ana Carolina Hatsuia Ferreira, Júlia Crystina de Carvalho Alves de Faria, Marcus Antonio Studart da Cunha Frota, Acimar Gonçalves da Cunha Júnior</p> <p><i>Uniceplac - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Traumas em geral são a principal causa de morbimortalidade na população pediátrica. Em se tratando de trauma duodenal, a etiologia contusa é a mais prevalente. Apesar da localização retroperitoneal de grande parte do duodeno se comportar como fator protetivo, é responsável pela dificuldade em um diagnóstico precoce. Ademais, apresenta sintomatologia em fase tardia, elevando taxas de morbimortalidade. A sintomatologia é inespecífica e inclui náuseas, vômitos e dor abdominal. O exame padrão ouro para diagnóstico é a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste, por permitir análise das estruturas que circundam o duodeno. É importante salientar que a lesão duodenal de forma isolada é um achado raro.</p> <p>RELATO DE CASO: CASO 1 M.S.O, feminino, dois anos, sofreu trauma abdominal contuso por queda de fogão. Foi admitida com episódios de vômitos, sonolenta, taquicárdica, taquipneica, com abdome em tábua sem hematomas e doloroso à palpação superficial. A TC de abdome com contraste evidenciou hematoma subcapsular hepático, pneumoretroperitônio (sugerindo lesão duodenal retroperitoneal) e moderada quantidade de líquido livre. Após piora clínica, realizou-se laparotomia exploradora (LE), na qual visualizou-se lesão de 75% da 2ª porção duodenal, com papila visível e íntegra, e líquido sanguinolento de aspecto bilioso entre alças. Foi realizada papilotomia e cateterização da via biliar, colecistectomia, duodenorrafia e duodenostomia em parede posterior. CASO 2 A.M.M, feminino, dois anos, admitida com dor abdominal, vômitos persistentes, hematoma em dorso sugestivo de trauma e amilase sérica alterada. A TC de abdome com contraste evidenciou espessamento de parede abdominal, líquido livre na cavidade e derrame pleural compatíveis com pancreatite leve e trauma recente. Foi indicada LE que evidenciou lesão de duodeno entre 2ª e 3ª porção, realizando-se duodenorrafia. No 3º dia pós-operatório, evoluiu com piora clínica. Nova TC evidenciou grande quantidade de líquido livre na cavidade. Foi submetida à nova LE, com visualização de deiscência na 4ª porção duodenal e ângulo de Treitz. Realizou-se duodenectomia de 2ª à 4ª porções e duodenojejuno anastomose término-lateral.</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão duodenal isolada não é indicador de cirurgia. A abordagem cirúrgica é considerada na presença de lesões associadas e/ou complicações, ou em pacientes refratários à terapia clínica. Nos casos de indicação cirúrgica, o intuito é reestabelecer uma drenagem gástrica e duodenal satisfatórias, além de garantir o suporte nutricional. Entre as técnicas utilizadas, destacam-se a sutura primária, exclusão pilórica e duodenectomia. Em ambos os casos, pode-se inferir a necessidade de terapia cirúrgica, dada gravidade das lesões e acometimento de órgãos adjacentes. Apesar das diferentes lesões e posteriores abordagens, ambos casos apresentaram como conduta principal a duodenorrafia primária, procedimento que apresenta menores taxas de morbimortalidade. Pacientes seguem internadas, apresentando boa evolução.</p>
<p>PO 470-1</p> <p>ÚLCERA GÁSTRICA GIGANTE PERFURADA: A IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO PRECOZE</p> <p>Osmar Lúcio Sobrinho Júnior, Carlos Alfredo Salci Queiroz, Kílvia Freitas Sousa Borges, Cecília Salazar Ulácia, Jakeline Silva Santos, Tainã Batista Oliveira, Beatriz Silva Inácio, Andrei Biliato Colmanetti</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As úlceras gastroduodenais ocorrem devido ao desequilíbrio entre os fatores protetores e os danos à mucosa. Causas mais comuns são o <i>Helicobacter pylori</i> e o uso de AINES (EISNER, 2017). Quando a lesão apresenta um diâmetro ≥ 3 cm, considera-se úlcera gástrica gigante (BARRAGRY, 1985). Devido à localização e magnitude, a incidência é rara e a perfuração é de apenas 1,5%, podendo cursar com graves consequências como abdome agudo, hemorragia, além da chance de malignidade à histologia de 37% (LORD, 2018). Devido a sua importância clínica, e por serem poucos os registros, destaca-se a relevância no relato desse caso.</p> <p>RELATO DE CASO: EFS, 64 anos, masculino, admitido no pronto socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com dor abdominal difusa há 2 dias, de início súbito e intensa, associada a parada de eliminação de flatos e fezes. Antecedentes: gastrite, hipertensão arterial sistêmica, tabagista pesado, etilista, usuário de AINE esporadicamente. Ao exame se encontrava desidratado, com abdome distendido, dor à palpação difusa, com irritação peritoneal. Realizado radiografia de tórax que demonstrou pneumoperitônio. Conduzido imediatamente para cirurgia onde identificou-se ulceração de 4x2 cm do corpo gástrico até a curvatura menor do estômago. Realizado desbridamento das bordas e sutura primária. Devido o grande tamanho e a localização da úlcera foi aventada a hipótese de tumor gástrico ulcerado, entretanto o estudo anatomopatológico descartou neoplasia. O paciente evoluiu bem e recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Com o advento dos inibidores de bomba de prótons, os anti-histamínicos e a antibioticoterapia para a <i>H. Pylori</i>, a incidência de úlceras gástricas e duodenais diminuiu consideravelmente. Porém, quando presente e perfurada, pode apresentar desfecho desfavorável na maioria dos casos. A relação entre uso de AINES, tabagismo e o etilismo, bem como a presença de <i>H. pylori</i> com o surgimento de úlceras gastroduodenais é conhecida da literatura e se faz presente neste relato. (CASALI, 2012) A úlcera gástrica gigante, por sua vez, é conhecida como úlcera gástrica de mais de 3cm de diâmetro e tem uma incidência estimada entre 12-24% de todas as úlceras gástricas, e de perfuração em torno de 1,5% (VASHISTHA, 2016). A abordagem clínica tem altos índices de cura, na ausência de perfuração, com o uso de IBP. Em caso de perfuração, o procedimento usual é a ulcerorrafia primária, com quase 90% das abordagens cirúrgicas nestes casos. (FILHO, A.D. 2012) Em razão da alta morbi-mortalidade, a perfuração de uma úlcera gástrica gigante deve receber cuidado intensivo e de rápido início para reduzir desfechos negativos. (KOCER, 2006) Deste modo, ressalta-se a relevância do rápido diagnóstico, do tratamento cirúrgico efetivo com técnicas cirúrgicas adequadas e da abordagem clínica multidisciplinar como fatores preditivos de melhores prognósticos nestes pacientes.</p>	<p>PO 470-2</p> <p>RESSECÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA EM CRIANÇA COM QUADRO DE HEMORRAGIA CEREBELAR</p> <p>Livia Novaes Teixeira, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Thiago Henrique Queiroz de Oliveira, Lorraine Ugolini Santana, Talita Trindade França, Maria Lourdes Jaborandy Paim da Cunha</p> <p>INTRODUÇÃO: Acidentes vasculares encefálicos (AVE) pediátricos são raros, sendo causa de morte e prejuízo funcional. Ocorrem por bloqueio focal de fluxo sanguíneo cerebral, sendo classificados em AVE isquêmico agudo ou hemorrágico, com diversos diagnósticos diferenciais que exigem alto grau de investigação clínica. O AVE hemorrágico (AVEH) é mais raro em crianças, causado principalmente por malformação arteriovenosa (MAV), com incidência de 1/100.000. O objetivo deste relato é descrever um caso de AVEH em uma criança de 9 anos portadora de MAV cerebelar submetida a microcirurgia de dissecação da malformação.</p> <p>RELATO DE CASO: H.L.P, 9 anos, feminino, apresentou cefaléia de forte intensidade há 5 dias, de caráter progressivo, associada a vômitos e astenia, com quadro febril no início. Nega convulsões, síncope, confusão mental, tontura, traumas ou outras queixas. Ausência de sinais meníngeos. Apresentava PA 111x76 mmHg, e evoluiu com afasia motora, ataxia axial e apendicular. A TC de crânio com contraste apresentou área espontaneamente hiperdensa, de contornos irregulares, medindo cerca de 3,8x2,8x4cm, envolvendo a porção superior dos hemisférios cerebelares, compatível com componente hemático, associada a edema do parênquima adjacente, com sinais expansivos caracterizados por apagamento dos sulcos entre as fissuras cerebelares e deslocamento anterior da ponte e do bulbo. Realizou angiografia cerebral que revelou presença de MAV cerebelar direita nutrida por ramos da artéria cerebelar superior direita e com veias de drenagens ao seio reto e transverso. Após tratamento conservador com melhora de algumas funções, foi realizada microcirurgia para ressecção da MAV que comprometia os lóbulos culmen e declive do vermis cerebelar. A paciente foi submetida a acesso supracerebelar-infratentorial em posição sentada. Procedimento transcorreu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O AVEH em crianças pode ocorrer devido a tumores cerebrais, doenças hematológicas, hemangiomas cavernosos, infecções, vasculopatias e, principalmente, MAVs: malformações vasculares entre as artérias primitivas e veias do cérebro desenvolvidas durante o primeiro trimestre de gestação. Podem estar presentes ao nascimento, sendo 10-20% sintomáticas durante a infância. Trauma ou puberdade podem estimular seu crescimento e não há regressão espontânea. Atualmente, há 3 principais opções de tratamento da MAV: microcirurgia, radiocirurgia e terapia endovascular, com a microcirurgia de ressecção total permanecendo como tratamento de escolha para lesões pequenas em áreas sem grande expressividade. No caso relatado, a paciente apresentou MAV da fossa posterior, que representa 7-15% de todas as MAVs intracranianas, sendo as de cerebelo as mais comuns desse grupo. Estas possuem taxa de sangramento de 60-86%, quase duas vezes mais propensas a apresentar hemorragias quando comparadas às supratentoriais. São descritas taxas de ressecção total de até 92%, com bons resultados funcionais em 80-91%.</p>

PO 470-3	PO 471-1
<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA ESPONTÂNEA EM PACIENTE PREVIAMENTE HIGIDO</p> <p>Victor Barroso Camilo Cunha Ataíde, Mariana França Bandeira de Melo, Luciano Delgado de Olival, Huri Brito Poque, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Davi Farias Pereira, Ana Paula de Goes Louly Bustamante</p> <p><i>Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática consiste na passagem de parte do conteúdo abdominal para o interior da cavidade torácica através de um defeito no diafragma. Os principais sinais e sintomas detectados nos quadros de hérnia diafragmática encarcerada são representados por desconforto abdominal ou precordial pós-alimentares, sangramento gastrointestinal, dispnéia em menor percentagem de casos, podendo também ocorrer quadro de abdome agudo obstrutivo secundariamente a volvo ou por volumosa passagem de estruturas intestinais para a cavidade torácica, sem volvo, porém com estagnação do trânsito intestinal. A indicação cirúrgica deverá ocorrer tão logo seja feito o diagnóstico, para que possam ser evitadas complicações graves, como sepse, empiema e aspiração.</p> <p>RELATO DE CASO: LMF, masculino, 40 anos, apresenta dor abdominal há 4 meses, com intensificação há 8 dias, além de constipação intestinal há 8 dias, associado a vômitos, astenia e hiporexia. Apresenta eliminação de flatos. HPP: cirurgia na bacia há 11 anos com ressecção tumoral; nega comorbidades. Prescrita dieta zero e passagem de sonda nasogástrica, com saída de conteúdo entérico de grande monta. Foram realizadas radiografias, que evidenciaram hérnia diafragmática à esquerda com insinuação de alças intestinais no hemitórax esquerdo. Nega história de trauma recente. Optado por abordagem cirúrgica videolaparoscópica com diagnóstico pré-operatório de abdome agudo obstrutivo e hérnia diafragmática. No Inventário da cavidade: presença de alças de cólon em anel herniário de aproximadamente 7cm, sem lesões em alças. Procedida redução total do conteúdo herniário em cúpula diafragmática esquerda, sutura diafragmática e drenagem torácica à esquerda. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, sendo retirado dreno de tórax no terceiro dia pós-operatório (DPO), e recebe alta hospitalar no 4ºDPO, com retorno ambulatorial agendado.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso acima relatado consiste em hérnia diafragmática de origem espontânea, evoluindo com abdome agudo obstrutivo. A ruptura espontânea do diafragma é quadro raro, e geralmente é decorrente do aumento da pressão transdiafragmática. O orifício diafragmático possivelmente aumenta de acordo com o tempo e com as mudanças nas pressões intra-abdominais e da cavidade torácica, o que resulta em progressiva herniação de vísceras abdominais para a cavidade torácica. No caso relatado, não houve histórico de trauma recente nem tampouco sintomas mais antigos, sugerindo que uma hérnia diafragmática de origem espontânea tenha sido a causa.</p>	<p>ISQUEMIA DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR, EM POS OPERATORIO DE COLECTOMIA DIREITA POR ADENOCARCINOMA DE COLON: RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, PAULO GARDENAL TELES, JOAO DE FREITAS NETO, GABRIELA VASCONCELLOS OLIVIERO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Isquemia mesentérica é uma patologia rara, com alta taxa de mortalidade(60%), incide 1:1000 admissões hospitalares nos Estados Unidos. Na maioria dos casos, são decorrentes de embolias ou oclusões trombóticas. Os principais fatores de risco para embolias são fibrilação atrial, infarto do miocárdio recente e neoplasia. O tromboembolismo é uma complicação comum em pacientes com doença maligna. A trombose associada ao câncer está relacionada a pior prognóstico, sendo a segunda causa de morte em pacientes oncológicos.</p> <p>RELATO DE CASO: O.T.V, masculino, 58 anos, 10º dia pós-operatório de colectomia direita, iniciou quadro de dor abdominal difusa associada a parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico apresentava abdôme distendido, timpânico e doloroso à palpação superficial e profunda. A tomografia computadorizada de abdome identificou diminuição do fluxo da artéria mesentérica superior. Realizada heparinização plena por 3 dias, sem resolução do quadro e indicado cirurgia. Durante a laparotomia exploradora foram evidenciadas alças isquêmicas desde o jejuno, a 25 cm do ângulo de Treitz, até a anastomose. Realizada enterectomia e colectomia, com jejunostomia terminal. Em laudo anátomo-patológico foi evidenciado necrose hemorrágica perfurada em íleo terminal e infarto hemorrágico transmural em cólon ascendente associados a peritonite aguda fibrinopurulenta. A margem de ressecção cirúrgica proximal apresentou-se livre de comprometimento isquêmico. Não houve sinais de malignidade. O paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no quarto dia pós-operatório e foi submetido a reconstrução de trânsito intestinal após um ano.</p> <p>DISCUSSÃO: A isquemia mesentérica ocorre devido ao aporte sanguíneo insuficiente, levando a dano inflamatório e necrose da parede intestinal. No caso relatado provavelmente a trombose mesentérica ocorreu pela doença de base (neoplasia maligna de cólon), que altera a coagulabilidade sanguínea, aumentando a incidência de trombos. Vários fatores de risco para desenvolvimento de trombose coexistem em pacientes com câncer, incluindo cirurgias prévias, admissão hospitalar, imobilização, quimioterapia, dentre outros. A utilização de heparina de baixo peso molecular no manejo da trombose reduz morbidade e mortalidade, melhorando a qualidade de vida. O dano ao intestino é proporcional à redução do fluxo mesentérico e pode variar de lesões mínimas, devido à isquemia reversível, até dano transmural com subsequente necrose e perfuração. No caso foi utilizada heparina em dose plena, para amenizar o quadro durante a oclusão parcial e permitir máxima preservação do órgão. Devido à falta de sinais específicos e uma evolução silenciosa, a patologia é diagnosticada tardiamente. A abordagem terapêutica da isquemia mesentérica inclui terapia medicamentosa e cirúrgica. São incluídos procedimentos de restauração do fluxo com arteriotomia, endarterectomia ou revascularização, enquanto a ressecção do segmento necrótico é sempre realizada.</p>
<p>PO 471-2</p> <p>TORÇÃO DE TESTÍCULO CRIPTORQUÍDICO: UMA CAUSA POSSÍVEL DE DOR ABDOMINAL</p> <p>Rafael Bernardo Silva, Plutarco Inácio Parente</p> <p><i>Hospital Regional Norte - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A criptorquidia é definida como o testículo que se localiza fora do saco escrotal, porém em algum lugar do trajeto até sua origem na cavidade abdominal. A torção testicular, por sua vez, corresponde à rotação do cordão espermático em seu próprio eixo, gerando isquemia e morte testicular, sendo, assim, uma urgência urológica. O diagnóstico de torção, cujo risco é 10 vezes maior nos testículos criptorquídicos, pode ser dificultado caso sua localização seja intra-abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 10 anos, admitido com 72 horas de dor em baixo ventre sem associação com febre, vômitos ou diarreia. Apresentava como únicas alterações ao exame físico, discreto abaulamento em região inguinal esquerda sem hiperemia local e ausência de testículo esquerdo palpável em bolsa escrotal. Submetido a procedimento cirúrgico através de inguilotomia esquerda sem evidência de hérnias, mas com achado de testículo criptorquídico torcido junto ao anel inguinal interno com sinais nítidos de inviabilidade, sendo procedida orquiectomia. A criança recebeu alta com prescrição sintomática após dois dias de internação. O estudo histopatológico da peça mostrou necrose testicular isquêmica com áreas de hemorragia intersticial.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico do testículo não descido deve ser feito ao nascimento, com reavaliação ao 6º mês de idade corrigida. Quando é unilateral, o exame físico é suficiente para o diagnóstico, contudo, nos casos bilaterais, deve-se investigar distúrbios do desenvolvimento sexual com cariótipo e dosagens hormonais. A torção testicular faz parte do diagnóstico diferencial de toda dor escrotal, contudo, se a localização do testículo é intra-abdominal, o quadro pode demorar a ser definido. Aumenta-se a suspeição naqueles pacientes com dor abdominal, que em crianças menores pode se manifestar como irritabilidade, choro inconsolável e hiporexia, e testículo não palpável em bolsa escrotal. No caso em questão, a evidência tardia da criptorquidia, bem como a demora na procura por atendimento médico, foram cruciais para a inviabilidade em preservar o testículo.</p>	<p>PO 471-3</p> <p>RUPTURA ESPLENICA POR ABSCESSO EM DECORRENCIA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA COMPLICADA TRATADA COM ESPLENECTOMIA COM SUCESSO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Karolina Brochado Jorge, Bruno Brochado Jorge, Marcelo Lopes Dias Kolling, Lorenzo Catucci Boza, Kevin Verdin Phillips, Ingrid Manoela Amaral Cardoso Aguiar, Laurence Bedin da Costa, Christina Campana Duarte</p> <p><i>HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC-RS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico (AE) é uma infecção incomum e resulta, em sua maioria, de infecções como endocardite infecciosa (EI) ou embolização séptica de outros sítios. Quando a endocardite é a etiologia, temos que 3-5% dos casos complicam com desenvolvimento de AE. O tratamento clínico isolado mostrou resultados insatisfatórios, sendo padrão-ouro o tratamento cirúrgico, com realização da esplenectomia associada a substituição de válvula cardíaca. Neste relato, apresentamos o caso de um paciente com EI complicada com AE submetido à esplenectomia de urgência com sucesso e plano de posterior substituição de válvula.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 62 anos, internou em hospital universitário via emergência apresentando febre há uma semana, dor abdominal em flanco esquerdo, dor nas costas, tremores e calafrios. Previamente hipertenso, diabético tipo 2, doença renal crônica, nefrectomia. Exames com persistente leucocitose com formas jovens e anemia normocítica, além de exame físico com abdome normotenso, sem peritonite, dor em flanco esquerdo intensificada à palpação profunda. Manejo inicial com antibiótico de amplo espectro e descalonado após hemocultura positiva para Enterococo MS, apontando para provável foco abdominal. Realizada ressonância magnética (RM) com derrame pleural à esquerda e baço com múltiplas áreas de aumento de intensidade de sinal, heterogêneo, comprometendo toda sua espessura, associada a coleção subcapsular esplênica indicativo de hematoma; sugerindo ruptura contida. Apesar de antibiótico manteve sintomas de bacteremia e queda de Hb persistente necessitando de reposição volêmica. Submetido a tomografia computadorizada (TC) com evidência de aumento do volume esplênico, além das alterações já descritas na RM, reforçou a hipótese de ruptura contida em expansão. Após ecocardiograma transesofágico com perfuração de folheto coronariano direito da válvula aórtica com regurgitação grave e discussão entre equipes clínica e cirúrgica diagnosticou-se EI complicada com embolização e AE com ruptura contida. Submetido, com sucesso, à esplenectomia de urgência devido ao hematoma em expansão e mantido plano cirúrgico de troca valvar após estabilização.</p> <p>DISCUSSÃO: EI é uma infecção de manejo muitas vezes desafiador e múltiplas consequências sistêmicas, como o AE. No caso do paciente as manifestações clínicas de febre recorrente e persistente apesar da antibioticoterapia, além da dor no quadrante superior esquerdo foi bastante compatível com o esperado nestes casos. Casos de AE podem apresentar também derrame pleural reacional à esquerda, como também visto em nosso paciente. TC é o exame de imagem mais útil e tem boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico, sendo neste caso importante peça para o diagnóstico. A esplenectomia tem sido o tratamento padrão-ouro para AE, tendo evidências na literatura de desfechos desfavoráveis quando optado pelo manejo conservador. Dessa forma, bem como já exposto, o paciente do presente relato fora submetido à esplenectomia com sucesso.</p>

PO 472-1	PO 472-2
<p>GOSSIPIBOMA DE DUODENO: UM RELATO DE CASO</p> <p>PERILO RODRIGUES DE LUCENA FILHO, Vitor Magalhães Libânio, Italo Primo Gonçalves Rolim, Aretha Kariely de Lira Ribeiro, Beatriz Cristina Soares Barros, Raphael Pedro Ribeiro Pontes, Henrique Palitot de Lima Nunes, João Bosco Braga Neto</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O esquecimento de corpo estranho durante uma operação abdominal é uma complicação grave. Compressas cirúrgicas retidas, também chamadas de gossipibomas ou textílomas, representam mais da metade de todos os corpos estranhos deixados inadvertidamente. A apresentação clínica é variável, desde um achado incidental até uma reação inflamatória intensa com perfuração e obstrução do trato gastrointestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: J.M.F.N, 38 anos, foi submetido à uma endoscopia para investigar sintomas de dor abdominal e alteração do hábito intestinal após ter realizado uma esplenectomia pós acidente automobilístico. Mediante aos sintomas apresentados, realizou-se endoscopia chegando ao diagnóstico de corpo estranho impactado no piloro, com tentativa sem sucesso de retirada por via endoscópica do mesmo e foi indicado remoção cirúrgica. Não foi indentificado perfuração da O organismo migrou o corpo estranho para a luz duodenal, através da erosão da parede gastrointestinal, alojando o mesmo no duodeno, sendo realizada nova laparotomia para retirada completa da compressa cirúrgica.parede intestinal no caso.</p> <p>DISCUSSÃO: Qualquer cirurgia está sujeita ao esquecimento de um corpo estranho. É relatado na literatura alguns mecanismos naturais de eliminação do corpo estranho em retenção na cavidade abdominal. É possível que o organismo tente eliminar o corpo estranho através da ferida cirúrgica ou tente migrá-lo para o interior de uma víscera oca que sofrerá uma erosão em sua parede. O diagnóstico deve ser feito unindo o quadro clínico com os exames de imagem. O tratamento para os casos de retenção de corpos estranhos é a retirada do material, podendo ser feito por laparotomia, laparoscopia e endoscopia.</p>	<p>GASTROSQUISE E SEUS DESAFIOS NA CORREÇÃO CIRÚRGICA PRIMÁRIA E NA PREVENÇÃO DE SEPSE</p> <p>Cecília Salazar Ulacia, Adriana Cartafina Perez-Bóscollo</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gastrosquise é uma malformação congênita bastante incomum na parede anterior do abdome, com herniação de vísceras não recobertas por membrana. Sua patogênese ainda é pouco clara, possuindo diferentes teorias. Nos últimos 15 anos, sua incidência tem aumentado (PALMER et al., 2013), cerca de 1 a cada 5000 recém-nascidos, sugerindo o envolvimento de fatores ambientais (LOANE, 2007), contudo ainda existe pouca literatura registrada a respeito dessa malformação (COCHRANE, 2013).</p> <p>RELATO DE CASO: Recém-nascido (RN) de D.G.R (25 anos), parto cesárea, à termo (37 semanas), sexo masculino, 2,495 kg, 47,5 cm, Apgar 7/10, com alteração para umbilical direita caracterizando uma gastrosquise (cordão à esquerda e orifício à direita), com exteriorização de bexiga, alças do intestino delgado, cólon ascendente e terço inicial do transverso. Foi recebido pela cirurgia pediátrica após ligadura do cordão umbilical, envolvido em saco plástico estéril e levado à sala cirúrgica ao lado onde realizou-se a venoclise, intubação orotraqueal e correção cirúrgica primária com fechamento circunferencial em torno do umbigo, sem intercorrências, apresentado diurese no bloco. Permaneceu na UTI por 30 dias, 2 dias entubado, 10 dias de ampicilina e gentamicina, boa aceitação do leite materno e alta após no 36º dia.</p> <p>DISCUSSÃO: Para o tratamento pós-natal, uma das maiores dificuldades para o fechamento cirúrgico primário é a desproporção víscero-abdominal. Nesse sentido, o desenvolvimento do silo foi um passo decisivo no manejo da gastrosquise. No entanto, o dano intestinal ainda é responsável pela elevada morbidade e, eventualmente a mortalidade dos pacientes (GONÇALVES et al., 2013). As complicações das reintervenções realizadas tanto para o fechamento secundário como após o fechamento primário e a sepse estão associadas com altas taxas de mortalidade (CALCAGNOTTO et al., 2013). No presente caso, as alças intestinais encontravam-se viáveis, sem quaisquer danos, sendo o sigmoide preenchido por grande quantidade de mecônio, o qual foi esvaziado por malaxação, facilitando a redução das vísceras. Não se observou aumento da pressão intrabdominal, permitindo a correção primária sem o uso de silo. Um estudo sobre o manejo de gestações com gastrosquise concluiu que a indução de parto na 37ª semana de gestação esteve associada com redução da sepse e morte neonatal em comparação com o manejo expectante (CALCAGNOTTO et al., 2013). A conduta pediátrica seguiu os protocolos para sepse, utilizando antibioticoterapia recomendada e uso de betametasona dois dias anteriores à cesárea programada (para auxiliar no amadurecimento fetal), de forma que a idade gestacional (37 semanas) também atendeu aos parâmetros indicados para redução de sepse e morte neonatal. Destaca-se ainda a importância do saco plástico estéril imediatamente após o nascimento, evitando a perda de umidade e reduzindo o risco de infecção e sepse, o que corrobora o excelente prognóstico no pós-operatório, mas ainda é pouco citado na literatura.</p>
<p>PO 472-3</p> <p>APENDICITE AGUDA COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO</p> <p>Victor Reis Santos, Rafaela Diniz Perpétuo, Larissa Viana Valadares, Mariana Pontes Neves, Karem Yapuck Pereira de Almeida, Edson Antonacci Júnior</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda tem como apresentação clínica clássica um quadro de dor leve, em cólica, com duração maior que 4 a 6 horas, em região periumbilical ou epigástrica, podendo haver náuseas, vômitos, anorexia e febre baixa. Porém, em cerca de 30% dos casos, podem ocorrer apresentações atípicas, principalmente em mulheres, devido à possibilidade de afecções ginecológicas. Desta forma, torna-se interessante relatar um caso de apendicite aguda com apresentação atípica, bem como abordar o diagnóstico da dor pélvica em mulheres, importante diagnóstico diferencial da apendicite.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.C, feminino, 33. Admitida na unidade de pronto atendimento (UPA) no Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) em Patos de Minas no dia 01/06/18 com suspeita de endometrioma e relato de irritação peritoneal. Avaliada pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia, paciente relatou que há 16 dias iniciou quadro de dor em baixo ventre, à direita, de forte intensidade, em peso, sem irradiação, sem fatores de piora e melhora com medicação prescrita em UPA. Referiu corrimento pruriginoso e sem odor. Relatou diurese escurecida. Foi solicitada ultrassonografia transvaginal (USTV) que evidenciou imagens císticas heterogêneas ovarianas que podiam corresponder à endometriomas. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, hipocorada, hidratada, eupneica, afebril. Abdome globoso, distendido, sem sinais de peritonite e indolor à palpação. Ao toque vaginal, colo grosso, posterior, fechado, indolor à mobilização de colo e anexos. Foi solicitado segundo USTV que revelou útero em anteroflexão; ovário direito multifolicular. Observou-se massa pélvica volumosa em localização retrouterina e anexial esquerda de conteúdo heterogêneo, medindo 9,7x7x7,3 cm³ e volume de 252cm³. Exame laboratorial: hemoglobina: 7,3g/dl; hematócrito:24,6%, Leucócitos: 18.100 /mm³; Bastonetes: 1%; Plaquetas: 651000. Optou-se por realizar laparotomia exploradora (via incisão de Pfannenstiel), observando a presença de apendicite aguda em fase IV, com ponta firmemente aderida à região posterior do útero. Foi realizada apendicectomia com bolsa cecal; toailete exaustiva. Notou-se dreno sentinela. Laparorráfia por planos. Prescrito Ceftriaxona e Metronidazol. Após melhora do quadro houve retirada da SNG e alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da apendicite aguda ser uma afecção com tratamento bem definido, uma das dificuldades enfrentadas em sua resolução consiste no diagnóstico precoce. Observa-se que este é essencialmente clínico, sendo que a realização de exames de imagem complementares tem como objetivo ressaltar o diagnóstico e não deve adiar a intervenção cirúrgica. Em mulheres o diagnóstico é mais difícil, devido à possibilidade de doenças ginecológicas. A apendicite continua sendo um problema médico de grande importância e de elevada prevalência, necessitando de atenção em relação aos diagnósticos diferenciais, a fim de realizar diagnóstico e tratamento precoces, diminuindo consideravelmente as taxas de complicações.</p>	<p>PO 473-1</p> <p>SÍNDROME DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR: UMA CAUSA POSSIVEL DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO</p> <p>Rafael Bernardo Silva, Diego Aragão Bezerra, Janiel Carvalho Ponte, Caio Placido Costa Arcanjo, Thais Vasconcelos, Erika Silva Spessirts</p> <p><i>Hospital Regional Norte - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome da Arteria Mesentérica Superior, cuja fisiopatologia está na redução da distância e do ângulo aorto-mesentéricos, resulta na compressão da terceira porção do duodeno. Constitui uma causa rara de obstrução intestinal alta e os principais fatores envolvidos são a significativa perda de peso e cirurgias da coluna.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 58 anos, cerca de 24 horas antes da admissão, iniciou quadro de vômitos persistentes, principalmente pós-prandiais, sem associação com febre ou diarreia. Apresentava-se com sinais de desidratação (mucosas secas e taquicardia) na avaliação inicial, recebendo hidratação endovenosa e anti-eméticos. Ao exame físico do abdome, sem distensão, cicatrizes cirúrgicas, massas ou dor à palpação. Ultrassonografia de abdome evidenciou somente distensão líquida e gasosa da câmara gástrica e de alças de delgado. Endoscopia Digestiva Alta, realizada no dia seguinte, não mostrou alterações até a segunda porção do duodeno. Na Tomografia Computadorizada de Abdome com contraste endovenoso, cerca de 48 horas após admissão, foi possível ver acentuada distensão gástrica e duodenal, até a 3ª porção deste, ao nível da artéria mesentérica superior, sendo evidenciada redução do ângulo aorto-mesentérico e da distância aorto-mesentérica, medindo 23º e 8mm, respectivamente. Tendo em vista a não melhora da sintomatologia inicial, o paciente foi submetido a laparotomia no 3º dia de internação, sendo confirmado o diagnóstico de síndrome da artéria mesentérica superior e realizada gastrojejunostomia a Billroth II. O paciente evoluiu nos primeiros dias pós-operatórios com gastroparesia, o que motivou introdução de nutrição parenteral até melhora dos sintomas. Recebeu alta no 14º dia pós-operatório, já em dieta oral plena e sem sinais de obstrução intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: As manifestações clínicas da SAMS são de uma obstrução intestinal alta com apresentação aguda ou crônica. A dor abdominal e os vômitos pós-prandiais levam a incapacidade de se alimentar e a uma maior perda de peso, gerando um ciclo vicioso na doença. Condições como o refluxo, a esofagite e a gastrite também podem estar presentes no doente. A doença ulcerosa péptica, além de ser um diagnóstico diferencial da SAMS, é uma complicação importante. No caso em questão, a ausência de perda de peso ou outras condições predisponentes podem ter retardado o diagnóstico, definido através da TC de abdome com contraste. A EDA, apesar de não ajudar na elucidação da etiologia, permitiu descartar complicações da doença. O procedimento cirúrgico mais realizado no tratamento da SAMS é a duodenojejunostomia latero-lateral videolaparoscópica com taxa de sucesso de 96% na maioria das séries. A gastrojejunostomia, apesar de ter resultados inferiores na eliminação dos sintomas, foi o tratamento instituído com resolução do quadro obstrutivo.</p>

PO 473-2	PO 473-3
<p>MASSA ABDOMINAL NA INFANCIA: RELATO DE CASO</p> <p>Deborah Nunes Chagas, Aline de Quadros Teixeira, Thaissa Scharth Montenegro, Thiago Scharth Montenegro</p> <p><i>UNIGRANRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Massa abdominal na infância e seus aspectos relevantes é um sinal frequente nos ambulatórios, possuindo diversas etiologias, sendo o câncer uma delas e de grande mortalidade, devendo ser sempre afastado. A investigação deve ser rápida e minuciosa até o diagnóstico definitivo. Este trabalho tem como objetivo relatar caso de massa abdominal em lactente com equívoco no diagnóstico inicial foi reavaliado com investigação sistemática. O diagnóstico definitivo de Tumor de Wilms. O atraso no seguimento, acompanhamento e tratamento do paciente interferiu no prognóstico e evolução clínica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.F.F.A., M, 1 ano e 4 meses, negro, levado ao ambulatório de cirurgia pediátrica por "aumento da barriga e diarreia" pelo SISREG. Relato de agitação há 3 meses, sem conseguir dormir e choroso, com consultas frequentes a emergência, onde obtinha melhora parcial com analgésicos e retornava a casa. Há 1 mês notou um aumento do volume abdominal associado à êmese e diarreia fétida, sem sangue ou muco. Sem ganho ponderal satisfatório. H. familiar: mãe teve aumento do volume abdominal aos 10 meses de idade, sendo submetida à nefrectomia e enterectomia. Ao exame, o paciente apresentava-se muito irritado, com importante distensão abdominal e com tumoração palpável estendendo-se do hipogástrico até o hipocôndrio direito. No US havia sinais compatíveis com cistos complicados, (provável Fasciola hepática). RX de abdome demonstrou opacificação em hipogástrico e hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca direitos. Realizou tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciando lesão expansiva lobulada em polo superior do rim direito, ultrapassando a linha média e empurrando os vasos, medindo 14x13,6x12,5cm. Foi transferido para o INCA para QT neoadjuvante. Ocorreram múltiplas complicações como infecções e lise tumoral. Dois meses depois realizou nefrectomia à direita com linfadenectomia, sem intercorrências. Após a remoção e estudo patológico da peça cirúrgica, foi evidenciado Nefroma Mesoblástico Congênito estágio III e Pielonefrite com formação de micro-abscessos em parênquima adjacente. Por fim, se iniciou QT adjuvante e Radioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: O atraso diagnóstico de cerca de três meses modificou o prognóstico do paciente, aumentando o tempo e as modalidades terapêuticas propostas, acarretou diversas complicações como lise tumoral, múltiplas infecções e neutropenia febril. Na literatura atual não existe consenso sobre a abordagem proposta da massa abdominal na faixa etária pediátrica. A puericultura realizada pelo pediatra se mostrou mais eficaz na detecção precoce da massa abdominal assintomática se comparada a consulta do médico generalista, conferindo uma avaliação mais específica e direcionada. As massas abdominais devem ser investigadas nas consultas de puericulturas regulares, como preconizado pelo MS. O diagnóstico precoce correto é o fator de maior influência no prognóstico dos pacientes, que dependem de uma política de saúde séria e estruturada.</p>	<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR VOLVO DE CECO: RELATO DE CASO</p> <p>RAMIRO ROLIM NETO, GEORGE LUCAS VIEIRA FLOREÊNCIO, BARBARA DE OLIVEIRA BRITO SIEBRA, LUCYANO ROCHA DA SILVA FERRAZ, IVENS FILIZOLA SOARES MACHADO, ERICA VALENTIM RIBEIRO, DIEGO PINHEIRO MATHIAS</p> <p><i>Instituto Dr José Frota - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar um caso de uma obstrução intestinal por Volvo de Ceco em uma paciente tratada com colectomia direita e anastomose íleo-transverso término-lateral.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 64 anos, admitida no Instituto Dr José Frota (JF) em Fortaleza-CE com dor abdominal de forte intensidade há quatro dias, associado a parada de eliminação de gases e fezes, negando a presença de náuseas e vômitos. Ao exame apresentava-se consciente, orientada, anictérica, febril e com abdômen distendido e doloroso a palpação difusa, além de presença de hipertimpanismo a percussão. Ao toque retal não foi evidenciado fezes na ampola. Entre os exames de urgência realizados, o leucograma apresentava leucocitose com desvio à esquerda (leucócitos=14.400, bastões=15%, segmentados=75%, linfócitos=7%, monócitos=3%); a radiografia de abdômen com a paciente deitada, já que a mesma não conseguia ficar em pé, mostrava grande distensão de alças intestinais, com ausência de gases no reto. A ultrassonografia do abdômen total demonstrava acentuada distensão difusa de alças de intestino delgado; a tomografia de abdômen e pelve mostrava acentuada distensão da câmara gástrica e das alças do intestino delgado que apresentam nível hidroaéreo em seu interior e mudança abrupta de calibre ao nível de íleo distal. Esses exames associados ao quadro clínico corroboram para o diagnóstico pré-operatório de abdome agudo obstrutivo, sendo então encaminhada para tratamento cirúrgico para realização de laparotomia exploradora sob anestesia geral, na qual o achado trans-operatório foi de volvo de ceco que mostrava-se distendido e necrosado, sendo realizado em seguida a colectomia direita com anastomose íleo-transverso término-lateral. Após o procedimento a paciente evoluiu de forma satisfatória, apresentando retorno da atividade intestinal em torno do terceiro dia após a cirurgia, quando foi iniciada dieta, recebendo alta no sexto dia de pós-operatório, sendo recomendado o retorno ao ambulatório para acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente com dor abdominal representa um dos problemas mais frequentes e difíceis com o qual o cirurgião lida em sua prática diária. Deste grupo, a obstrução intestinal se destaca como um dos desafios mais rotineiros por representar uma das afecções abdominais agudas de maior incidência, correspondendo, em nosso meio, ao segundo lugar entre as patologias cirúrgicas abdominais não traumáticas nos serviços de urgência. O tratamento do volvo de ceco deve ser personalizado e de acordo com as circunstâncias clínicas e achados cirúrgicos do paciente. Diversas abordagens cirúrgicas têm sido utilizadas, incluindo destorção, cecopexia, cecostomia e ressecção do ceco, no entanto, na presença de dilatação grosseira, perfuração ou gangrena, o tratamento cirúrgico se faz necessário, sendo recomendada a colectomia direita associada à anastomose primária na maior parte dos casos.</p>
<p>PO 474-1</p> <p>ESTENOSE HIPERTROFICA DE PILORO EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE, PAULO GARDENAL TELES, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, GABRIELA VASCONCELLOS OLIVEIRO, JOAO DE FREITAS NETO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A estenose hipertrófica de piloro (EHP) caracteriza-se pela hipertrofia progressiva da musculatura pilórica, provocando alongamento e estreitamento persistente do canal pilórico. É uma doença predominantemente pediátrica acometendo infantes de 2 – 12 semanas de idade. Em adultos é entidade rara, com predomínio em homens de meia-idade. Embora não apresente uma etiologia clara, teorias têm sido propostas, como cicatrização intensa de uma úlcera gástrica ou duodenal. Até o momento foram descritos menos de 300 casos na literatura inglesa. A anatomia patológica foi descrita pela primeira vez em 1842, Cruveilhier e e, em 1885, Maier et. Al. confirmou como doença específica.</p> <p>RELATO DE CASO: J.M.S. 21 anos, masculino, branco, admitido no Pronto-socorro do Hospital Regional de Presidente Prudente com quadro de perda ponderal, 22 kg em 6 meses, plenitude gástrica e vômitos não biliosos, sem histórico de cirurgias prévias e sem comorbidades. Ao exame físico apresentava abdome normotenso, com massa palpável em mesogastro. Foi submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou estenose de piloro com lesão infiltrativa de antro e piloro; no anátomo-patológico gastrite crônica. A tomografia computadorizada de abdome mostrou a estenose com dilatação gástrica a montante. Optou-se por tratamento cirúrgico, sendo realizado piloromiotomia com vagotomia troncular. Realizado biópsia de linfonodo supra duodenal cujos cortes histológicos demonstraram hiperplasia de folículos linfóides e seios medulares. O paciente recebeu dieta no terceiro dia pós operatório e alta no quinto, sendo o quadro patológico considerado doença dispéptica.</p> <p>DISCUSSÃO: EHP é uma doença predominante em infantes. Em adultos, é uma doença antiga, rara e de etiologia ainda pouco esclarecida. Existem duas classificações etiológicas mais aceitas: Primária, sem relação com doença subjacente, tendo como única explicação a persistência da forma juvenil; E secundária, que pode ser causa de um carcinoma, tumor estromal gastrointestinal, aderências extrínsecas pós-operatórias, bezoares e hiperatividade vagal levando à hipertrofia muscular. No entanto, a intensa cicatrização de uma úlcera duodenal crônica tem sido descrita como uma das causas mais comuns. Essa condição pode passar despercebida devido ao seu processo longo e história arrastada. Além disso, investigar a infecção por H. Pylori se faz importante. Estudos revelaram correlação entre a infecção e alterações anatômopatológicas na mucosa gástrica, a respeito da extensão e intensidade da inflamação, atrofia, metaplasia intestinal e hiperplasia de folículos linfóides. Apesar do declínio de sua incidência nos últimos anos, seu diagnóstico precoce e tratamento são importantes para evitar complicações como a EHP. O tratamento cirúrgico para este paciente foi a piloromiotomia com vagotomia troncular, com excisão longitudinal extra mucosa do músculo pilórico, tratamento de escolha nos casos de EHP. A dilatação endoscópica também foi defendida, porém tem alta taxa de recidiva.</p>	<p>PO 474-2</p> <p>SINDROME DE PRUNE BELLY: UM GRANDE DESAFIO NEONATAL</p> <p>Isabella Naves Rosa, Ana Paula Fonseca Barretto, Fernando Viana Ferraz, Mariana de Oliveira Lobo, Angela Lapa da Fonseca Barretto, Maurícia Caetano Cammarota</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Prune Belly é uma uropatia fetal, com apresentação variável, caracterizada pela presença de uma tríade de malformações congênitas: ausência, deficiência ou hipoplasia da musculatura da parede abdominal, criptorquidia bilateral e anormalidades no trato urinário, com incidência aproximada de 1:30000 a 1: 50000 nascidos-vivos.</p> <p>RELATO DE CASO: RN, masculino, foi identificado como portador do abdome em ameixa. Mãe relata ter realizado uma consulta pré-natal sem exames documentados. Foi encaminhado ao HMIH com 12 horas de vida apresentando quadro de anúria com bexiga palpável sem diurese espontânea, sendo submetido a sondagem vesical de demora e USG de rins e vias urinárias. Os rins eram tópicos, aumentados, com acentuada hidronefrose, ureteres dilatados, formação cística na topografia renal, bexiga sem alterações. Os testículos não foram demonstrados no exame. Com a persistência da dilatação bilateral, foi submetido à derivação urinária por ureterostomia em alça distal à direita. O rim esquerdo era hiperecogênico e atrófico. Desenvolveu doenças respiratórias, como pneumonia. Apresentou hipertrofia de VE concêntrica discreta e laringite traumática, sendo indicada a traqueostomia. O paciente recebeu alta com a derivação e passou ao acompanhamento ambulatorial. Após alguns meses de seguimento foi submetido à operação definitiva para reconstrução do trato urinário e abaixamento dos testículos: nefrectomia e urerectomia à esquerda + ureteroplastia e reimplante ureteral a direita + orquidopexia bilateral à Fowler-Stephens em tempo único e abdominoplastia, com técnica de fechamento em jaquetão.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Prune Belly é uma patologia congênita possivelmente causada por um defeito embriológico no desenvolvimento da placa intermédio-lateral do mesoderma ou da crista urogenital. Pode ser associada a persistência do úraco e a outras malformações congênitas, como cardiopatias, situação não apresentada no caso em questão. Muitas vezes pode apresentar complicações urinárias e/ou respiratórias. No caso analisado, houve relato de complicações respiratórias - como a recorrente atelectasia e consequente necessidade de intubação e uso de CPAP -, possivelmente, como consequência do subdesenvolvimento da parede abdominal do RN - e urinárias - como a persistência da dilatação bilateral, de modo a exigir intervenção cirúrgica. Com a evolução do quadro, busca-se a estabilidade do paciente de modo que possa ser submetido a procedimentos cirúrgicos eletivos de correção das comorbidades de trato urinário e abdominoplastia de reparo. Assim, o paciente, com 8 meses de evolução, após dois procedimentos, está em bom estado geral e em condições de receber alta hospitalar. Faz-se fulcral, também, ressaltar que as complicações ocorridas descritas decorrem sobretudo da associação do comprometimento urinário e respiratório, o que se coloca como um desafio, sobretudo na condução dos casos mais graves.</p>

PO 474-3	PO 475-1
<p>ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA TARDIA: RELATO DE CASO</p> <p>Jacquelinny Lopes de Macêdo, Thais Abreu Luedy, Mondeyv Freitas Pascoal, Ítalo Ferreira dos Santos</p> <p><i>Universidade Federal do Cariri - Juazeiro do Norte - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As Hérnias Diafragmáticas Congênitas(HDC) constituem uma apresentação infrequente, mas potencialmente grave, de obstrução intestinal no paciente adulto. Neste, a presença de uma HDC é de aproximadamente 1:133.000 e está muito associada à apresentação em anos posteriores de vida. Relatamos o caso de uma paciente de 39 anos com quadro de abdômen agudo obstrutivo ocasionado por hérnia diafragmática não traumática manifestada tardiamente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 39 anos, deu entrada na emergência com queixa de dor intensa em abdômen inferior associada à parada de eliminação de fezes e flatos, náuseas e episódios de vômitos biliosos com 4 dias de evolução. Negava febre, queixas respiratórias aliadas, comorbidades e história de trauma. Ao exame físico, apresentava murmúrio vesicular, com ruídos hidroaéreos nas proximidades da transição tóraco-abdominal esquerda, abdômen semi-globo, levemente distendido, doloroso à descompressão brusca em todo o andar inferior, hipertimpânico, ausência de massas palpáveis ou visceromegalias e toque retal sem alterações. Diante disso, foram solicitados Raio-X de tórax em PA e abdômen em Ortostase, sugerindo imagem de hérnia diafragmática. Prosseguiu-se a investigação com tomografia computadorizada contrastada de abdômen que evidenciou hérnia em terço anterior do diafragma esquerdo, com conteúdo intestinal e mesentérico herniado e encarcerado na base anterior do respectivo hemitórax, além de moderada distensão hidroaérea à montante do colo transversos, hemi cólon direito e alças delgadas. Logo, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora de urgência, sendo no intra-operatório observado colo herniário de cerca de 2cm em hemidiafragma esquerdo posterior, alça colônica íntegra e pequena lesão na serosada flexura esplênica. Feito o manejo cuidadoso das alças para cavidade abdominal, frenorráfia, colocação de dreno de tórax à esquerda com evolução clínica satisfatória no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia diafragmática congênita(HDC) é uma anormalidade rara caracterizada pela formação incompleta do diafragma durante a embriogênese, permitindo que o conteúdo abdominal se torne herniário no tórax e gere efeito de massa sobre o pulmão. Cinco a 10% das HDC podem ter apresentação tardia. A maioria dos pacientes é assintomática ou apresenta sinais e sintomas inespecíficos, dificultando o seu pronto diagnóstico, sobretudo, na urgência. Quando os sintomas se tornam progressivos num episódio de dor e desconforto, é muito provável que haja encarceramento de alguma viscera, podendo evoluir para quadro de abdome agudo. O achado radiológico mais comum relatado é a opacidade do hemitórax, aliada ao deslocamento do mediastino para o lado contralateral. Dadas as potenciais complicações da HDC de apresentação tardia(encarceramento, estrangulamento de vísceras herniadas ou até morte súbita), preconiza-se o tratamento cirúrgico logo que possível, incluindo a redução da hérnia, drenagem pleural e reparação do defeito diafragmático.</p>	<p>SINDROME DA ARTÉRIA MESENTERICA SUPERIOR: APRESENTAÇÃO AGUDA EM PACIENTE SEM COMORBIDADES</p> <p>Rafael Bernardo Silva, Diego Aragão Bezerra, Janiel Carvalho Ponte, Caio Placido Costa Arcanjo, Erika Silva Spessirits, Thais Vasconcelos</p> <p><i>Hospital Regional Norte - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, cuja fisiopatologia está na redução da distância e do ângulo aorto-mesentéricos, resulta na compressão da terceira porção do duodeno. Constitui uma causa rara de obstrução intestinal alta e os principais fatores envolvidos são a significativa perda de peso e cirurgias da coluna. Os critérios diagnósticos são estabelecidos pela angiogramografia, que permite a aferição de um ângulo aorto-mesentérico menor que 25° e de uma distância aorto-mesentérica menor que 8mm.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 17 anos, admitido com dor abdominal e vômitos iniciados cerca de 24 horas antes da admissão. Sem outras queixas ou história de cirurgias prévias. Ao exame físico, apresentava importante distensão em andar superior do abdome. Tomografia Computadorizada (TC) com contraste endovenoso evidenciou distensão acentuada do estômago e do duodeno com ponto de transição abrupta na terceira porção deste, na topografia do ângulo aorto-mesentérico, que se encontrava diminuído, bem como a distância aorto-mesentérica, medindo, respectivamente, 13,5° e 8mm. Durante laparotomia, ainda no primeiro dia de internação, foi diagnosticada compressão extrínseca da 3ª porção do duodeno pela artéria mesentérica superior e realizada gastrojejunostomia a cerca de 40cm do ângulo de Treitz. O paciente teve sua dieta progredida gradualmente após o procedimento, recebendo alta no 10º dia pós-operatório sem sinais ou sintomas obstrutivos.</p> <p>DISCUSSÃO: As manifestações clínicas da SAMS são de uma obstrução intestinal alta com apresentação aguda ou crônica. Sua incidência na população geral é muito baixa e os sintomas mais prevalentes são: náusea e vômitos, perda de peso e dor abdominal. O surgimento abrupto e a rápida definição diagnóstica, no caso em questão, não permitiram o ciclo vicioso de perda de peso e piora dos sintomas. Da mesma forma, a história negativa de emagrecimento, que é comum na SAMS, suscitou a não utilização de terapia conservadora para melhora nutricional pré-operatória. O tratamento cirúrgico é o mais efetivo, sendo a duodenojejunostomia latero-lateral videolaparoscópica a que apresenta maiores taxas de sucesso. A gastrojejunostomia, apesar de ter resultados inferiores na eliminação dos sintomas, foi o tratamento instituído com resolução do quadro obstrutivo.</p>
<p>PO 475-2</p> <p>EXCISAO DO CISTO DE RANULA EM PACIENTE NEONATAL : RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>Flaviana Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado, Beatriz Ribeiro Coutinho de Mendonça Furtado, Matheus Lima Dore, Juliana Ávila Lins Cunha Lima, Ruan César Teixeira de Carvalho, Gabriela Batista Vieira de Sousa, Leonardo Queiroga Marinho, Gabriela Trigueiro Lopes Ramalho</p> <p><i>Famene - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Rânula congênita representa uma rara malformação cística visualizada na cavidade oral. É um pseudocisto retentivo habitualmente localizado no espaço sublingual entre o músculo milo-hioideo e a mucosa da língua, proveniente do em extravasamento de mucina após um trauma na glândula sublingual ou obstrução dos seus ductos. Sua prevalência está estimada em 0,74%. Poucos casos de diagnóstico pré-natal têm sido relatados na literatura. Retrata-se de uma rânula congênita diagnosticada por ultrassonografia durante o período de gestação e acompanhando do seu tratamento por meio da técnica de marsupialização.</p> <p>RELATO DE CASO: Gestante, realizou ultrassonografia obstétrica com 20 semanas, que revelou uma massa cística. Ao nascimento, o neonato apresentou aumento de volume em todo assoalho bucal com deslocamento superior da língua, indolor, com dificuldade de sucção e deglutição, sugestivo de lesão do tipo cisto de rânula congênita. Foi realizada a cirurgia de excisão de rânula com a técnica de marsupialização, técnica cirúrgica de primeira escolha. Tendo em vista tratar-se de uma técnica conservadora, buscando a facilidade para execução, menos tempo operatório, pouca invasiva, probabilidade de recidiva baixa e que devido à grande proporção da rânula, proporcionaria uma menor chance de lesar as estruturas anatômicas descritas. A cirurgia foi realizada com sucesso e sem intercorrência, após 15 dias de internação e acompanhado por equipe multidisciplinar, recebeu alta com boa sucção em seio materno e bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato tem o intuito de mostrar que há possíveis complicações decorrentes da rânula e compreende um desconforto para o paciente, aumenta a região sublingual, perde a simetria facial, prejuízo na alimentação, bem como interfere na fonação. Outras enfermidades podem ter o mesmo perfil citadas, confundindo o diagnóstico clínico, para evitar tal situação o exame clínico fornece dados suficientes para o reconhecimento da patologia tendo como base a história, evolução clínica e manobras de semiótica. O correto diagnóstico é fundamental para tratamento precoce.</p>	<p>PO 475-3</p> <p>SINCOPE COMO SINTOMA DE IMPACTAÇÃO ESOFAGICA DE CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Norton Gonçalves Dias, Tarcia Nogueira Ferreira Gomes, Marco Aurélio Santo Filho, Martin Castiglia, Diego Adão Fanti-Silva, David Carlos Shigueoka, Milton Scalabrini, Ramiro Colleoni</p> <p><i>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A impactione de corpo estranho (CE) no esôfago é uma situação comum, geralmente resolvida espontaneamente, mas que pode necessitar de intervenção em 10 a 20% dos casos. Nos adultos são reconhecidos como fatores de risco: doenças neuropsiquiátricas, abuso de álcool e dismotilidade ou alterações da anatomia esofágica. Há predomínio no sexo masculino (2:1) e o tipo mais comum é o bolo alimentar (fragmento de carne). O quadro clínico pode manifestar-se com disfagia, dor cervical ou torácica, recusa alimentar, vômitos, dispnéia e sialorréia. Não identificamos na literatura recente referências à síncope como sintoma de impactione esofágica. A identificação de impactione pode ser desafiadora nos portadores de distúrbios neuropsiquiátricos que podem assim permanecer por vários dias, sem referir a ingestão. Nesta situação a síncope é uma situação incomum que pode ser consequência de hipoglicemia, desidratação ou dor. Sua identificação permite a terapêutica adequada e resolução do quadro.</p> <p>RELATO DE CASO: LCS, masculino, 43 anos, admitido por síncope há uma semana, sem associação de sintomas vasovagais ou convulsivos. Referia dor torácica e cervical, associada a sialorréia e tosse. Passado de ferimento por arma de fogo em região occipital há 18 anos, apresentando, como sequelas, sintomas psicóticos, déficit cognitivo, humor deprimido e embotamento afetivo. Negava histórico de convulsões. Estava em uso de carbamazepina, haldol e clorpromazina. Ao exame, estava desidratado, FC 94 bpm, PA 102x62 mmHg, FR 22 irpm, S02 de 95%, glicemia de 134mg/dL. Ausculta cardiopulmonar e abdome normais. Laboratório revelava hipernatremia (150 mEq/L), aumento de VHS (86mm), PCR (112mg/L) e lactato (18mg/dL), sem leucocitose. Demais exames, incluindo radiografia de tórax e ECG, sem alterações. Recebeu analgesia e hidratação venosa. Pela suspeita de tumor esofágico, foi realizada tomografia de região cervical, que mostrou uma lesão esofágica, com áreas de densidade aérea em seu interior. A endoscopia digestiva alta mostrou impactione de corpo estranho (bolo de carne) em esôfago superior, que foi completamente removido num procedimento demorado e trabalhoso. Após procedimento, observou-se extensa ulceração esofágica, sem sinais de perfuração e sem evidência de alteração anatômica que justificasse a impactione. O paciente evoluiu com melhora clínica, sem novas síncope.</p> <p>DISCUSSÃO: A manifestação atípica de impactione de CE no esôfago, aqui relatada, pode ser atribuída às sequelas neurológicas e cognitivas deste paciente, retardou o diagnóstico e a intervenção terapêutica e poderia ter desencadeado complicações como perfuração esofágica e pneumonia aspirativa.</p>

<p>PO 476-1</p> <p>ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO POR ULCERA DUODENAL COMPLICADA: A IMPORTANCIA DA CERCLAGEM GASTRICA COM GASTROSTOMIA DE PROTECAO E JEJUNOSTOMIA ALIMENTAR NA REABORDAGEM PRECOCE DE DEISCENCIA DA ULCERORRAFIA</p> <p>Mario Sales Neves Carmo Filho, Brenner Rafael Nascimento, Ronan Reginatto, Daniella Silva Mena, Fernanda Araújo Sá Teles, Katherine Hodara Cristino Viana, Maria Carolina Oliveira, Simone Godoy Moreira Santos</p> <p><i>Hospital Regional do Gama - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome freqüente entre as urgências abdominais não-traumáticas, o abdômen agudo perforativo, se caracteriza pela perfuração de vísceras ocas por processos inflamatórios (úlceras pépticas), neoplásicos, infecciosos ou medicamentosos. Encontramos um caso consequente à doença ulcerosa péptica sendo abordado na modalidade Laparotomia Exploradora (LE), evoluindo posteriormente com deiscência de ulcerorrafia duodenal e necessitando de nova reabordagem terapêutica.</p> <p>RELATO DE CASO: D.V.S, masculino, 49 anos, deu entrada no pronto-socorro de cirurgia relatando dor abdominal difusa, de início súbito, há dois dias, associada a episódios de vômitos e parada da eliminação de gases e fezes. Nega antecedentes de etilismo e tabagismo, febre ou episódios prévios de dor abdominal, referindo perda ponderal de 4 kg no último mês. Ao exame físico, abdome distendido, difusamente doloroso com sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou presença de ascite e pneumoperitônio, principalmente em andar superior, além de distensão líquida difusa de alças de delgado com espessamento do jejuno. Frente ao diagnóstico de abdômen agudo perforativo, realizou-se LE com os seguintes achados: líquido entérico cerca de 1500 ml; úlcera perfurada em primeira porção de duodeno, cerca de 1,5 cm e aderências firmes entre vísceras. Procedeu-se com resolução de aderências, exposição dos bordos da úlcera em parede anterior da 1ª porção do duodeno seguido de rafia e desbridamento dos bordos da lesão e encaminhado para anatomopatológico. No 5º dia pós operatório (DPO) apresentou no período noturno taquicardia e sudorese fria associado à saída volumosa de secreção entérica pela ferida operatória (FO) e ao exame físico apresentava abdômen distendido e sinais de peritonite difusa, sendo optado reabordagem por LE, onde observou-se grande quantidade de secreção entérica livre e deiscência da ulcerorrafia duodenal prévia. Realizada síntese da úlcera em 1ª porção duodenal em plano único, foi solicitado UTI frente à gravidade do quadro e elevada contaminação abdominal. Paciente evoluiu com queda do estado geral, dor à palpação abdominal difusa com saída de secreção piossanguinolenta pela extremidade distal da FO, sendo novamente necessário LE por deiscência de rafia duodenal e presença de abscesso. Sucedeu-se com cerclagem pilórica, sondagem do trajeto fistuloso, gastrostomia descompressiva, jejunostomia alimentar e drenagem da cavidade. Alta médica, no 38º DPO, por boa evolução clínica e resultado negativo para malignidade no anatomopatológico.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de diagnóstico difícil, uma vez que exames laboratoriais são inespecíficos e pela clínica sugerir variados diagnósticos diferenciais para abdômen agudo. Sendo assim, exames de imagem foram essenciais para o diagnóstico e a intervenção cirúrgica fez-se necessária, sendo a cerclagem gástrica com gastrostomia de proteção e jejunostomia alimentar fundamentais para a resolução das complicações geradas pela deiscência de ulcerorrafia.</p>	<p>PO 476-3</p> <p>PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE</p> <p>Bruna Cordeiro Malafaia dos Anjos, Gabriela Nunes Fornasari, Igor Lima da Silva, Victor Luiz Mendonça Figueiras</p> <p><i>Hospital Federal do Andaraí - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apresentar um caso de etiologia desconhecida e que acomete menos de 1% da população. Entidade rara de etiologia desconhecida causa inflamação e fibrose intraperitoneal e pode ser classificada em primária ou idiopática e secundária. A forma primária já foi associada a menstuação retrograda e anormalidades no desenvolvimento embriológico peritoneal, podendo haver concomitância de hipoplasia do grande omento e mal formação dos vasos mesentéricos. Já a forma secundária está relacionada com fatores predisponentes como diálise peritoneal, peritonite recorrente, doenças granulomatosas infecciosas e não infecciosas. Apresenta-se recobrimo as vísceras intra-abdominais, principalmente intestino delgado, com uma membrana espessa de tecido conjuntivo fibroso. Outros órgãos mais frequentemente acometidos são intestino grosso, fígado e estômago. Sua clínica é inespecífica, podem ter como sintomas dor abdominal, obstrução intestinal e perda de peso. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da membrana fibrótica, lise das aderências entre as alças intestinais e ressecção caso haja inviabilidade do segmento intestinal acometido.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente MJFM, feminina, 40 anos, hipertensa e portadora de doença renal crônica, com história de diálise peritoneal durante 7 anos, nesse último ano em hemodiálise, procura o serviço de emergência do Hospital Federal do Andaraí apresentando quadro de subocclusão intestinal, náuseas, vômitos e dor abdominal sem desconforto doloroso. Foi realizado tomografia computadorizada de abdome e pelve que demonstrou presença de coleção em quadrante superior esquerdo com focos gasosos (reação inflamatória anterior?); calcificações grosseiras em alças intestinais e distensão gástrica. Optado por tratamento conservador com passagem de soro nasogástrica, antibióticoterapia e drenagem de coleção cirurgicamente. Paciente evoluiu ao óbito após 33 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Patologia rara, de diagnóstico difícil, com prognóstico reservado.</p>
<p>PO 477-1</p> <p>AMPULECTOMIA POR ADENOMA DE PAPILA: RELATO DE CASO</p> <p>Marizon da Costa Armstrong Júnior, Izaías Barboza Junior, Elcias Baldoíno Vilarinho, Élson Gomes de Castro, Andressa Ravelli Gomes da Costa, Alexandre Gabriel Silva Rego, Matheus Henrique Lopes Araújo, Caroline Carvalho de Araújo</p> <p><i>Hospital Santa Maria - Teresina - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenoma de papila (AP) é uma enfermidade rara (incidência de 0,04-0,12%) diagnosticada principalmente por endoscopia. Apesar de considerada displasia de baixo grau, pode evoluir para adenocarcinoma. Devido à dificuldade de identificação da malignidade pelos métodos pré-operatórios, não há consenso sobre a técnica operatória de escolha. Relata-se um caso de AP abordado pela via laparotômica.</p> <p>RELATO DE CASO: MSGS, 66 anos, feminino, queixava-se de epigastralgia e disfagia, iniciadas há 30 dias, com piora progressiva, porém sem alterações ao exame físico. A videoduodenoscopia evidenciou lesão vegetante de papila e infundíbulo duodenal, com biópsia positiva para adenoma tubular de baixo grau. Optou-se pela via laparotômica e, após incisão e manobra de Kocher, localizou-se a lesão através de palpação. Procedeu-se com incisão duodenal longitudinal, visualizando-se o tumor em região papilar. Prosseguiu-se com exérese e biópsia por congelamento, evidenciando AP. Em seguida, realizou-se papilectomia transduodenal e cateterização individual do ducto de Wirsung e do colédoco; além de colangiografia intraoperatória para confirmação da localização dos cateteres sem extravasamento de contraste. Alta hospitalar no 20º dia de pós-operatório em bom estado geral mantendo dreno túbulo-lamínar. O anatomopatológico descreveu adenoma túbuloviloso com displasia de baixo grau e margens cirúrgicas livres.</p> <p>DISCUSSÃO: Os AP possuem maior incidência em idosos e são frequentemente assintomáticos, porém podem apresentar sintomas como epigastralgia, vômitos, náuseas e hemorragia. A literatura diverge quanto à via de abordagem: laparotômica versus ressecção endoscópica. Há evidências, ainda limitadas, que sustentam a duodenopancreatocetomia a todos os pacientes, pois os AP apresentam alto risco de recorrência e difícil exclusão de malignidade. Outras referem que a excisão local com congelamento perioperatório é apropriada e com baixas taxas de recorrência. O tratamento endoscópico tem indicação em AP pequenos e benignos, porém as taxas de recorrência a longo prazo não estão determinadas. A escolha da técnica de abordagem deve considerar aspectos inerentes ao indivíduo, a questões econômicas e a experiência da equipe cirúrgica visando o sucesso terapêutico e a boa evolução no pós-operatório.</p>	<p>PO 477-3</p> <p>ABSCESSO DE MUSCULO PSOAS DE ORIGEM HEMATOGENICA: RELATO DE CASO</p> <p>Esdras Fernandes Furtado, Gustavo Furtado Figueirêdo, Pedro Henrique Costa Lucena, Rigoberto Rodrigues Lima Filho, Paulo Leão Menezes, Marcus Augusto Pereira Brito, Matheus Menezes Furtado, Gabriel Luiz Rocha Bruno</p> <p><i>Clinica TOP - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Psoíte é um processo inflamatório infeccioso que envolve o músculo ilioipoas, localizado no retroperitônio. Provoca dor e redução de mobilidade do quadril. Apresenta alta taxa de mortalidade e sua etiologia mais frequente é a bacteriana, sendo os agentes mais comumente isolados a E. coli e o S. aureus. A etiopatogenia mais frequente é a primária (hematogênica). As secundárias acontecem devido a infecções de estruturas vizinhas ou próximas, como processos infecciosos de origem óssea, renal e nas intestinais. Analisamos prontuário de paciente com diagnóstico de psoíte, complicada com extenso abscesso retroperitoneal, coxa e tórax.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.L.A., feminino, 81 anos de idade, diabética e hipertensa crônica. Deu entrada em serviço de pronto socorro, no dia 20-09-2017, referindo dor de forte intensidade em fossa ilíaca direita (FID) irradiada até a coxa, com sete dias de evolução, que a impossibilitava de deambular, associado a perda de apetite. Na admissão foi internada em UTI, pois apresentava um quadro de insuficiência renal aguda. Exame físico evidenciava quadro de torpor, hiperemia e edema em região de dorso, quadril e coxa direita. Taquicardia, taquipnéia e afebril. Radiografia da pelve evidenciava borramento e aumento da densidade de partes moles na FID e face medial do quadril. Tomografia revelou presença de grande quantidade de líquido em FID estendendo por todo retroperitônio, hemitórax direito e terço proximal de coxa direita. Após definição diagnóstica como psoíte de origem primária via hematogênica, discutido com cirurgião torácico que contra indicou a drenagem torácica. Realizado procedimento cirúrgico de drenagem de abscesso do músculo psoas e do retroperitônio por via ilioinguinal e drenagem da coxa por via de Ludloff, perfazendo um total de drenagem de 2.200 mL. Evoluindo com importante melhora do quadro séptico e renal. Com 20 dias de pós operatório apresentou quadro infeccioso pulmonar que culminou em insuficiência respiratória e óbito no vigésimo oitavo dia. Exame físico e de imagem demonstravam ausência de acúmulo de líquido na região da cirurgia e tórax.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento da miosite do músculo psoas é realizado através da antibióticoterapia, porém em determinados casos é necessária a intervenção por meio da drenagem percutânea ou cirúrgica. A drenagem cirúrgica é recomendada em casos de focos de infecção ou por qualquer circunstância que impossibilite a drenagem percutânea. Ainda assim, evidenciou-se que, no caso da intervenção cirúrgica, o tempo de internação hospitalar foi reduzido. No caso relatado, a recomendação foi de tratamento cirúrgico, com base no exame de imagem, o qual evidenciou uma dissecação da Artéria Femoral e Artéria e Veia Ilíacas, além de invadir a capsula articular do fêmur. Outra complicação clínica evidenciada foram os níveis elevados de creatinina (1,6mg/dL) e ureia (73mg/dL), os quais caracterizaram um quadro de insuficiência renal aguda, o qual apresentou remissão no pós-operatório com a drenagem do abscesso.</p>

PO 478-1	PO 478-2
<p>PANCREATOGASTROANASTOMOSE COMO OPÇÃO CIRÚRGICA DE REABORDAGEM EM COMPLICAÇÕES FÍSTULOSAS DE CIRURGIA DE WHIPPLE.</p> <p>Cícero Fava Borges, Gilberto da Silva carvalho, Daniel Alves do Nascimento Teixeira, Adrielle Mazalotti Calza, Leandro Siqueira Correa, Dr Edson Augusto Pracchia Ribeiro</p> <p><i>Unifaminas - muriaé - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Adenocarcinoma Ductal de cabeça de pâncreas consiste na 4ª causa de morte pelo câncer em todo mundo [1]. O Diagnóstico é comumente realizado em adultos acima de 40 anos, com prevalência para os acima de 70 anos e com sobrevida estimada de 5 anos para 8% dos portadores nos EUA [2]. Para tal neoplasia a cirurgia melhor indicada como método curativo é a cirurgia de Whipple [3]. Cirurgia que apresenta em centros especializados mortalidade inferior a 2% e morbidade entre 10% e 15% [4].</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ASM, masculino, 53 anos, portador de neoplasia de porção cefálica do pâncreas, submetido em março de 2015 a cirurgia de Whipple, linfadenectomia retroperitoneal padrão com reconstrução, preservando piloro em dupla alça. Lesão volumosa, 4 cm x 3 cm em TC contrastada, que também demonstrou variação vascular da artéria hepática direita com origem direta na artéria mesentérica superior. Paciente em pós-operatório (PO) imediato com boa evolução clínica. Desenvolveu fístula pancreática grau A, documentada mediante elevação de amilase em líquido do dreno, aferida em 5º dia de PO. No 8º dia de PO, paciente evoluiu de forma aguda, com sangramento "vivo" vultuoso por ambos drenos abdominais. Submetido a laparotomia de emergência, que evidenciou hemoperitônio maciço, deiscência parcial da pancreatojejunoanastomose e sangramento ativo na topografia da artéria gastroduodenal. Realizado rafia simples do vaso. Mediante cenário de instabilidade hemodinâmica, realizada anastomose pancreatogástrica, plano único em parede gástrica posterior. 72 horas de PO, nova queda de estado geral. O exame de TC de abdome e pelve evidenciou fígado com imagens hipodensas, contornos irregulares, comprometendo em especial segmentos III, IVb, conteúdo gasoso em topografia da hepática esquerda com aspecto de embolia gasosa. No contraste endovenoso, fluxo arterial livre em hepática direita atípica, não visto em hepática própria/hepática esquerda, logo após a região da rafia. Após tentativa falha de drenagem percutânea guiada, paciente conduzido a nova laparotomia exploradora, evidenciando necrose hepática em território de irrigação da hepática esquerda. Território hepático direito com aspecto habitual. Feito drenagem de abscesso hepático/sub-hepático e desbridamento de necrose tecidual. Seguimento a 3 anos sem sequelas.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente apresentou complicações como fístula pancreática complicada com sangramento, sendo essas descritas para tal cirurgia [5]. A principal consiste na fístula pancreática [1], em porcentagem de 44,7% dentre as encontradas. A reabordagem por meio de pancreatogastroanastomose é a forma mais eficiente em reduzir a incidência das fístulas, devido a excelência de suplemento sanguíneo do tecido gástrico e da espessura maior da parede gástrica [1]. A variação vascular apresentada, é uma das mais comumente encontradas [6], relatada entre 10% a 15% de prevalência [7]. Sendo essa, responsável pela conservação da função hepática direita do órgão, não levando a uma falência total do mesmo</p>	<p>CIFOSE CONGENITA EM UM FETO COM MIELOMENINGOCELE LOMBOSSACRA: IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO PRE-NATAL PARA O PLANEJAMENTO DA TERAPIA CIRURGICA APOS O PARTO</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Rodrigo dos Santos Falcão, Tainá Val Arruda, Gabriela Rangel Brandão, Wagner Fernando Perin, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cifose em um feto é considerada uma condição rara, sendo que somente poucos casos têm sido publicados. Nosso objetivo foi descrever os achados pré-natais de um feto com cifose congênita associada a uma mielomeningocele lombossacra, salientando a importância do seu correto diagnóstico para o adequado manejo e tratamento do feto/recém nascido.</p> <p>RELATO DE CASO: A gestante apresentava 35 anos e estava em sua segunda gestação. Veio encaminhar inicialmente à Medicina Fetal por espinha bífida. O rastreio de primeiro trimestre havia evidenciado uma medida da translucência nucal normal (TN= 1 mm). O exame morfológico realizado em nosso hospital mostrou presença de sinal do limão, sinal da banana e coluna com defeito de fechamento ao nível da região lombossacra associado à deformidade óssea (importante cifose). Havia ainda desvio do eixo de ambos os membros inferiores. A ressonância magnética fetal revelou disgenesia espinhal segmentar, comprometendo amplamente o segmento lombar, além de severa cifose (cerca de 61°), acompanhada de disrafismo posterior onde se observava coleção líquida aparentemente protegida por fina membrana, compatível com mielomeningocele. Havia também escoliose; hidrocefalia supratentorial; paralelismo parcial dos ventrículos laterais e aumento de volume dos cornos occipitais destes ventrículos (achados sugestivos de disgenesia do corpo caloso), e agenesia do septo pelúcido. Além disso, observou-se importante redução das dimensões da fossa posterior, havendo apagamento do quarto ventrículo e alteração da morfologia do cerebelo que se encontrava mais caudal, abraçando a medula e progredindo para o interior do canal vertebral. O forame magno era alargado. Estes achados foram compatíveis com malformação de Arnold-Chiari do tipo II.</p> <p>DISCUSSÃO: Existem três tipos de cifose congênita, sendo que a observada em nosso caso é causada por anomalias vertebrais tal como um defeito anterior de segmentação e defeitos de formação das vértebras. Em nossa revisão, não encontramos casos de cifose congênita avaliados através da ressonância magnética fetal. Esta, em nosso caso, possibilitou a determinação do correto diagnóstico. Isto possui importantes implicações sobre o planejamento do nascimento e o tratamento cirúrgico após o parto.</p>
<p>PO 478-3</p> <p>ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE TORACICA - UM RELATO DE CASO</p> <p>José Mozart Ribeiro Neto, Patrick Castelo Branco Ramada Campos, Gustavo Mesquita de Oliveira, Matheus Augusto Mesquita Fernandes, Ana Caroline Guedes Silva, Raíssa Helen de Andrade Praciano, Filadelfo Rodrigues Filho, Frederico Carlos de Sousa Arnaud</p> <p><i>UFC - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurisma de Aorta (AA) pode ser definido como a delaminação das paredes desse vaso induzida pela infiltração de uma coluna de sangue que percorre um espaço virtual entre a adventícia e a íntima. Existem diversas classificações relacionadas, sendo a Classificação de Stanford uma das mais utilizadas, a qual divide os Aneurismas de Aorta em Stanford A (todas as dissecções envolvendo aorta ascendente, independente do ponto de origem) e em Stanford B (todas as dissecções que não envolvem a aorta ascendente). O pico de incidência é na sexta e sétima década de vida, sendo os homens mais afetados. O paciente geralmente refere dor torácica de forte intensidade, com tendência a irradiar para as costas e para o abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 56 anos, hipertenso e com histórico de cirurgia de reposição de válvula aórtica biológica há 16 anos, deu entrada no Setor de Emergência Cardiopulmonar de Hospital Terciário com queixa de intensa dor torácica com início há cerca de uma semana. Ao exame físico, apresentava-se dispneico, com assimetria de pulsos em membros superiores (PA de 160x80 mmHg em membro superior direito e de 150x70mmHg em membro superior esquerdo) e ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, e com presença de sopro, de intensidade 5+/6+, sistólico ejetivo e diastólico aspirativo audível em todos os focos (mitral, aórtico, triscúpide e pulmonar). Ao traçado do ECG, havia presença de ritmo sinusal regular, com frequência de 62 bpm, eixo próximo a 0°, QRS estreito (menor que 0,12 segundos), supra de ST em V3 e inversão de onda T em V5, V6. A radiografia simples de tórax evidenciou alargamento de mediastino. O ecocardiograma mostrou hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, disfunção de prótese aórtica biológica com refluxo de grau moderado e dilatação aneurismática de aorta ascendente torácica, medindo cerca de 8,2 cm e presença de imagem hiperrefringente, pouco móvel, no seu interior e com demais seguimentos da aorta com dimensões aparentemente normais. A TC realizada registrou a extensão do aneurisma e a relação com as estruturas adjacentes. O paciente foi internado, não apresentando complicações (exceto dificuldade para controle da PA, última aferição: 138x72 mmHg) e foi encaminhado para tratamento cirúrgico do aneurisma.</p> <p>DISCUSSÃO: A suspeita clínica é fundamental para a investigação de Aneurisma de Aorta, sendo essencial a realização de exames de imagem para confirmação diagnóstica. O tratamento deve ser feito com o intuito de controlar a PA, a FC e a dor (podem contribuir para processo de dissecção). Entre outras indicações, o tratamento cirúrgico deverá ser realizado em pacientes sintomáticos, em assintomáticos com diâmetro maior ou igual a 55 mm ou aumento maior que 0,5 cm/ano, em assintomáticos com valvulopatia aórtica que necessite de reparo ou troca com diâmetro de aorta ascendente maior que 45 mm e em assintomáticos com diâmetro maior ou igual a 40-50 mm (em síndromes como Loeys-Dietz, Turner e Marfan e em casos de valva aórtica bicúspide).</p>	<p>PO 479-1</p> <p>Abdome agudo obstrutivo: Volvo gástrico</p> <p>Marcos Aurélio De Biase Chalela, Patrícia Barbosa Da Silveira, Alexandre Pellizer, Eric Rassam, Murilo Molina Ferreira, Ana Flávia De Biase Chalela, Nyara Lysia Barbosa Mendonça, Antônio De Siqueira Campos Neto</p> <p><i>Hospital Pitangueiras - Jundiá - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Volvo Gástrico (VG) define-se como uma rotação anômala do estômago superior a 180°, que condiciona uma oclusão intestinal alta. Pode ocorrer em qualquer idade, tendo maior incidência aos 50 anos e apresentar-se de uma forma aguda ou crônica. A forma aguda é menos frequente, podendo levar a isquemia gástrica, necrose e perfuração, neste relato de caso foi diagnosticado pela tomografia computadorizada de abdômen em fase aguda e confirmado durante endoscopia. Sendo o paciente posteriormente submetido ao tratamento cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 30 anos, com antecedente cirúrgico de hiatoplastia e funduplicatura há 8 anos, com queixa de epigastralgia associado a náuseas e vômitos há 6 meses, houve importante agudização há 1 dia, sem melhora com analgesia simples. Durante exame físico foi evidenciando dor a palpação em epigástrico e flanco esquerdo, sem sinais de peritonite. Paciente não apresentou alterações nos exames laboratoriais, sendo então solicitado a tomografia de abdômen, que evidenciou importante distensão líquida da câmara gástrica, associado a aparente rotação do seu eixo organo-axial, envolvendo as estruturas da pequena curvatura gástrica. Como paciente apresentava-se hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite, optou-se pelo tratamento endoscópico com passagem de sonda nasogástrica, durante o exame identificou-se rotação completa do eixo gástrico e funduplicatura migrada envolvendo a porção distal do estômago, além de várias ulcerações ativas e restos necróticos na mucosa do fundo e do corpo e estase gástrica importante sendo aspirado 1 litro de secreção gástrica. Posteriormente a paciente foi submetida a correção cirúrgica, onde confirmou-se volvo organo-axial gástrico e migração da válvula para porção distal do corpo gástrico. Foi desfeito o volvo gástrico seguido de gastropexia e ulcerorráfia de 2 lesões (sendo uma próxima da pequena curvatura e outra da grande curvatura), foi realizado teste de azul de metileno negativo. E paciente foi encaminhada para UTI, onde encontra-se até o momento, visto que a cirurgia foi realizada dia 10/2/2019.</p> <p>DISCUSSÃO: Em 25% dos doentes a rotação gástrica é primária ou idiopática. Em 75% dos doentes o VG está associado a um fator patológico (neste caso foi cirurgia gastresofágica prévia e bridas). A classificação mais frequentemente usada foi proposta por Singleton que descreve três tipos de VG. Neste caso foi o tipo 1 ou organo-axial que é a mais comum (59%). O VG é uma entidade rara, muitas vezes não reconhecida. Neste caso foi realizada apenas a gastropexia anterior associado a rafia das lesões, sem necessidade de gastrectomia devido a viabilidade do órgão.</p>

PO 479-2	PO 479-3
<p>IMPORTANCIA DA GONADECTOMIA PROFILÁTICA EM CASOS DE DISPLASIA CAMPOMÉLICA COM SEXO REVERSO</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Rodrigo dos Santos Falcão, Eduardo Esteves de Alcântara Marques Rodrigues, Tales Shiriji Sawakuchi Minei, Valentina Pontes Jacociunas, Paulo Jacociunas Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A displasia campomélica é uma doença genética rara associada a mutações no gene SOX9. Geralmente é letal ainda no período neonatal. Nosso objetivo foi relatar o caso de um paciente com displasia campomélica, salientando a sua relação com o sexo reverso e a necessidade nestes casos de realização de gonadectomia profilática.</p> <p>RELATO DE CASO: LSJ é a primeira filha de pais não consanguíneos. Ela nasceu a termo por cesariana, pesando 2.780 kg, e com escores de Apgar de 5 e 8. Após o nascimento, necessitou-se realizar intubação orotraqueal e fazer uso de ventilação mecânica. A criança era fenotipicamente feminina e possuía dolicocefalia, fenda palatina, micrognatia, dedos curtos com clinodactilia dos quintos dedos das mãos, fossas pré-tibiais e pé torto congênito bilateral. As radiografias mostraram a presença 11 pares de costelas, cifoescoliose, hipoplasia dos ossos pélvicos, luxação de quadris, encurvamento dos fêmures e das tíbias, e hipoplasia das fíbulas. A ecografia pélvica revelou a presença de útero; contudo, as gônadas não foram identificadas. O estudo cromossômico mostrou um cariótipo 46,XY. Devido a isto, indicou-se realização de gonadectomia profilática, devido ao risco aumentado de malignização gonadal. Contudo, o paciente evoluiu com piora do quadro respiratório e acabou indo ao óbito no quarto mês de vida.</p> <p>DISCUSSÃO: A displasia campomélica cursa com alterações importantes do desenvolvimento esquelético, em especial encurtamento e arqueamento dos ossos longos. O sexo reverso pode estar presente entre os indivíduos com constituição cromossômica masculina 46,XY, uma vez que mutações no gene SOX9 podem levar, além da presença de alterações ósseas, a diferentes graus de disgenesia gonadal. Nestes casos, as gônadas devem ser profilaticamente removidas o mais precoce possível devido ao risco aumentado de desenvolvimento de neoplasia, em especial o gonadoblastoma.</p>	<p>PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA COMPLICADA EM JOVEM - UM RELATO DE CASO</p> <p>Jacquelinny Lopes de Macêdo, Thais Abreu Luedy</p> <p><i>Universidade Federal do Cariri - Juazeiro do Norte - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pielonefrite xantogranulomatosa(PXG) é uma rara complicação de infecção urinária crônica caracterizada pela destruição supurativa granulomatosa do parênquima renal que ocorre geralmente na presença de obstrução persistente. Acomete predominantemente adultos entre a 5ª e 7ª década de vida, sobretudo mulheres. O diagnóstico pré-operatório de PXG pode ser dificultado por semelhança a outras doenças como abscesso renal, tumores renais, tuberculose e eventualmente rins policísticos. Relatamos o caso de uma paciente de 28 anos que procurou a emergência por PXG complicada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 28 anos, deu entrada na emergência com queixa de dor abdominal de longa data com irradiação para região lombar direita, que piorava ao decúbito, associada à febre (38,8°C), vômitos e disúria de evolução há 2 semanas. Referiu uso de antibiótico oral por seguimento de tratamento clínico para infecções do trato urinário de repetição desde a infância. Ao exame físico apresentava abdômen plano, flácido, doloroso em flanco direito, sinal de Giordano positivo à direita, mas sem massas palpáveis. No internamento, realizou exames laboratoriais com hemoglobina de 8,3 g/dL, leucocitose de 15.600/mm³(79% de segmentados), sem desvio à esquerda, função renal normal e urocultura negativa. Com este quadro iniciou-se Ciprofloxacino e Metronidazol intravenoso e foi continuada a investigação com tomografia de abdômen total, que evidenciou cálculo em ureter proximal direito determinando acentuada dilatação pielocalicial de aparência multiloculada aliada ao aumento volumétrico renal e afilamento do parênquima. Logo, foi submetida à Nefrectomia total direita com evolução clínica satisfatória no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Pielonefrite xantogranulomatosa(PXG) é uma forma rara de infecção crônica do parênquima renal, que ocorre na presença de litíase e/ou obstrução urinária, podendo evoluir para piodonefrose. Manifesta-se por quadro de infecções urinárias de repetição e/ou massa abdominal, sendo possível palpar em 50% dos casos em região de flanco direito, com sintomas inespecíficos. Na literatura cerca de 83% das uroculturas são positivas, sobretudo para <i>Proteus mirabilis</i> e <i>Escherichia coli</i>, além de <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i> e <i>Enterobacter</i>. Urinas estéreis podem estar relacionadas à antibioterapia prévia ou eliminação espontânea da infecção. A TC é o exame de imagem de maior acurácia no diagnóstico, útil na avaliação da extensão do processo inflamatório e para o planejamento cirúrgico. Os achados tomográficos na PXG correspondem a aumento difuso do rim e áreas de hipodensidade substituindo o parênquima renal que representam cálices dilatados ou áreas de parênquima destruído e preenchido por material purulento. O tratamento da PXG difusa é exclusivamente cirúrgico através de nefrectomia. As formas focais são passíveis de nefrectomia parcial e tratamento com antibióticos. O prognóstico é satisfatório após a nefrectomia, desde que a função do rim contra lateral esteja preservada.</p>
<p>PO 480-1</p> <p>LINFOMA DIFUSO GRANDES CELULAS RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO.</p> <p>ANDRE MESQUITA DE ABREU, TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, LEONARDO DO PRADO LIMA, RAQUEL FERREIRA NOGUEIRA, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, ANGELA LOPARDI NICOLATO, BRUNA HAUISEIN FIGUEIREDO, PAULO CESAR DE FARIA JUNIOR</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trato gastrointestinal é o local predominante de envolvimento extranodal dos linfomas. Desses, o estômago é o local mais comumente envolvido em cerca de 68-75% dos casos. Os linfomas gástricos primários representam em torno de 3% das neoplasias gástricas e 10% dos linfomas. A doença se manifesta normalmente com epigastralgia, anorexia, perda de peso, náusea/vômito, sangramento intestinal oculto. Hematêmese e melena são sinais incomuns. Biópsia endoscópica associada à ecoendoscopia tem acurácia de 90%, ao exame a lesão normalmente se apresenta como úlcera gástrica, lesão polipóide ou mucosa hiperemiada. Os tipos histológicos mais comuns são o linfoma tipo MALT (38-48%) e o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB)(45-59%). Este relato de caso tem como finalidade descrever os eventos propedêuticos e terapêuticos de uma ressecção de massa retroperitoneal posteriormente diagnosticada como LDGCB.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 76 anos, hipertenso e diabético, admitido com quadro de tosse, dispnéia aos médios esforços, hiporexia e astenia, associado a dor epigástrica com 5 anos de evolução, emagrecimento de 20 Kg em 10 meses, massa palpável em rebordo costal esquerdo e episódios de melena com repercussão hematimétrica persistente. Submetido a EDA que evidenciou lesão vegetante em corpo gástrico, irregular, de limites mal definidos, endurecida, com áreas de necrose. Biópsia da lesão com resultado inconclusivo. Realizou TC de abdome, com presença de massa infiltrativa envolvendo grande curvatura gástrica e baço, sem outras alterações abdominais significativas. Aventada a hipótese diagnóstica de GIST gástrico. Submetido a laparotomia com identificação de massa pétreia em retroperitônio à esquerda envolvendo baço, parede posterior de fundo gástrico, cauda de pâncreas, flexura esplênica de colón, adrenal esquerda e segmento diafragmático, sendo realizada ressecção da lesão em monobloco. Intercorreu no pós-operatório com derrame pleural, manejo com toracocentese, e evisceração sendo submetido a ressutura da parede abdominal. Anatomicopatológico evidenciou doença linfoproliferativa compatível com linfoma acometendo estômago e baço, confirmado com imuno-histoquímica o LDGCB. Transferido para hospital oncológico para seguimento do tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A escolha entre cirurgia combinada com quimioterapia (QT) ou QT isolada como opção terapêutica para o LDGCB ainda é controversa. Estudos indicam que pacientes nos estádios I e II, a cirurgia combinada com QT não é superior do que a QT isolada. Já nos estádios III e IV a QT isolada é superior ao tratamento combinado com cirurgia. Contudo há situações em que a ressecção cirúrgica deve ser indicada como sangramento, perfuração e obstrução intestinal. Situações que condizem com o caso clínico apresentado, e motivo pelo qual foi indicada a ressecção cirúrgica no perioperatório.</p>	<p>PO 480-2</p> <p>DIAGNOSTICO PRE-NATAL DE ENCEFALOCELE OCCIPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O MANEJO E O TRATAMENTO POS-NATAL</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Rodrigo dos Santos Falcão, Eduardo Esteves de Alcântara Marques Rodrigues, Eryn Dall'Agnol Wilke, Raquel Potrich Zen, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A encefalocele é um dos principais tipos de defeito do fechamento do tubo neural e caracteriza-se pela protusão de meninges e cérebro através de um defeito no crânio que é fechado ou coberto por pele. Nosso objetivo foi relatar o caso de um feto com encefalocele occipital identificado ainda no período pré-natal, salientando as implicações disto para o manejo e prognóstico pós-natal.</p> <p>RELATO DE CASO: A gestante apresentava 19 anos e estava em sua primeira gestação. Ela se encontrava com 25 semanas de gravidez e possuía ultrassom com dilatação ventricular junto ao pólo cefálico do feto. A avaliação ultrassonográfica realizada em nosso serviço mostrou solução de continuidade na região occipital direita com protusão do tecido encefálico e líquido envolto por membrana de 5,1 cm, compatível com encefalocele occipital. Havia descrição também de ventriculomegalia bilateral. A ressonância magnética fetal mostrou, em concordância com o ultrassom, encefalocele occipital contendo imagem cística medindo cerca de 2,6 cm X 1,5 cm, junto ao orifício e outra cavidade cística maior à direita da linha média medindo 4,8 cm X 2,3 cm. A criança nasceu de parto cesáreo, com 38 semanas de gestação, pesando 3895 gramas e com escores de Apgar de 7 e 9. Ela foi submetida à cirurgia de correção da encefalocele occipital no segundo dia de vida. No momento, encontra-se à espera da colocação de válvula de derivação ventrículo-peritoneal devido à hidrocefalia.</p> <p>DISCUSSÃO: A encefalocele occipital usualmente é óbvia ao nascimento e muitas podem ser diagnosticadas durante o período pré-natal através da ultrassonografia. O prognóstico para pacientes com este defeito depende da extensão do tecido nervoso herniado e da presença de anomalias associadas. Por isso, a importância do diagnóstico e da avaliação mais detalhada destes casos, utilizando-se de exames complementares como a ressonância magnética. Isto apresenta grande importância para o devido planejamento do nascimento e para o planejamento cirúrgico.</p>

PO 480-3	PO 481-2
<p>REJEIÇÃO A TELA ASSOCIADA A INFECÇÃO EM POS OPERATORIO TARDIO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL</p> <p>Diego Maciel Maciel, Beanie Conceição Medeiros Nunes, Gabriel Carvalho Nascimento, Caique de Santana Santos, Carolina Falcão Lopes Mourão, Giulia Martins Pinto Lima, Luzia Poliana Anjos da Silva, André Luis Barbosa Romeo</p> <p><i>Hospital Ana Nery - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hernioplastia inguinal é o procedimento cirúrgico mais comum realizado sobre a parede abdominal. Estudos apontam que na América Latina quase 10% do total de procedimentos cirúrgicos sejam de correção de hérnias inguinais. É um procedimento que evoluiu bastante ao longo dos séculos e hoje, com o conceito "tension free" e com a colocação de tela de polipropileno pela técnica descrita por Lichtenstein, suas chances de complicações foram reduzidas exponencialmente, oscilando entre 5 a 7%, em estudos americanos e europeus, diminuindo também a taxa de recidiva. Complicações do método são possíveis, sendo a rejeição da prótese um evento incomum.</p> <p>RELATO DE CASO: NSS, 59 anos, hipertensa e diabética, foi submetida à hernioplastia inguinal direita segundo a técnica de Lichtenstein, não havendo intercorrências no intra e pós operatório imediato. Após um mês da cirurgia começou a apresentar mal estar inespecífico e ferida operatória deiscende, retornando ao ambulatório de referência quando foi drenado exsudado seroso. Com quatro meses do pós cirúrgico retorna com agravamento do quadro, ferida operatória não cicatrizada expelindo líquido seroso escuro e odor fétido; paciente apresentava leve rebaixamento do sensório, sendo por isto internada. Foi submetida à limpeza e exploração da ferida operatória e retirada da tela, evoluindo com melhora do quadro, associado ao uso de antibioticoterapia venosa. Passou a realizar acompanhamento ambulatorial trimestralmente, sendo retirado seguidamente exsudado seroso e fios cirúrgicos da ferida operatória. Após 2 anos do procedimento a paciente foi re-internada devido a abscesso em região genital com ponto de flutuação que drenou espontaneamente. Realizou hemocultura negativa por duas vezes. Paciente evoluiu com taquipneia, letargia e hipertensão sendo transferida para UTI; após 24 dias deste novo internamento realizou novo procedimento cirúrgico para limpeza de ferida operatória da região inguinal direita, novamente com sinais de infecção. Segue internada no hospital ainda em discussão com equipe como será conduzido o caso.</p> <p>DISCUSSÃO: Poucos estudos relatam ocorrência de infecção pós herniorrafia inguinal; um estudo inglês relatou a ocorrência de 3% de infecção por <i>S. aureus</i> em uma grande amostra populacional ao longo de uma década. Não foram encontrados estudos brasileiros que descrevessem o agravamento; na América latina encontramos somente um relato de caso no Chile associando a infecção pós-operatória a um aumento da morbimortalidade tardia. A importância deste relato reflete-se na permanência do processo infeccioso mesmo após repetidas intervenções, inclusive com retirada de tela e fios cirúrgicos, e cobertura com antibióticos de largo espectro.</p>	<p>PES TORTOS CONGENITOS EM UMA CRIANÇA COM GASTROQUISE: RELATO DE UM EXEMPLO POUCO COMUM DESTA DEFEITO DA PAREDE ABDOMINAL ASSOCIADO COM OUTRAS MALFORMAÇÕES</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Thais Vanessa Salvador, Dâmaris Mikaela Balin Dorsdt, Carlos Eduardo Veloso do Amaral, Brenda Rigatti, Alex Vicente Spadini, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal que ocorre lateralmente, e frequentemente à direita, de um anel umbilical normalmente fechado. Os órgãos abdominais que herniam através do defeito não são cobertos por uma membrana. Nosso objetivo foi relatar uma criança com diagnóstico pré-natal de gastrosquise associada a pés tortos congênicos, chamando a atenção para o fato de que, apesar de incomum, este defeito da parede abdominal pode ocorrer associado a outras malformações.</p> <p>RELATO DE CASO: A gestante veio inicialmente à avaliação por ultrassom fetal com descrição de estrutura irregular, na região paraumbilical, que poderia se correlacionar à gastrosquise. Ela apresentava 15 anos e estava em sua primeira gravidez. Possuía história de consanguinidade: ela e o seu marido eram primos. No exame de ultrassom realizado em nosso serviço, identificou-se, além da gastrosquise, pés tortos congênicos. As sorologias para infecções congênicas eram normais. A ressonância magnética fetal evidenciou um defeito de fechamento da parede abdominal anterior, não coberto, com exteriorização de segmentos de intestino delgado e dos cólons (gastrosquise). Havia dilatação de segmentos de intestino delgado proximal e de porções dos cólons. Os pés eram equinovaros. A ecocardiografia fetal foi normal. A criança nasceu de parto cesáreo, por bolsa rota e trabalho de parto prematuro, pesando 2185 gramas e com escores de Apgar de 8 no primeiro minuto e de 9 no quinto. Ela foi submetida à cirurgia de correção de gastrosquise no primeiro dia de vida. Não havia evidências de sinais de atresia ou estenose intestinal. Seu cariótipo realizado no período pós-natal foi masculino normal (46,XY).</p> <p>DISCUSSÃO: a soma dos achados observados em nosso paciente sugere a possibilidade de uma associação com a síndrome de bandas amnióticas. Esta hipótese se torna ainda mais forte devido à idade materna precoce observada na mãe, um fator de risco conhecido relacionado a tal situação. Apesar disto, não encontramos evidência, nem através dos exames de imagem, nem na avaliação da criança no momento do nascimento, da presença de uma estrutura sugestiva de banda amniótica. De qualquer forma, salientamos que a associação da gastrosquise com outras malformações, apesar de incomum (cerca de 5% dos casos), pode ocorrer, havendo algumas vezes necessidade de tratamento cirúrgico não só da malformação da parede abdominal como dos defeitos associados.</p>
<p style="text-align: center;">PO 481-3</p> <p>HERNIA DE AMYAND A DIREITA: RELATO DE CASO</p> <p>Kelly Cristina Teixeira da Silva, Wilson Santana Silva Junior, Tairo Moura Silva Rocha, Lúcia Carolina Rocha Magalhães, Eliphaz Levi Assumpção Egg Gomes, Roberto Elias Nascimento Soares, Ricardo Rúbio Campos Silva, Diego Silveira Marques</p> <p><i>Famintas BH - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Hérnia de Amyand, descrita por Claudius Amyand descrita no ano de 1786, caracteriza-se pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal. Esta condição é incomum, apresentando uma incidência aproximada de 0,13%, com manifestação clínica variável dependente da extensão do processo infeccioso apendicular e da presença ou não de contaminação peritoneal. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é raro, sendo, na maioria dos casos, realizado durante a intervenção cirúrgica de urgência.</p> <p>RELATO DE CASO: S.J.C. masculino, 57 anos, deu entrada no serviço de urgência e emergência da Santa Casa de Piumhi com queixa de dor em região inguinal direita, de início há 6 meses, evoluindo com piora da mesma nas últimas 12 horas. Ao exame apresentava abaulamento em região inguinal direita sem alteração à manobra de Valsalva, não redutível, doloroso à palpação, com sinais de defesa, mas sem sinais de estrangulamento. Revisão laboratorial com Leucócitos de 12.300, 6 bastões, 59 segmentados, PCR: 23 e EAS: sem alterações. A USG de parede abdominal prévio evidenciava hérnia inguinal compatível com clínica e exame físico e no momento a mesma se caracterizada como estrangulada, sendo optado por realizar herniorrafia inguinal de urgência, pelo risco de sofrimento de alças. O ato cirúrgico foi realizado sem intercorrências com o paciente em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia, realizado assepsia e antisepsia, incisão inguinal, visualizado hérnia inguinal indireta à direita, sem sinais de sofrimento de alça, realizado exploração do cordão e separação do saco herniário. Ao explorar o mesmo, para realizar a redução do conteúdo herniário, foi visualizado apêndice cecal, hiperemiado, com calibre aumentando e espessamento de meso apendicular. Após apendicetomia através da técnica de lynchstein, com confecção de bolsa de tabaco, e fechamento do saco herniário. Realizado também otimização de antibiótico terapia profilático, de Cefazolina 1g para 240 mg de Gentamicina e 500mg de Metronidazol seguindo protocolo de apendicite aguda utilizado no serviço. Boa evolução pós operatória, alta hospitalar no 2º DPO com orientações, e antibiótico oral (ciprofloxacino 500mg e metronidazol 250mg 2cp por 7 dias). O paciente retorna no 15º dia após a alta para retirada de pontos sem queixas algícas, passou o período bem, permanecendo no repouso orientado e apresentando ferida operatória seca e sem deiscências. No 30º dia do pós-operatório o paciente foi liberado ao retorno de atividades, com restrição à pesos e exercícios de alta performance, tendo alta da cirurgia geral.</p> <p>DISCUSSÃO: Durante a revisão de literatura foram encontrados 6 casos descritos de Hérnia de Amyand à esquerda. Em virtude do raro aparecimento desta hérnia, as condutas tomadas se baseiam na experiência do cirurgião e no achado intra-operatório. Existem na literatura artigos que podem servir como base de conduta através de uma tentativa de classificação das Hérnias de Amyand e padronização de terapêutica cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 481-1</p> <p>GIST GÁSTRICO – DIAGNOSTICO E TRATAMENTO: RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Teixeira de Souza Castro, Thacizo Augusto Eugenio Dourado Meira Machado, Andre Teixeira de Souza Castro</p> <p><i>Santa Casa de Belo Horizonte - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias mesenquimais correspondem cerca de 1% dos tumores do trato gastrointestinal, sendo o tumor do estroma gastrointestinal (GIST, em inglês) correspondente a 80% destes. Os locais mais acometidos são estômago e intestino delgado, respectivamente 60% e 20% dos casos. As lesões possuem comportamento variável. Perda de peso, dor abdominal e hemorragia digestiva são alguns dos sintomas apresentados. Obtém-se o diagnóstico por meio de exame de imagem, associado à biópsia e imunohistoquímica, sendo CD117 e CD34 os marcadores frequentemente positivos. O tratamento cirúrgico objetiva a ressecção a R0. Outra possibilidade é utilizar Imatinib, o qual aumenta satisfatoriamente a sobrevida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.F.S, 45 anos de idade, leucoderma, apresentou quadro de melena, hematemese e perda ponderal, com evolução de cerca de um ano. Foi submetida à endoscopia digestiva alta, evidenciado lesão em antro e corpo gástrico de 7x6x6cm. A biópsia realizada via endoscopia não apresentou alterações na amostra. A tomografia computadorizada descartou acometimento secundário. Paciente foi então submetida à laparotomia exploradora com excisão da lesão. Ao exame anatomopatológico foi diagnosticado GIST, com menos de cinco mitoses por campo. Encaminhada à imunohistoquímica, estando positiva para CD117 e CD34. O pós-operatório transcorreu sem anormalidades e o paciente foi encaminhado para acompanhamento com a oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: GIST é a neoplasia estromal mais comum do trato gastrointestinal. Exames de imagem auxiliam no diagnóstico e definição da conduta a ser tomada. O diagnóstico é obtido pela microscopia associada à imunohistoquímica. Mais de 90% dos tumores expressam o marcador KIT e cerca de 70% o CD34, os quais foram positivos no paciente. A cirurgia proposta é ressecção segmentar da lesão, porém, devido a localização e impossibilidade de realização de exame per operatório de congelação, realizou-se gastrectomia subtotal com margem macroscópica de 5 cm com reconstrução em Y-de-Roux. Alguns dos fatores prognósticos são o índice mitótico menor que cinco e lesões menores de 5 cm. O paciente foi classificado como médio risco devido tamanho da lesão, por meio da classificação NIH-Fletcher, tendo indicação de Imatinib Adjuvante.</p>

PO 483-1	PO 483-3
<p>CANCER GASTRICO TIPO DIFUSO NA GESTANTE</p> <p>ANGELA LOPARDI NICOLATO, TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, FELIPE FIGUEIREDO MACIEL, PHELPE GABRIEL DOS SANTOS SANTANA, BRUNA HAUZEIN FIGUEIREDO, ANDRÉ MESQUITA DE ABREU, PAULO CÉSAR DE FARIA JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é a segunda causa de morte entre homens e a quinta entre mulheres no Brasil. Representa 10% do total de casos de câncer em todo o mundo, sendo na gestação responsável por cerca de 0,1%. No Japão, a taxa de câncer gástrico durante a gravidez é de 0,016%. Na gestação, os sintomas se sobrepõem entre câncer gástrico e gravidez, o que leva ao diagnóstico tardio, com a doença já em estágio avançado. Cerca de 90% dos casos de câncer gástrico na gravidez são diagnosticados em estágio avançado, com cerca de 50% a 80% de casos irrecorríveis. Episódios de hemorragia digestiva e complicações como perfuração são incomuns. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o método padrão-ouro para o diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) é o método de escolha para o diagnóstico de acometimento extragástrico. O tratamento cirúrgico deve ser realizado quando não houver evidência de envolvimento peritoneal, metástases à distância ou doença localmente avançada invadindo estruturas vasculares.</p> <p>RELATO DE CASO: NGO, 23 anos, sexo feminino, 30 semanas de gestação (G1P0A0), com episódio de hematêmese e hematúria de grande volume. Internada em CTI devido queda hemodinâmica e instabilidade hemodinâmica. Realizada EDA que evidenciou lesão ulcerada de 1cm de diâmetro, endoscopicamente suspeita, no corpo gástrico. Anatomopatológico revelou adenocarcinoma gástrico tipo difuso de Lauren, infiltrando mucosa gástrica. Realizada corticoterapia para maturação pulmonar do feto e optada por interrupção da gestação com 35 semanas através de cesariana sem intercorrências para o RN e para a mãe. Estadiamento por tomografia não identificou metástases à distância. Realizada então a gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux. No per-operatório identificado nódulo umbilical o qual ressecado e envidado para anatomopatológico. Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. O anatomopatológico do nódulo umbilical evidenciou resquícios do conduto onfalomesentérico e ausência de malignidade. O anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma gástrico do tipo difuso de Lauren, invadindo subserosa, com margens livres, sem invasão angiolinfática e sem comprometimento linfonodal. Com T3N0M0 e estadiamento IIA, a paciente foi encaminhada para realização de quimiorradioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer gástrico, apesar de prevalente na população, ainda assusta por sua morbimortalidade. Tem uma evolução silenciosa que quando clinicamente manifestada já mostra uma doença em fase avançada com pouca sobrevida para o paciente, sendo de extrema importância seu diagnóstico precoce. O trabalho em conjunto efetivo das equipes de medicina intensiva, ginecologia e obstetria e cirurgia geral foi de fundamental importância para o desfecho satisfatório do quadro da paciente, com reuniões clínicas acerca da decisão do melhor momento para interrupção da gestação sem contudo atrasar o tratamento cirúrgico.</p>	<p>UTILIZAÇÃO DO FAST ESTENDIDO (EFAST - EXTENDED FOCUSED ASSESSMENT WITH SONOGRAPHY FOR TRAUMA) EM DIAGNOSTICO DE ULCERA GASTRICA PERFORADA</p> <p>Amanda Luíza Aguiar Taquary Alvarenga, Amanda Cunha Gomes de Freitas, Marcella Rezende Monteiro do Prado, Pedro Henrique Alves de Moraes</p> <p><i>UnICEUB e Hospital Regional de Sobradinho - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O exame ultrassonográfico (USG) é uma técnica simples, de baixo custo e eficiente para realização de diagnósticos e monitoramento de lesões ameaçadoras à vida. Pela versatilidade do método, foi desenvolvido um protocolo denominado FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) no ambiente de emergência e terapia intensiva. Uma nova complementação a este protocolo, denominada FAST-Estendido amplia o diagnóstico de doenças antes reservadas à cavidade abdominal e pericárdica, conjuntamente com doenças localizadas na cavidade torácica, em busca de presença de líquidos em cavidades ou pneumotórax. O objetivo deste estudo é ilustrar a importância da técnica do FAST em locais com poucos recursos para agilidade do diagnóstico, bem como, da conduta cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 48 anos, com diagnóstico prévio de síndrome dispéptica e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), procurou o serviço de emergência com início súbito da dor, com padrão difuso em barra superior e anorexia. Nega uso de medicamentos de uso contínuo, comorbidades, vômitos e diarreia. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral e com sinais de instabilidade hemodinâmica. O abdome encontrava-se tenso, doloroso a palpação superficial, a compressão profunda, a descompressão difusamente e a percussão, principalmente em epigástrico. O hemograma revelou leucocitose com desvio à esquerda. Diante do quadro grave do paciente, foi realizado o FAST para melhor conduta cirúrgica, o qual evidenciou presença de moderada quantidade de líquido em todos os quadrantes abdominais. Desta forma, formulou-se a hipótese diagnóstica de úlcera gástrica perforada. Realizada laparotomia mediana xifo-umbilical e abertura por planos, à inspeção havia grande quantidade de líquido seropurulento em cavidade, presença de úlcera gástrica em pequena curvatura em região antro-pilórica, com 1cm de diâmetro, circular e regular. Colhida amostra para cultura do líquido peritoneal. Aspição do conteúdo peritoneal e lavagem vigorosa com soro morno. Reavivamento das bordas da úlcera com envio de material para biópsia. No pós-operatório evoluiu com boa melhora clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso do FAST para avaliação criteriosa em conjunto com os dados clínicos, é de grande valia para nortear condutas terapêuticas, principalmente em locais com limitações de recursos. Como exemplificado no caso exposto, no qual a detecção precoce de líquido na cavidade, em conjunto com a história patológica pregressa do paciente, direcionou o diagnóstico e a conduta cirúrgica. Uma vez que a presença de um exame FAST positivo denota sangramento intracavitário e, necessidade de laparotomia exploradora na vigência de instabilidade hemodinâmica. Assim, a utilização de dispositivos portáteis para detectar uma lesão ameaçadora à vida e alterar a evolução natural da doença pode significar a decisão entre a vida e a morte desses pacientes.</p>
<p>PO 484-1</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-GASTRICA EM PACIENTE GASTRECTOMIZADO</p> <p>Mario Luiz Quintas, Octacilio Martins Junior, Nathalia de Souza Oliveira, Arthur Lourenute Porto, Matheus Estídes Rodrigues Faria de Souza, Camila Costa Silva, Beatriz Telbaldi Carvalho, Gustavo Lima Neves</p> <p><i>Hospital Estadual Vila Alpina - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Complicações pós gastrectomia não são comuns, entretanto, o achado de intussuscepção da alça jejunal no corpo gástrico é rara, com incidência menor que 0,1 %. Complicação de difícil suspeita, porém de fácil diagnóstico com os métodos de imagem atuais.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 86 anos, deu entrada no pronto socorro cirúrgico com queixa de dor epigástrica em aperto, de início súbito há um dia, acompanhada de vômitos e alguns com sangue vermelho vivo, em pequena quantidade (SIC). Antecedente cirúrgico de gastrectomia com reconstrução a Billroth II há 30 anos por úlcera gástrica. Submetida a endoscopia digestiva alta (EDA) e tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste que evidenciaram achados compatíveis com intussuscepção jejuno-gástrica. Tentativa de redução da intussuscepção via endoscópica sem sucesso. Submetida a laparotomia exploradora no dia seguinte, sendo evidenciado gastrectomia parcial Billroth II e intussuscepção de 5 cm de alça jejunal aferente e 35 cm de alça eferente em corpo gástrico, sendo desfeita manualmente, e evidenciado integridade preservada do segmento invaginado. Realizada fixação da alça jejunal eferente na parede gástrica anterior. Boa evolução pós-operatória, recebendo alta no quarto dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção no pós-operatório de gastrectomias pode ser aguda ou crônica. A forma aguda apresenta-se com a tríade clássica de dor epigástrica, vômitos e hematêmese. A investigação geralmente se inicia com a realização de EDA e TC. As imagens tomográficas costumam ser elucidativas o suficiente para indicação cirúrgica. A indicação do tratamento cirúrgico precoce garante melhores resultados, muitas vezes não sendo necessárias enterectomias, diminuindo a morbidade. Cirurgias de ressecção gástrica vem aumentando com o avanço das cirurgias bariátrica. Técnicas de gastrectomias estão sujeitas a complicações semelhantes. O aumento da suspeição diagnóstica e a resolução rápida do tratamento, mudam substancialmente o desfecho, como demonstrado no caso relatado.</p>	<p>PO 484-2</p> <p>REPERCUSSOES DO DIAGNOSTICO PRE-NATAL DE ONFALOCELE SOBRE O SEU MANEJO, TRATAMENTO E PROGNOSTICO</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Eryn Dall'Agnol Wilke, Raquel Potrich Zen, Julia Cachafeiro Réquia, Eduardo Esteves de Alcântara Marques Rodrigues, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a onfalocele é um importante defeito da parede abdominal que ocorre na altura do cordão umbilical, em que há herniação das alças intestinais que ficam recobertas por uma membrana. Nosso objetivo foi relatar o caso de um feto com onfalocele, cujo diagnóstico foi realizado ainda no período pré-natal, salientando aspectos da sua avaliação, manejo e prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: a gestante estava em sua segunda gravidez e possuía história de uma perda gestacional prévia. Ela foi encaminhada para avaliação devido ao achado de onfalocele à ultrassonografia fetal. A medida da translucência nucal era normal. Os exames de rotina identificaram diabetes melito gestacional. Durante a avaliação, verificou-se que a mãe era portadora de um septo uterino. A ressonância magnética fetal demonstrou herniação de fígado, vesícula biliar e alças de intestino delgado, além de parte do estômago. A ecocardiografia não revelou alterações. O cariótipo realizado por meio da amniocentese foi também normal. O parto foi realizado por via cesárea, com recém nascido do sexo feminino pesando 3.235 gramas e apresentando escore de Apgar de 4 no primeiro minuto e de 6 no quinto. A criança evoluiu com necessidade de ventilação mecânica e hospitalização em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. No primeiro mês de vida ela foi submetida a uma cirurgia de fechamento do defeito de parede abdominal em diferentes momentos, com desenvolvimento de colestease associada à nutrição parenteral total e parada cardiorrespiratória, com reanimação bem sucedida. Ela recebeu alta hospitalar com 3 meses de vida, em bom estado geral. Apresentava apenas distúrbios de deglutição e sucção, tendo necessidade do uso de nutrição por sonda nasogástrica.</p> <p>DISCUSSÃO: a onfalocele é uma malformação cujo diagnóstico pode ser realizado ainda durante a gravidez, usualmente através do ultrassom fetal. A ressonância magnética, como visto em nosso caso, pode auxiliar na avaliação do tamanho do onfalocele, bem como na determinação do seu conteúdo. Isto tem importantes implicações, em especial para o planejamento do nascimento e do tratamento cirúrgico. A realização da cariotipagem fetal deve-se à importante associação da onfalocele com anomalias cromossômicas (30%), em especial a trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards), o que pode ter importantes repercussões sobre o prognóstico.</p>

<p style="text-align: center;">PO 484-3</p> <p>ANALISE RADIOLOGICA E RELATO DE CASO DE LINFANGIOMA CAVERNOSO RETROPERITONEAL</p> <p>Pedro Freire Guerra Boldrin, Lucas Freire Guerra Boldrin, Carolina Moura Almeida, Anne Moura Almeida, Brainer Campos Barbosa, Vicente Guerra Filho</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Linfangiomas são lesões benignas que habitualmente constituem malformações congênitas. O linfangioma cavernoso representa menos de 1% dos casos e sua localização no retroperitônio é considerada atípica. Geralmente estas lesões têm curso prolongado e assintomático, fato que torna a obtenção de imagens necessária para auxiliar no diagnóstico e avaliar a extensão da lesão. No caso dos linfangiomas cavernosos retroperitoneais, a RM é a investigação de escolha e o diagnóstico final deve ser confirmado por exame anatomopatológico. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de linfangioma cavernoso retroperitoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 48 anos apresentando dor moderada há 14 dias em fossa ilíaca direita (FID), contínua, onde foi observada massa ao exame físico. Níveis séricos do antígeno do câncer 125, antígeno do câncer 19-9 e antígeno carcinoembrionário, TGO, TGP, fosfatase alcalina, gama glutamiltransferase e alfa fetoproteína normais. Foram solicitados ultrassonografia (US) endovaginal e, posteriormente, ressonância magnética (RM) do abdome superior e da pelve para diagnóstico. A RM revelou extensa lesão cística, multiseptada e multiloculada, de paredes lisas e limites indefinidos, com realce dos septos após contraste venoso, ocupando toda pelve e que se estendia superiormente, envolvendo alças intestinais e mesentério, sugerindo linfangioma. Outros diagnósticos diferenciais incluíam teratoma cístico, cistoadenoma mucinoso e mesotelioma cístico. Paciente submetida a videolaparoscopia, observando-se lesões bolhosas comprometendo mesos, peritônios até o grande omento, com presença de múltiplas vesículas (medindo até 10 cm) firmemente aderidas. As peças cirúrgicas foram encaminhadas para análise anatomopatológica e evidenciaram lesões de formato nodular, superfície bocelada, coloração pardacenta, consistência cística, compatível com diagnóstico de linfangioma cavernoso retroperitoneal. Foi realizado controle por RM do abdome e da pelve após seis meses, revelando recidiva de lesão tratada com alfa interferona 2 recombinada.</p> <p>DISCUSSÃO: A laparoscopia diagnóstica foi essencial para o diagnóstico estabelecido de linfangioma cavernoso retroperitoneal com o menor trauma endócrino metabólico possível. A exérese do omento e de algumas lesões pélvicas e intraperitoniais proporcionaram melhora transitória das dores abdominais. A paciente no momento está fazendo tratamento adjuvante com imunoterápicos no intuito de diminuir as dores abdominais. O linfangioma cavernoso retroperitoneal compromete toda a drenagem linfática intraperitoneal responsável pela mobilização do excedente intersticial, levando a paciente a vulnerabilidades imunológicas.</p>	<p style="text-align: center;">PO 485-2</p> <p>VARIABILIDADE DA SÍNDROME DE ALAGILLE E IMPORTANCIA DO SEU RECONHECIMENTO PRECOZO A FIM DE EVITAR COMPLICAÇÕES MAIORES COMO A NECESSIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Thais Vanessa Salvador, Dâmaris Mikaela Balin Dorsdt, Andrius Endriço Andrin, Diogo Bolsson de Moraes Rocha, Daniel dos Santos Trindade, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a síndrome de Alagille é uma condição genética autossômica dominante caracterizada principalmente por doença cardíaca, anormalidades esqueléticas e oculares, além de achados faciais típicos e colestatose com comprometimento hepático. Nosso objetivo foi relatar um caso familiar da síndrome de Alagille salientando a possível variabilidade das manifestações clínicas em uma mesma família e chamando atenção para achados que possam levar ao diagnóstico precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 5 meses de idade. Ele era o primeiro filho de uma mãe jovem. Nasceu a termo, de parto normal, com 3115 gramas, medindo 48 cm e com perímetro cefálico de 34 cm. Ele apresentava um quadro de icterícia e de hipoglicemia. Foi hospitalizado com 3 dias após o parto por recusa alimentar, permanecendo 17 dias internado devido a uma infecção no local da flebotomia. Mamou apenas uma vez após o parto. A icterícia surgiu com 3 dias de vida, persistindo desde então, apenas com melhora, mas não com resolução do quadro. No exame físico, a criança apresentava icterícia; fissuras palpebrais oblíquas para cima; mento saliente; sopro sistólico, e abdômen globoso. Os exames laboratoriais mostraram aumento dos níveis séricos de bilirrubina total e direta, de transaminases, fosfatase alcalina e gama-glutamyltransferase, além de hipoglicemia. Realizou-se então uma ecocardiografia que revelou uma comunicação interatrial e estenose pulmonar. A biópsia hepática evidenciou ductopenia. Em relação à investigação para erros inatos do metabolismo, verificou-se uma cromatografia de oligossacarídeos e sialoligossacarídeos sugestiva da presença apenas de galactose. Na radiografia de coluna observou-se apenas a presença de 13 pares de costelas. O cariótipo de alta resolução foi normal. Chama atenção que a mãe do paciente apresentava algumas características faciais, que incluíam hipertelorismo ocular, nariz reto e prognatismo.</p> <p>DISCUSSÃO: a soma dos achados clínicos foi compatível com o diagnóstico de síndrome de Alagille, tanto no paciente como na mãe. Esta possuía características faciais de pacientes adultos com a síndrome, o que levaria a um risco aumentado de recorrência em futuras gestações (de 50%). Cabe salientar, que ela não apresentava sintomas hepáticos, como icterícia, o que ilustra a possível variabilidade intrafamiliar descrita na síndrome. O diagnóstico precoce da doença é também de grande importância em função das complicações hepáticas, que podem até levar à necessidade de realização de transplante.</p>
<p style="text-align: center;">PO 486-1</p> <p>RELATO DE CASO: GASTRECTOMIA PARCIAL COMO CORREÇÃO DE FÍSTULA GÁSTRICA.</p> <p>André Guimarães Castro, João Ricardo Carvalho de Matos, Franco Fernandes Neto, Edson Antonacci Junior, Diego Carvalho Gomes, Carell Peres Marra, Luiz Antônio Araujo Junior, Diogo Ribeiro Borges</p> <p><i>FUNAM - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Fístulas gástricas são canais de comunicação entre o estômago cavidade abdominal, vísceras ocas intra-abdominais ou com a pele. Geralmente são decorrentes de complicações cirúrgicas, podendo ocorrer também por processos patológicos em evolução. O trabalho tem como objetivo de descrever um caso específico de fístula pós-traumática, focado no tratamento e recuperação pós-operatória.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ARL, masculino, 21 anos, vítima de PAF submetido laparotomia de urgência com esplenectomia no dia 07/06/2018. Evoluiu no 5º dia pós-operatório com dor abdominal, com necessidade de reabordagem cirúrgica, foi evidenciada lesão gástrica despercebida sendo realizada rafia e deixado dreno sentinela em hipocôndrio esquerdo, segundo informações colhidas. Admitido em nosso serviço dia 16/06/18 em unidade de terapia intensiva com deterioração do quadro clínico, pneumonia e piora de exames laboratoriais. Foi avaliado pela equipe cirúrgica no dia 20/06/2018, notado secreção entérica e conteúdo alimentar via ferida operatória, encaminhado ao bloco em urgência. No intra operatório identificado fístula gástrica e secreção em cavidade. Realizada limpeza exaustiva, desbridamento das bordas da lesão, confeccionada gastrotomia, com sonda de foley nº 22 para tratamento da lesão gástrica, e jejunostomia com sonda nasogástrica nº 20 para nutrição. No dia 26/06/2018 paciente evoluiu novamente com dor abdominal e drenagem de secreção em ferida operatória. Foi encaminhado para cirurgia e constatou - se secreção gástrica em cavidade abdominal e nova fístula gástrica, com presença de tecido friável perifístula e sem condições de resutura. Realizado limpeza exaustiva da cavidade, gastrectomia parcial com ressecção da fístula e troca de sonda de jejunostomia devido a obstrução e mantido o paciente em peritoneostomia. Permaneceu no CTI com reabordagem para limpeza e troca de peritoneostomia a cada 48 horas. No dia 29/06/2017, apresentou secreção purulenta drenada através peritoneostomia, uma nova abordagem mostrou uma fístula entérica, realizou - se enterorrafia, posicionado novo dreno sentinela. No dia 10/07/2018, o paciente foi encaminhado novamente ao bloco cirúrgico onde foi realizado o fechamento da peritoneostomia, utilizado polene 0, e vicryl 1 em aponeurose com pontos alternados. Realizado progressão lenta da dieta. Apresentou boa evolução clínica sendo retirados drenos e alta dia 17/07/2018.</p> <p>DISCUSSÃO: Fístula gástricas estão relacionadas a alta morbi-mortalidade e são de difícil diagnóstico. Tem como consequência transtornos orgânicos, emocionais e interações prolongadas. Os principais sintomas são febre e taquicardia. A tomografia é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico. O mais comum é que ocorram após cirurgias bariátricas, sendo tratadas por endoscopia. O trabalho em questão apresentou uma forma de tratamento alternativo, para um caso de fístula complicada, que mostrou - se eficiente, sendo uma opção para casos recidivados e com impossibilidade de rafia primária.</p>	<p style="text-align: center;">PO 486-2</p> <p>RELATO DE UMA FAMÍLIA COM SÍNDROME DE CROUZON: ASPECTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Esther Rodrigues Rocha Alves, Franciele Manica, Eryn Dall'Agnoil Wilke, Raquel Potrich Zen, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a síndrome de Crouzon é uma síndrome de craniossinostose que se caracteriza pelo fechamento precoce das suturas cranianas. Os seus principais sinais são alterações do crânio e da face, que podem estar acompanhados de acometimento neurológico. Essa síndrome é causada por uma mutação no gene FGFR2, que se localiza no cromossomo 10 e é responsável por codificar os receptores do fator de crescimento fibroblástico do tipo 2. O nosso objetivo foi relatar um caso familiar da síndrome de Crouzon, onde a correção cirúrgica da cranioestenose é de grande importância dentro do manejo dos pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente é a segunda filha de um casal não consanguíneo, sendo que a mãe era hígida e tinha 37 anos e o pai era acometido pelos mesmos achados da paciente e apresentava 36 anos. A primeira filha do casal tinha 9 anos e era hígida, assim como a mãe, e apresentava bom aproveitamento escolar. Não havia histórico de doenças semelhantes na família materna, diferentemente da família paterna. Todos os tios paternos da criança (que eram 3) tinham aspecto craniofacial semelhante ao do pai da paciente. Durante a gestação da paciente, a mãe apresentou hipertensão arterial sistêmica após o 8º mês, mas não precisou de tratamento. Conforme o relato da mãe, os exames pré-natais foram normais e não houve uso de medicação ou de drogas ilícitas. A criança nasceu a termo, com 39 semanas de gestação, de parto normal, pesando 3,365 kg, medindo 52 cm, com perímetro cefálico de 35 cm e escores de Apgar 8 no primeiro minuto e de 9 no quinto. Ao exame físico, com 4 meses de idade, observou-se crânio com região frontal bem proeminente, face média hipoplásica, telecanto, exoftalmia (mais proeminente à direita), raiz nasal baixa, prognatismo e palato alto. A criança era alegre e sorridente. Ela interagia bem e era capaz de sustentar a cabeça. Ela evoluiu com adequado desenvolvimento neuropsicomotor e de fala. Os exames de imagem, com realização da radiografia e da tomografia computadorizada do crânio, evidenciaram a presença de plagiocefalia por craniossinostose unilateral das suturas coronal e lambdoideas direitas. A avaliação oftalmológica não revelou anormalidades. Os achados clínicos apresentados pela paciente foram compatíveis com o diagnóstico de síndrome de Crouzon. Ela foi submetida à cirurgia de craniossinostose com 7 meses de idade, tendo tido uma boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: a síndrome de Crouzon apresenta um padrão de herança autossômico dominante, que configura um risco de recorrência de 50% para prole de um indivíduo afetado. Esse padrão fica evidente na história da família da paciente. Chama atenção o fato da menina e o pai apresentarem a mesma condição, mas diferirem quanto às suas manifestações clínicas. Ambos compartilhavam a presença de prognatismo e crânio com região frontal proeminente. Porém, apenas a menina apresentava exoftalmia. Isto ilustra a possível expressividade dos sintomas dentro da síndrome de Crouzon.</p>

<p style="text-align: center;">PO 487-1</p> <p>FISTULA DUODENAL DE BAIXO DEBITO COM ABORDAGEM CONSERVADORA: UM RELATO DE CASO NO MUNICIPIO DE CACOAL-RO</p> <p>FELIPE BETTERO MENDES DO VALLE, FRANCISCO ARRAES ROLIM JUNIOR, KARINE BRUNA SOARES, MATHEUS VIEIRA SANTOS, Raphaela Gonçalves Milanesi, Robson Denis de Almeida Miranda, SARA SCHARFF BEDIN DO PRADO, VICTOR DALL AGLIO DE ORNELLAS</p> <p><i>FACIMED - CACOAL - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O intestino delgado é a origem mais comum das fístulas digestivas. A maioria ocorre em consequência de complicações operatórias. Dentre os sinais premonitórios, surge como determinante o estado nutricional. A sintomatologia consiste em dor, distensão abdominal, febre, taquicardia, seguida por drenagem de conteúdo entérico. Os sintomas ocorrem entre o quinto e o décimo dia de pós-operatório, sendo infrequente o surgimento nas primeiras 48 horas. Quando não tratada, evolui com perda excessiva de eletrólitos, dermatite perifistular, infecção de parede, desnutrição, sepsse, hemorragia da parede intestinal, falência de múltiplos órgãos e morte. As fístulas que excretam mais de 200 ml/dia são de alto débito e as que excretam menos 200ml/dia são de baixo débito. A nutrição adequada e o manejo, refletirá diretamente na boa evolução do quadro. O trabalho apresenta um caso de um paciente acometido por fistula duodenal de baixo débito submetido à tratamento exclusivamente conservador evoluindo satisfatoriamente bem, culminando na dispensa da reabordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente apresentando dor e distensão abdominal associado a náuseas, vômitos e taquicardia, com início há 10 dias. Apresentava alterações laboratoriais como leucocitose com desvio à esquerda e alteração significativa de creatinina. Foi realizado uma endoscopia digestiva alta que apontou massa abdominal a esclarecer e estenose de duodeno. No 8º dia foi submetido à laparotomia exploradora com remoção da massa abdominal em parede localizada na segunda porção duodenal e drenagem do hematoma, sendo observado laceração da parede. Houve passagem de sonda nasoenteral, rafia de duodeno em dois planos e lavagem de cavidade, seguida de fixação de dreno tubular em zona de anastomose. No 11º dia evoluiu com sepsse, distúrbio hidroeletrólítico e fistula duodenal de baixo débito, drenando 125ml/dia, com secreção amarelada, sem condições de reabordagem cirúrgica e encaminhado aos cuidados intensivos onde foi realizado tratamento conservador com correção do distúrbio hidroeletrólítico, suporte nutricional via sonda nasoenteral progressiva por 35 dias, nutrição parenteral em via exclusiva por 24 dias e antibioticoterapia. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta da UTI no 7º dia. O dreno foi removido no 38º dia e a alta hospitalar ocorreu após 103 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: O manejo da fistula consiste em restauração da volemia, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, controle da sepsse, reabordagem cirúrgica, proteção da pele e cuidados nutricionais. O desenvolvimento da terapia nutricional, cuidados intensivos e antibioticoterapia reduziu significativamente a mortalidade associada às complicações. O prognóstico se relaciona ao estado nutricional e à presença de infecção. O trabalho torna-se interessante devido à alta taxa de morbidade associada aos casos e a relevância da abordagem conservadora, não necessitando submeter o paciente à nova intervenção cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 487-2</p> <p>SINDROME DE PROTEUS: UMA CONDIÇÃO GENÉTICA RARA ASSOCIADA AO DESENVOLVIMENTO DE TUMORES SUBCUTÂNEOS</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Eryn Dall'Agnol Wilke, Raquel Potrich Zen, Brenda Rigatti, Carlos Eduardo Veloso do Amaral, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a síndrome de Proteus é uma doença genética rara caracterizada por assimetria corporal e desenvolvimento de tumores subcutâneos. O termo "Proteus" dado à síndrome faz referência ao deus grego, conhecido como polímorfo (ou seja, que possui várias formas). Isto caracteriza o fenótipo variável e evolutivo desta condição. O nosso objetivo foi descrever uma paciente com diagnóstico de síndrome de Proteus, uma entidade considerada rara caracterizada pelo desenvolvimento de tumores subcutâneos.</p> <p>RELATO DE CASO: a paciente, uma menina, foi avaliada inicialmente no nascimento por apresentar hemangiomas e sindactilia. Ela é a primeira filha de casal jovem, saudável e não consanguíneo. Não havia casos semelhantes na família. A sua gestação foi acompanhada de pré-natal, e evoluiu sem intercorrências. A criança nasceu de parto vaginal, pesando 4340 g, medindo 52 cm, com perímetro cefálico de 36 cm e escores de Apgar de 8/9. Ao nascimento, observou-se assimetria facial com hemangiomas em região frontal, occipital, em membros superiores e inferiores, dorso e abdômen. Ela apresentava ainda mão esquerda com desvio cubital, clinodactilia do segundo dedo que se encontrava sobreposto ao terceiro, sindactilia entre o segundo e terceiro pododactílios à esquerda e assimetria corporal (a perna esquerda apresentava circunferência maior que a direita e na genitália observava-se grande lábio esquerdo maior que o direito). A criança evoluiu bem, com desenvolvimento neuropsicomotor adequado.</p> <p>DISCUSSÃO: as características clínicas da síndrome de Proteus usualmente tornam-se óbvias após o primeiro ano de idade. Indivíduos afetados devem ser cuidadosamente monitorados quanto ao desenvolvimento de neoplasias, em especial tumores subcutâneos, uma vez que o espectro completo da síndrome não é bem conhecido.</p>
<p style="text-align: center;">PO 487-3</p> <p>HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MACIÇA POR DOENÇA DIVERTICULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Karoline Laurentino Lopes Pinto, Alexandre Rodrigues Alves, Carolina Martins Vissoci, Marcela Canavaro D'Arce, Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Vitor Paiva Pires, Wendel Santos Furtado</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN) - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Por definição, os divertículos colônicos são herniações da mucosa e da submucosa colônica através da camada muscular do cólon. Essas lesões são adquiridas e denominadas falsos divertículos ou pseudodivertículos, enquanto os divertículos que envolvem todas as camadas da parede colônica são considerados como verdadeiros. O termo diverticulose refere-se à presença de divertículos assintomáticos no cólon, sendo uma alteração de baixo conhecimento pelos indivíduos acometidos. Na vigência de uma inflamação dos divertículos, os pacientes queixam-se, principalmente, de manifestações gastrointestinais. A diverticulite é a complicação mais comum da diverticulose, ocorrendo em cerca de 10% a 25% dos pacientes, e sua incidência aumenta com o avançar da idade. Este relato de caso foi realizado com o objetivo de mostrar que, na vigência de diverticulite aguda refratária ao tratamento clínico, a abordagem cirúrgica torna-se a opção terapêutica de escolha.</p> <p>RELATO DE CASO: E.P.C., 66 anos, sexo masculino, foi admitido no setor de emergência do HRAN com queixa de múltiplos episódios de enterorragia franca, acompanhados de meteorismo e náuseas. Nega dor abdominal, febre, hematêmese, vômitos e outras queixas. Referia internação prévia, há 10 anos, com quadro semelhante, quando foi diagnosticado com diverticulite pós-colonosopia. Hipertenso e diabético tipo II. Ex-etilista e ex-tabagista. Ao exame de admissão, paciente hipocorado (++/4+) com RHA aumentados e abdome indolor à palpação. Nos dias seguintes à internação, paciente apresentou novos episódios de enterorragia, fezes pastosas enegrecidas, com rajadas de sangue e odor fétido, anemia, instabilidade hemodinâmica e necessidade de reposição volêmica e de hemotransfusões. Feito investigação clínica-radiológica e endoscópica exaustiva com resultados inconclusivos, além de tentativa de localização do sangramento através de EDA transoperatória, evoluindo, por fim, para colectomia total à Hartmann com confecção de ileostomia terminal decorrente de doença diverticular pancolônica refratária ao tratamento clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento da diverticulite baseia-se essencialmente em medidas clínicas a fim de controlar a sintomatologia, evitando complicações. Entretanto, em vigência de uma diverticulite recorrente, refratária à terapêutica clínica, diante a instabilidade hemodinâmica, ou quando não for possível abordar o foco sangrante por procedimentos minimamente invasivos, a colectomia torna-se a terapia de escolha. De acordo com a literatura, a hemorragia gastrointestinal baixa maciça, embora extremamente rara, tem sido associada a altas taxas de mortalidade, principalmente, em pacientes idosos, geralmente portadores de comorbidades, preditores de mau prognóstico. Sendo assim, segundo Sinclair (2017), diante a pacientes com mais de 50 anos, que tiverem tido, pelo menos, quatro recorrências de diverticulite, a estratégia cirúrgica deve ser discutida em detrimento dos riscos de uma diverticulite recorrente.</p>	<p style="text-align: center;">PO 488-1</p> <p>TITULO: SINDROME DE BOUVERET: RELATO DE CASO</p> <p>Mariana da da Silva Assis, Daiane Paulo, Lucas da Silva Morastoni, Leonardo Fayad, Carlos Antônio da Silva Couto, Carolina Perrone Marques, Davi Landim, Alexandre Ribeiro Viana</p> <p><i>Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Bouveret (SB) é uma causa rara de obstrução intestinal alta ocorrida pela impação de cálculo biliar no bulbo duodenal, após a migração do mesmo através de fistula colecistoentérica. Ela foi descrita pela primeira vez em 1896 por Leon Bouveret, que descreveu dois casos de obstrução intestinal alta com distensão gástrica. A taxa de morbimortalidade é de aproximadamente 60%. Objetiva-se apresentar um caso clínico com quadro compatível com o descrito na literatura, com boa evolução, ressaltando a importância deste diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: A.P.O., 75 anos, masculino, história de dor epigástrica há 2 meses, associado a vômitos pós alimentares e perda ponderal de 10 kg neste período. Ao exame físico estava emagrecido, desnutrido, hipocorado e com sensibilidade à palpação do epigástrico e difícil caracterização de massa nesta região. Submetido a endoscopia digestiva alta que evidenciou grande quantidade de resíduos alimentares na câmara gástrica devido a deformidade antro-pilórica e obstrução da passagem do endoscópio na região de bulbo duodenal, onde foi visualizada formação volumosa arredondada, enegrecida e endurecida, compatível com corpo estranho. Tomografia de abdome evidenciou espessamento parietal do antro/duodeno que se estende ao leito biliar e borramento da gordura adjacente. Ultrassonografia do abdome mostrou extensa imagem hiperecótica formadora de sombra acústica posterior (cálculo), medindo 57 mm, na topografia da vesícula biliar, sem plano de clivagem definido com alça de duodeno. Suspeito-se de impação do cálculo no bulbo duodenal. Optou-se pela conduta cirúrgica, sendo realizada gastrotomia horizontal na porção do antro gástrico, lateralmente ao piloro, quebrado cálculo de 6 cm em duas partes e extração destes. Apresentou boa evolução e alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O ileobiliar (IB) é uma causa rara de obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar que pode ocorrer do estômago até o reto. A SB é um tipo raro de IB, na qual ocorre obstrução intestinal alta pela impação de um cálculo biliar no bulbo duodenal, após a migração deste através de fistula colecistoentérica. Os fatores de risco incluem sexo feminino, idade acima de 70 anos, cálculos biliares maiores que 2,5 cm e pós-operatório de cirurgia na anatomia do sistema gastrointestinal. As manifestações clínicas são variáveis, sendo o quadro agudo, crônico ou intermitente. Os sintomas são: vômitos (87%), dor abdominal (71%), sendo estes dois apresentados pelo paciente, hematêmese (15%), perda de peso (14%) e anorexia (13%). Sinais comuns englobam abdome sensível (44%), desidratação (31%) e distensão abdominal (26%). Conclui-se que o IB é uma causa incomum de abdome agudo por obstrução que necessita de elevado índice de suspeição.</p>

PO 488-2	PO 488-3
<p>ONFALOCELE: UM DEFEITO DA PAREDE ABDOMINAL QUE PODE FAZER PARTE DO ESPECTRO CLÍNICO DA TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 13 (SÍNDROME DE PATAU)</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Thais Vanessa Salvador, Thais Vanessa Land, Bibiana de Souza Boger, Larissa Prado da Fontoura, Tainá Val Arruda, Alex Vicente Spadini, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a trissomia do cromossomo 13 ou síndrome de Patau é considerada uma doença cromossômica rara caracterizada por um quadro clínico amplo e uma limitada sobrevida. Nosso objetivo foi descrever um feto portador da trissomia do cromossomo 13 apresentando onfalocele, um defeito da parede abdominal que pode fazer parte do espectro clínico da síndrome.</p> <p>RELATO DE CASO: a gestante veio encaminhada inicialmente à medicina fetal com 13 semanas de gravidez por aumento da medida da translucência nucal (5,6 mm – havia descrição de higroma cístico) e oligodrâmnio. Ela possuía 25 anos e estava em sua terceira gestação com história de um abortamento espontâneo ocorrido na primeira gravidez do seu casamento anterior. A sua segunda gestação cursou com pré-eclâmpsia. Ela possuía descrição na gravidez atual de sangramento vaginal com cerca de 11 semanas. O cariótipo fetal foi compatível com o diagnóstico de síndrome de Patau (47,XY,+13). Os exames de ultrassom realizados com 16, 18 e 20 semanas evidenciaram também artéria umbilical única, onfalocele, intestino hiperecogênico, cardiomegalia e ossos longos com proporções reduzidas. Com 21 semanas de gravidez, a paciente veio ao centro obstétrico com queixa de aumento da pressão arterial além de tontura, cefaleia e escotomas. Ela foi hospitalizada, sendo que os exames realizados confirmaram o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Apresentava proteinúria de 24 horas de 6,42 g em 650 mL. Devido ao risco de vida materno e à gravidade da condição fetal, realizou-se interrupção da gestação. Na avaliação externa do feto evidenciou-se também uma fenda labial e sobreposição dos dedos dos pés.</p> <p>DISCUSSÃO: anormalidades do trato gastrointestinal podem estar presentes na trissomia do cromossomo 13 e acometem 50 a 80% dos pacientes. Contudo, a onfalocele é considerada uma malformação pouco frequente em séries de casos com a síndrome. Ela é uma malformação que pode ser identificada ainda durante a gravidez, através de exames de imagem, como o ultrassom, tal como visto em nosso paciente. Outras alterações do sistema digestório descritas na síndrome de Patau incluem a malrotação intestinal, displasias do pâncreas e o divertículo de Meckel. Por outro lado, cerca de 30% dos fetos com onfalocele apresenta uma anormalidade cromossômica, em especial a trissomia do cromossomo 18 (síndrome de Edwards). Assim, casos de onfalocele, especialmente associados a outras malformações, devem sempre lembrar a possibilidade da presença de uma alteração cromossômica. No caso da trissomia do cromossomo 13, estes achados seriam a micro/anofthalmia, a fenda labiopalatina, a cardiopatia congênita (em especial defeitos septais) e a polidactilia pós-axial (dedo extranumerário na lateral das mãos e dos pés).</p>	<p>PERFURAÇÃO DE SIGMOIDE POR INGESTÃO DE MÚLTIPLOS CORPOS ESTRANHOS - UM RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Moreno de Oliveira, Ana Carolina Gomes Siqueira, Gabriela Mendonça Vilar Trindade, Alberto Vilar Trindade, Jéssica Danicki Prado Fernandes, Letícia Reis Kalume, Amanda Cristina de Souza, Fabiana Cartaxo Salgado Xavier</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Das ocorrências de ingestão de corpo estranho, a maioria ocorre em crianças, prioritariamente com idade de 6 meses a 6 anos. Em adultos tal ocorrência é rara, e quando ocorre, acomete indivíduos com retardo mental, distúrbio psíquico ou que realizaram a ingestão de forma intencional (ex. ingestão de papéletes de drogas).</p> <p>RELATO DE CASO: CGJ, feminino, 35 anos, foi atendida no pronto socorro de unidade hospitalar queixando-se de dor abdominal difusa, com forte intensidade e duração de aproximadamente quatro horas. Ao exame físico apresentou-se com bom estado geral, facies e atitude de grande ansiedade, afebril, taquicárdica e taquipneica, e ao exame abdominal havia sinais de irritação peritoneal difusa. Em sua história patológica pregressa constava o diagnóstico prévio de esquizofrenia. Foi então solicitada rotina radiológica para abdome agudo, a qual evidenciou a presença de pneumoperitônio e de múltiplos objetos metálicos em topografia de fossa ilíaca esquerda, concluiu-se então o diagnóstico de perfuração intestinal. Ao longo da internação e após ser questionada, a paciente revelou que havia ingerido vários objetos metálicos numa tentativa de suicidar-se. A indivíduo foi então encaminhada para cirurgia de laparotomia exploratória, durante o procedimento evidenciou-se a perfuração de colo sigmoide provocada por algum dos objetos metálicos pontiagudos que veio do lúmen da alça intestinal em direção à cavidade peritoneal da paciente. A lesão causada pelos objetos propiciou a contaminação fecal no local da perfuração, optou-se então pela retirada dos dez objetos metálicos (entre eles um pedaço de garfo, pinças, grampos de cabelo e moedas), lavagem da cavidade e exteriorização da lesão na forma de uma colostomia em alça, devido a extensão da lesão colônica. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta médica após quatro dias de internação em bom estado geral, além da marcação de consultas ambulatoriais para o planejamento da reabertura da colostomia através de anastomose.</p> <p>DISCUSSÃO: Os corpos estranhos ingeridos normalmente são retidos nas duas constrições esofágicas, no piloro, na segunda e na terceira porções do duodeno, no ângulo de Treitz e na válvula ileocecal devido a anatomia dessas regiões não permitirem a passagem dos objetos. Os corpos estranhos maiores do que 6,5 cm e os pontiagudos são os que mais comumente causam as perfurações. De tal modo, apesar de a paciente ter ingerido múltiplos objetos de diversos tamanhos e formas, e esses terem ultrapassado os principais obstáculos em que normalmente ocorrem os agravos, a perfuração ocorreu apenas ao chegar no sigmoide, mostrando a importância de se realizar o seguimento de um paciente psiquiátrico e a necessidade de outros tipos de métodos diagnósticos para localizar todos os objetos, e assim, evitar as complicações e possível óbito dos pacientes.</p>
<p>PO 489-1</p> <p>ULCERA DUODENAL PERFURADA APOS BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX</p> <p>BRUNA MARTINS PIMENTEL, CAPISTRANO, PAULO HENRIQUE OLIVEIRA SOUZA, DUILIO EUTRÓPIO NETO, ALBERTO BUGE STEIN, GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL, ISAAC WALKER ABREU</p> <p><i>HOSPITAL MERIDIONAL - CARIACICA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento da obesidade com o bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) se tornou muito difundido nos últimos anos. Assim, com sua ampla utilização, é preciso ter conhecimento dos mais diversos tipos de complicações secundárias a este procedimento, inclusive aquelas pouco comuns, porém que são ameaçadoras à vida do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: W.J.S., masculino, 51 anos, submetido há 5 anos a BGYR videolaparoscópico para tratamento da obesidade, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal em andar superior de abdome, de forte intensidade e início súbito, associada a náuseas e sudorese, após algumas horas após ter feito uso de bebida alcoólica e de também ter usado AINE nos 3 dias prévios. Negou uso de tabaco. Ao exame, ele se encontrava estável hemodinamicamente, com sinais vitais normais, porém com intensa dor em epigástrico, com sinais de irritação peritoneal. Foram solicitados exames complementares, os quais demonstraram: Leucócitos: 15.770 (1% bastões), PCR: 1,78 mg/dl; exames de função renal, hepática e eletrólitos sem alterações; tomografia computadorizada de abdome evidenciava distensão de alças de delgado com nível hidroaéreo, porém sem ponto de obstrução; além de pequena quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal, sem evidências de pneumoperitônio. A principal hipótese diagnóstica era de abdome agudo obstrutivo por hérnia interna e foi então indicada laparoscopia diagnóstica de urgência. No intra-operatório, não se observou hérnia interna ou outros sinais de obstrução intestinal. Entretanto, durante o inventário abdominal, notou-se a presença de secreção biliar em cavidade, extravasada através de uma úlcera duodenal perfurada bloqueada, medindo cerca de 5mm de diâmetro em parede anterior do bulbo duodenal, com peritonite localizada. Foi realizada rafia da úlcera duodenal com epiploplastia e iniciada antibioticoterapia intravenosa – Ceftriaxona + Metronidazol – associada ao uso de Omeprazol 80mg 12/12h. O paciente recebeu alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório, em boas condições clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: Em consequência da ampla utilização do BGYR, suas possíveis complicações devem ser bem estabelecidas e ser bem conhecidas. A úlcera duodenal perfurada, apesar de rara, é uma complicação grave, cujo diagnóstico e tratamento precoces devem ser realizados.</p>	<p>PO 489-2</p> <p>MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA CONGENITA TIPO 2: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Ronara Blos Hepp, Graziela Morais Lourenço, Joana Beatriz Younan da Silva, Cristina Junges Hartmann, Fernanda Osório Alves, João Cyrus Bastos, Elinés Oliva Maciel, Marco Antônio Medeiros</p> <p><i>Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A malformação congênita das vias aéreas pulmonares (CPAM), anteriormente conhecida como malformação adenomatóide cística congênita (MACC), é uma rara anomalia do desenvolvimento do trato respiratório inferior com 5 tipos de apresentação. Os pacientes afetados podem ter esforço respiratório no período neonatal ou permanecer assintomáticos ao longo da vida, apenas 25% dos recém-nascidos afetados são sintomáticos. O diagnóstico pode ser pré-natal com a ultrasonografia obstétrica. A ressecção cirúrgica é o tratamento definitivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 1 ano e 11 meses, previamente hígida, foi encaminhada ao HSL por um quadro de pneumonia com DP à direita. Relato de tratamento prévio para amigdalite com amoxicilina. Internou no hospital de sua cidade para tratamento de broncopneumonia com ceftriaxona e gentamicina, realizou RX tórax que evidenciou opacidade em base do pulmão direito e atelectasias subsegmentares em base esquerda. No HSL foi mantido ceftriaxona e realizado TC de tórax que mostrou importante área desarejada em LID, muito relacionada com distúrbio do desenvolvimento do parênquima pulmonar, aumentando hipótese de sequestro pulmonar intralobar D com infecção associada. Realizou angiotomografia de tórax. Precidou de um CHAD pré operatório devido a uma hemoglobina de 8,7. Foi realizada toracotomia com lobectomia pulmonar inferior e drenagem pulmonar direita, sem intercorrências. Tendo como laudo de anatomopatológico achados compatíveis com malformação adenomatóide cística tipo 2 associada a sequestro pulmonar e com pneumonia superimposta. Recebendo alta hospitalar 6 dias após o procedimento com ausculta pulmonar com boa entrada de ar, murmúrios vesiculares discretamente diminuídos em base direita, sem ruídos adventícios e sem sinais de disfunção respiratória. Manteve acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente relato foi selecionado devido a importância de se realizar o diagnóstico dessa anomalia pulmonar que, embora rara é a lesão pulmonar congênita mais comum. A CPAM do tipo 2, em até 60% dos casos, costuma estar associada a outras anomalias congênitas, como, atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica, agenesia renal bilateral, atresia intestinal, malformações cardíacas, tornando ainda mais importante o seu diagnóstico pré-natal. Esta associação com outras malformações congênitas sugere que as lesões que resultam em CPAMs do tipo 2 ocorrem durante a terceira semana de gestação.</p>

PO 489-3	PO 490-1
<p>DIVERTICULITE COMPLICADA COM FÍSTULA COLOVESICAL EM ADULTO JOVEM EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO MARANHÃO.</p> <p>PAULO RICARDO MARTINS ALMEIDA RICARDO MARTINS ALMEIDA, VICKTOR BRUNO PEREIRA PINTO BRUNO PEREIRA PINTO, PAULA DE CARVALHO BACELAR DE CARVALHO BACELAR, MARIA CLAUDIA PINHEIRO RUFINO RIBEIRO PINHEIRO RUFINO RIBEIRO, DANIEL OLIVEIRA COELHO OLIVEIRA COELHO, MONICA CRISTINA NASCIMENTO SILVA CRISTINA NASCIMENTO SILVA, LUMA SOLIDADE BARRETO SOLIDADE BARRETO, LETICIA CARVALHO DOS SANTOS CARVALHO DOS SANTOS</p> <p><i>UNIVERSIDADE CEUMA - SAO LUIS - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A DIVERTICULOSE É UMA ENTIDADE GERALMENTE ASSINTOMÁTICA, CARACTERIZADA POR HERNIAÇÕES NÃO COMPLICADAS DA MUCOSA E DA SUBMUCOSA ATRAVÉS DA CAMADA MUSCULAR DO CÓLON. QUANDO APRESENTA MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, É CHAMADA DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS. ESTA PODE ACOMETER TODO O CÓLON, COM MAIOR ENVOLVIMENTO DO SIGMOIDE. É MAIS PREVALENTE EM IDOSOS, ESTANDO PRESENTE EM MAIS DE 30% DA POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS E 60% DOS IDOSOS COM MAIS DE 80 ANOS. A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) É O MELHOR EXAME DIAGNÓSTICO, COM VALOR PREDITIVO POSITIVO DE 88% NA INFLAMAÇÃO PERICÓLICA E DE 100% QUANDO HÁ ESPESSEAMENTO DE PAREDE CÓLICA MAIOR QUE 10MM. TAMBÉM PERMITE CLASSIFICAR A DOENÇA DIVERTICULAR EM NÃO COMPLICADA E COMPLICADA, NORTEANDO JUNTO À CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY, O TRATAMENTO A SER INSTITUÍDO NA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA A CIRURGIA DE URGÊNCIA ESTÁ INDICADA NA PRESENÇA DE PERITONITE.</p> <p>RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO, 36 ANOS, ADMITIDO COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL DIFUSA, PARADA DE ELIMINAÇÃO DE FLATOS E FEZES, APRESENTANDO FEBRE. ANTECEDENTE PESSOAL DE DIVERTICULOSE HÁ 5 ANOS E OBESIDADE MÓRBIDA. AO EXAME, APRESENTAVA-SE HIPOCORADO, COM FEBRE DE 38,9°C, FÁCIES DE DOR, OBESIDADE GRAU III (IMC 41KG/M²), ABDOME DISTENDIDO, COM RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL. TC MOSTRAVA DENSIFICAÇÃO/HETEROGENEIDADE NA TOPOGRAFIA DO CÓLON SIGMOIDE, DESTACANDO-SE ESPESSEAMENTO E REALCE PARIETAL APÓS ADMINISTRAÇÃO DE CONTRASTE VENOSO, COM POSSIBILIDADE DE ETIOLOGIA INFLAMATÓRIA-INFECCIOSA. SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA NA QUAL FOI IDENTIFICADA FÍSTULA COLO-VEESICAL, REALIZADA RETOSSIGMOIDECTOMIA + LINFADENECTOMIA + COLOSTOMIA + CISTECTOMIA PARCIAL + IMPLANTE DE CATETER DUPLO J À ESQUERDA + CISTORRAFIA. TEVE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL, COM DESABAMENTO DE COLOSTOMIA E DEISCENCIA PARCIAL DE CISTORRAFIA ANTERIOR SENDO REABORDADO APÓS 10 DIAS, COM REALIZAÇÃO DE COLECTOMIA PARCIAL ESQUERDA + COLOSTOMIA + CISTORRAFIA + CISTOSTOMIA. PACIENTE SEGUE INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, ESTÁVEL, EM PERITONEOSTOMIA.</p> <p>DISCUSSÃO: A DOENÇA DIVERTICULAR É CONSIDERADA UMA DOENÇA DOS PAÍSES OCIDENTAIS. AS COMPLICAÇÕES DA DIVERTICULOSE SÃO DIVERTICULITE, FORMAÇÃO DE ABSCESSO, FÍSTULAS, HEMORRAGIA, PERFURAÇÃO E OBSTRUÇÃO. O CASO RELATADO, TRATA-SE DE UM ADULTO JOVEM, COM SINTOMAS DE DIVERTICULITE, EVIDENCIADO ATRAVÉS DE TC, COM DESENVOLVIMENTO DE FÍSTULA COLOVESICAL. VISA APRESENTAR À COMUNIDADE CIENTÍFICA UM CASO EM INDIVÍDUO EM FAIXA ETÁRIA NÃO USUAL, COM EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL E SUBMETIDA A MÚLTIPLAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS.</p>	<p>HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO UMA RARA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B</p> <p>Bruno Knaak de Abreu, Paula Ferreira Brasil, Luísa Vieira Souto Salgueirinho de Salles Abreu, Marvin Willie Silva Foster, Ana Clara Monte Gonçalves, Rodrigo Martinez</p> <p><i>Hospital Pasteur - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hemorragia digestiva alta (HDA) maciça é uma condição que necessita de intervenção urgente. Lesões malignas são responsáveis por menos de 4% dos casos, sendo as malignidades hematológicas raríssimas e, geralmente, provenientes do duodeno. Linfomas Não Hodgkin primários do trato GI são raros, representando 1-4% das malignidades de estômago, duodeno ou cólon. Neste caso, apresentamos um linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) do terço proximal gástrico como causa primária de uma HDA maciça.</p> <p>RELATO DE CASO: I.S.S, feminino, 79 anos, sem comorbidades, com entrada no CTI há 24 horas com HDA, sem queixas relacionadas anteriores. Endoscopia digestiva alta (EDA) sem sucesso na avaliação diagnóstica e controle da hemorragia devido a sangramento vultoso. Submetida à laparotomia exploradora, evidenciando neoplasia de fundo e corpo gástricos com expressão serosa e infiltração dos ligamentos espleno-gástrico e espleno-pancreático e múltiplas aderências a omento e baço. Realizada gastrectomia total, esplenectomia e reconstrução do trânsito com anastomose esôfago-jejunal em Y de Roux. Histopatológico da lesão confirmou LDGCB ulcerado, com comprometimento de dois linfonodos perigástricos em parede posterior e do limite cirúrgico proximal, sem evidência de infecção por <i>Helicobacter pylori</i>. Encaminhada ao CTI, paciente evoluiu com intubação prolongada, por fístula pancreática, tratada conservadoramente e insuficiência respiratória, com recuperação após duas semanas de ventilação mecânica. Após isso, seguiu em reabilitação respiratória e motora.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias correspondem a menos de 4% das causas de HDA com repercussão hemodinâmica levando a quadros emergenciais, e dessas, a grande maioria são representadas por adenocarcinomas. Nosso levantamento encontrou apenas dois casos de linfomas de grandes células B como responsáveis por esse tipo de quadro. Nesse contexto, ressaltamos que, diferentemente do descrito na literatura, em nosso caso, HDA foi a primeira manifestação da doença e não obteve sucesso com controle endoscópico. O tratamento dos linfomas gástricos na maior parte dos casos é feito com quimioterapia isolada, sendo o tratamento cirúrgico reservado para doença gástrica isolada, recidiva sintomática após falha do tratamento e naqueles que desenvolvem complicações como sangramento, obstrução ou perfuração. A ressecção cirúrgica para cura ou palição é o tratamento de escolha para HDA secundária a malignidades, diferentemente das demais causas onde a EDA se destaca como primeiro tratamento. Ressaltamos ainda que o resultado negativo para <i>H. pylori</i> na peça cirúrgica é de menor relevância, visto que, apesar desta infecção ser relacionada à patogênese de diversas doenças gástricas, inclusive linfomas MALT, sua relação com o LDGCB não foi determinada. Os autores acreditam que esse caso é relevante pois na literatura existem poucos casos descritos como este e ressaltam a importância do correto diagnóstico e tratamento de uma HDA maciça, que podem ser secundários a uma neoplasia</p>
<p>PO 490-2</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR LINFOMA NAO HODGKIN ASSOCIADO A ASCARIDIASE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Durval Jose de Santana Neto, Larissa Gonçalves Moreira, Irla Evelyne Santana Alves, Renata Lima Batalha de Andrade, Mariana Souza Tavares Santos, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ascarídiase, helmintíase mais prevalente no mundo, está associada a baixas condições socioeconômicas e endêmicas em países em desenvolvimento. Sua infecção crônica, predispõe à disfunção imunológica e possível desenvolvimento de linfoma não Hodgkin (LNH) agressivo. Objetivou-se correlacionar infecção por helmintos como agente desencadeante do linfoma não-hodgkin.</p> <p>RELATO DE CASO: Menino de 11 anos, da zona rural. Atendido na pediátrica do Hospital de referência em Urgência no Estado de Sergipe. Referia dor abdominal difusa há 8 dias, inapetência, débito urinário reduzido e sem evacuar há 7 dias. Exame físico: afebril, hipocorado (+/+++), icterício, distensão abdominal, FR: 24 rpm, FC: 84 bpm. Abdome globoso, doloroso, com massa endurecida e palpável em QID. Conduta: dieta zero, 150 ml de solução glicerinada 12% via retal, paracetamol e lufal. Leucograma 29000 sem desvio à esquerda, Htc 55, Hb 19. A radiografia de abdome: Níveis hidroaéreos, ao USG líquido livre em cavidade, TC alças distendidas. HD: Abdome agudo obstrutivo. Conduta: laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade abdominal verificou-se bloqueio em FID, com perfuração de 5 cm de diâmetro em região cecal e saída considerável de áscaris. Adenite mesentérica e convallescência de linfonodos em mesocólon ascendente e transversal com infiltração em sigmoide. Realizou-se hemicolectomia direita e ileostomia com fístula-mucosa. Resultados histopatológicos: Linfoma atípico não-hodgkin e ovos de áscaris lumbricoides. Pós-operatório: Pelo estado grave foi encaminhado ao CTI intubado, hipocorado, com sinais de Insuficiência Renal Aguda (IRA). Foi extubado no 1º DPO, diurese de 300 ml/24h e SNG aberta drenando 300 ml/24h. 2º DPO: Iniciada dieta líquida de prova. SNG com débito 400ml/24h. ABD: flácido, pouco doloroso, RHA+. Ostomia funcionante, com fezes pastosas e helmintos. 5º DPO: melhora da IRA, presença de fezes em ostomia. Abdome flácido e indolor. Alta do CTI para enfermaria. Mantém dieta líquida. 8º DPO: Abdome tenso e distendido. Dreno de sucção com solução purulenta de 100 ml. Conduta: Dieta zero e após resultados de exames de imagem que sugeriram obstrução intestinal, realizou-se nova laparotomia. Verificou-se ascite com líquido amarelo citrino e bridas provocando herniação interna. Após resolução do quadro obstrutivo foi encaminhado ao CTI com piora clínica e comprometimento da função renal, desidratação, distensão abdominal e circulação colateral. Conduta: anticoagulação empírica não descartando trombose de veia porta e corticoidoterapia. Após dois meses do quadro inicial, permanece na CTI em estado grave.</p> <p>DISCUSSÃO: O LNH é comum acima dos 40 anos e em jovens predomina no sexo masculino sendo a quinta forma mais comum de câncer no Brasil. Estudos sugerem que estímulo antigênico crônico, sistema imune desregulado, instabilidade genômica, descontrolo da infecção por organismos oncogênicos, são componentes da etiologia e patogenia do linfoma não-hodgkin.</p>	<p>PO 490-3</p> <p>NEOPLASIA COLORRETAL EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO</p> <p>Agripino Joaquim Melo Neto, Agripino Joaquim Melo e Silva, Juliana Dantas Abrantes Melo</p> <p><i>UPE - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) constitui o terceiro tipo mais comum de câncer no Brasil. Historicamente, a maior incidência é a partir da sexta década de vida. Assim, o rastreamento geralmente não é recomendado para indivíduos abaixo dessa faixa etária, pois o risco de carcinogênese é menor. Porém vem se observando cada vez mais pacientes abaixo dos 50 anos com esse diagnóstico (cerca de 20% dos casos), descrevendo-se uma discreta predileção pelo gênero masculino. Hábitos de vida com maior consumo de calorias, de alimentos processados e de gordura animal, menor consumo diário de fibras, verduras e frutas, obesidade, sedentarismo e tabagismo são fatores relacionados ao aumento da incidência dessa patologia. Os adenocarcinomas representam a quase totalidade dos CCRs. Não existe nenhum sintoma clássico que sinalize o diagnóstico. A doença pode ser inclusive totalmente assintomática, sendo diagnosticada em um exame de rastreio, por exemplo. Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento, a mortalidade causada por esses tumores continua alta, sendo sua sobrevida média global em cinco anos em torno de 40% para países em desenvolvimento.</p> <p>RELATO DE CASO: ICVS, 35 anos, feminina, natural de João Pessoa-PB, sem comorbidades, procurou o Centro de Cirurgia do aparelho digestivo (CECAD) devido à queixa de dor em hipocôndrio direito e empachamento, há 1 mês. Foram solicitados exames de imagem e laboratoriais, por suspeita de coledolitíase. Realizou USG de abdômen total, onde se puderam observar múltiplos implantes tumorais em lobo direito do fígado. Em seguida, fez colonoscopia, que revelou tumoração em cólon sigmoide, o qual ocluiu 50% da luz intestinal e a biópsia confirmou tratar-se de adenocarcinoma. Após angio-TC e volumetria do fígado, observou-se lobo esquerdo com apenas 28% do tamanho do parênquima hepático total. Realizou quimioterapia neoadjuvante e após as sessões, a paciente foi submetida à embolização química do ramo portal direito, resultando em aumento do parênquima hepático esquerdo para 58% e atrofia do lobo direito, além de desaparecimento de 90% dos implantes tumorais e involução por completo do tumor em região sigmoide. Foi indicada a cirurgia de ressecção hepática (trissegmentectomia hepática - lobectomia hepática direita e segmentectomia IVA e B). Paciente reagiu de forma satisfatória, recebendo alta no 21ºDPO. Aguarda realização de colectomia esquerda.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente diverge da literatura em relação à epidemiologia, uma vez que é do sexo feminino, com idade inferior a 50 anos, além de não apresentar nenhum grande fator de risco para o desenvolvimento da patologia. Dentro do grupo de pacientes com idade até 50 anos, o CCR é geralmente diagnosticado mais tardiamente, e uma doença avançada leva ao potencial pior prognóstico. Assim, é importante que a população tenha conhecimento dos efeitos e critérios de rastreamento, bem como que as queixas, mesmo dos pacientes jovens, não sejam subestimadas, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce e maior chance de cura.</p>

PO 491-1	PO 491-3
<p>SCHWANNOMA GÁSTRICO, TUMOR BENIGNO FREQUENTEMENTE DIAGNOSTICADO COMO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Gabriel Melo Pivatto, Bruno Pivatto, Ademir Pivatto, Leonardo Scherer Zavaschi, Antônio Carlos Weston</p> <p><i>ULBRA - CANOAS - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Na primeira vez mencionado na literatura, por Daimaru et al, no ano de 1988, o Schwannoma Gástrico foi descrito como sendo um tumor de submucosa que cresce a partir das células de Schwann no plexo neural do estômago. Desde então, mais de 220 novos casos foram relatados no mundo e suas características morfológicas e patológicas vêm sendo melhor compreendidas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 51 anos, procurou o setor de emergência relatando forte dor em flanco direito com irradiação para região lombar associado a disúria e hematúria. Após exames laboratoriais e tomografia abdominal, comprovou-se o diagnóstico de litíase renal bilateral aliado a infecção urinária. Entretanto, foi identificada uma lesão na parede anterior de estômago que, através do exame acima referido, não foi possível definir com exatidão, qual tipo a lesão se tratava. Foram realizados ainda Endoscopia Digestiva Alta e Ressonância Magnética, a qual identificou nódulo hipervascular, através da captação pelo meio de contraste endovenoso na parede anterior do corpo gástrico, sem extensão intra-luminal, medindo aproximadamente 1,8 cm do maior diâmetro. Optou-se, então, por uma ressecção gástrica com ampla margem de segurança. Posteriormente, a peça foi encaminhada para análise patológica e a paciente recuperou-se bem do procedimento. Com o resultado das análises patológicas e imuno-histoquímicas ficou comprovado que a lesão era um Schwannoma gástrico.</p> <p>DISCUSSÃO: Schwannoma gástrico é uma neoplasia rara do estômago de crescimento lento e assintomático. Representa somente 0,2% de todos os tumores gástricos, 6,3% dos tumores mesenquimais gástricos e 4% dos tumores benignos de estômagos. Devido a sua raridade e características próprias, esse tumor não é claramente identificado pelas equipes médicas. Além disso, leva-se em consideração uma semelhança clínica entre ele e outros tumores de submucosa do estômago que podem contribuir para essa difícil diferenciação. Inicialmente, a lesão foi diagnosticada como sendo tumor do estroma gastrointestinal que, somente após exame anatomo-patológico e de imuno-histoquímica, da peça cirúrgica, ficou comprovado que se tratava de Schwannoma gástrico benigno. Em suma, além da sintomatologia inespecífica existe a tendência a se pensar em outras doenças de maior prevalência nos pacientes com essa clínica. Desta forma, após a ressecção cirúrgica da lesão, o estudo imuno-histoquímico é mandatório em lesões exofíticas gástricas onde a sintomatologia, os exames de imagem e as características histológicas são indicativas de uma patologia de pior prognóstico. A paciente foi considerada curada quando, após a ressecção cirúrgica, com margem livre de neoplasia, não recidivou ou tampouco foi identificado metástase em outro órgão com os exames de acompanhamento no pós-operatório.</p>	<p>TUMOR METACRONICO EM PACIENTE COM SINDROME DE LYNCH</p> <p>Louyse Nayara Silva Morais, Luana Aparecida Sobral Silva, Sebastião Dutra Morais Junior, Vanessa Siqueira Reis, Vitória Espíndola Leite Borges, Antonio Carlos Nóbrega Santos, Oswaldo Moraes Filho, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Lynch é a síndrome hereditária de câncer de cólon mais comum. Está presente em 1: 35 pacientes diagnosticados com câncer colorretal, representando cerca de 3% e em 1: 56 pacientes com diagnóstico de câncer de endométrio. Ela se caracteriza por uma mutação em genes de reparo de DNA (MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2) ou no gene EPCAM. Apresenta manifestações clínicas colônicas e extracolônicas e é mais prevalente na população jovem. Por sua maior prevalência entre as causas herdadas de neoplasia colônica e sua progressão mais rápida que o câncer colorretal esporádico, exige uma supervisão especializada.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 52 anos, professora, casada, teve diagnóstico de adenocarcinoma de cólon direito em 1999, aos 33 anos, sendo submetida a colectomia à direita e quimioterapia adjuvante. A paciente era assintomática e fazia seguimento colonoscópico anualmente quando, 19 anos depois da primeira operação, em setembro de 2018 foi diagnosticada com novo tumor de cólon descendente, biópsia resultou em adenoma com displasia de alto grau, sendo recomendado realização do painel genético para câncer colorretal. Apresentou mutação no gene MSH2, confirmando hipótese diagnóstica de síndrome de Lynch. Foi proposto para a paciente complementação de colectomia total e panhisterectomia profilática. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no quinto dia.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Lynch é doença autossômica dominante rara, sendo as mutações nos genes MLH1 e MSH2 as mais frequentes. O diagnóstico é dado quando se verifica a presença de instabilidade de microssatélites, deficiência na proteína de expressão (MMR-D) dos genes de reparo de DNA ou perda de expressão de MSH2 por deleção do gene EPCAM. Verifica-se também um aumento no risco de desenvolvimento nos cânceres de endométrio - justificando a panhisterectomia profilática em mulheres com mais de 40 anos ou prole constituída -, ovário, estômago, sistema hepatobiliar, intestino delgado, rim e ureter, cérebro e glândulas sebáceas. Em relação ao monitoramento de câncer colorretal associado à síndrome, ainda não se tem um consenso. Um estudo analisou a frequência com que é feita a colonoscopia na Alemanha (anualmente), na Holanda (entre um e dois anos) e na Finlândia (entre dois e três anos) e apontou que não foi verificada diferença de incidência de câncer colorretal nesses países. Em contrapartida, outro estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que 25% dos casos de câncer colorretal aconteceram em um intervalo de 12 a 23 meses após a última colonoscopia, favorecendo, assim, uma execução anual do exame colonoscópico. Uma nova possibilidade de tratamento seria a terapia imunológica, a qual baseia-se na reação imunogênica desencadeada pela adição ou deleção de nucleotídeos na sequência do DNA, que resultaria no reconhecimento desses neopeptídeos pelos linfócitos CD8+. Esse método terapêutico se mostrou efetivo contra malignidades em casos refratários ou metastáticos, promovendo uma resposta mais duradoura.</p>
<p>PO 492-1</p> <p>CANCER GÁSTRICO BORRMANN III: RELATO DE CASO</p> <p>Raissa Silva Frota, Amanda Oliva Spaziani, André Fraga Rueda, Leonardo Faidiga, Ricardo Prezotto Trolezi, Ana Carolina Pereira Sabino, Gustavo Rivelli Lamboglia, Clerson Rodrigues Manaia</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Golanésia - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é o segundo mais comum no mundo perdendo só para o de pulmão, no Brasil, aparece em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. A incidência aumenta com a idade e é duas vezes maior no sexo masculino, com pico próximo aos 70 anos. Os principais fatores predisponentes são: consumo de alimentos conservados no sal, defumados ou malconservados, baixo nível socioeconômico, tabagismo, sexo masculino, cirurgia gástrica prévia, gastrite atrófica, infecções recorrentes por <i>H. pylori</i> e história familiar. O tipo mais comum é o adenocarcinoma, responsável por 95% dos casos e a principal opção de tratamento trata-se da ressecção gástrica total ou subtotal e linfadenectomia. As cirurgias para os tumores avançados apresentam mortalidade de até 10%.</p> <p>RELATO DE CASO: J.B.S. 63 anos, pardo, apresentando quadro de plenitude gástrica associada a náuseas que persistia após horas de jejum, com início há um ano e dor epigástrica pós-prandial, iniciada há 4 meses. Histórico de perda de 6 quilos em 3 mês. Tabagista e etilista de longa data. Realizada EDA que apresentou "Lesão ulcerada, infiltrativa, friável, recoberta por fibrina espessa, de limites imprecisos, medindo 4 cm, localizada no corpo gástrico estendendo-se pela pequena curvatura - BORRMANN III. Lesão plano-deprimida em grande curvatura do antro medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro, fundo com tecido de granulação, com convergência e baqueteamento de pregas" e histopatológico: "Adenocarcinoma pouco diferenciada com células tipo "anel de sinete", ulcerada. Pesquisa de <i>H. pylori</i> +". Optou-se pela intervenção cirúrgica sendo realizada gastrectomia total com gastroenteroanastomose pré-cólica à Billroth II e linfadenectomia à D2. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar e encaminhado para acompanhamento no ambulatório de oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente em nosso meio, estando associado à alta mortalidade. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade real de tratamento curativo. No entanto, esse objetivo nem sempre é passível de ser atingido, seja pela extensão do tumor no momento do diagnóstico ou pela impossibilidade clínica do paciente. Dessa maneira, é obrigatório considerar com atenção a relação risco-benefício e assim optar pela conduta mais adequada a cada paciente.</p>	<p>PO 492-2</p> <p>COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM UM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SITUS INVERSUS E DE COLELITÍASE: RELATO DE CASO.</p> <p>Nicole Seger Cunegatti, Fernanda Osorio Alves, Joana Beatriz Younan da Silva, Cristina Junges Hartmann, Marco Antonio de Medeiros Lima, João Cyrus Bastos, Paulo Sérgio Gonçalves da Silva, Elinés Oliva Maciel</p> <p><i>HOSPITAL SÃO LUCAS PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O situs inversus é uma anomalia congênita de origem autossômica recessiva rara, com incidência em cerca de 1: 15 – 20000. Ocorre devido a um defeito de rotação das vísceras na fase embrionária e é caracterizado pela inversão no plano sagital dos órgãos abdominais e/ou torácicos, o que forma uma imagem espelhada da posição usual. A litíase biliar em crianças é outra condição rara, com incidência estimada em 0,1-2%. Esse relato une essas situações em um caso de colelitíase em paciente pediátrico portador de situs inversus.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.C.S., feminino, 7 anos, portadora de situs inversus previamente diagnosticada e com histórico familiar. A paciente apresentava dor em região epigástrica que se irradiava para o hipocôndrio esquerdo. Não teve febre, vômitos ou icterícia. Ao exame físico apresentava dor à palpação profunda em região epigástrica e em hipocôndrio esquerdo. Foram solicitados exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal, os quais, juntamente com a história clínica, confirmaram o diagnóstico de colelitíase em situs inversus. Havia presença de cálculo único em vesícula biliar e não se observaram evidências de colecistite aguda ou demais complicações. Foi realizada uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva, na qual ocorreu reposição de todo cenário cirúrgico para o lado oposto do usual a fim de atender a necessidade da retirada de uma vesícula biliar à esquerda. A cirurgia foi concluída com sucesso e a paciente teve boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: O primeiro caso de situs inversus foi relatado por Fabricius em 1600 e o primeiro caso de colelitíase em paciente pediátrico foi relatado em 1734 por Gibson. A partir dessas datas se observou um aumento nos casos de ambas as situações. Isso justifica a importância desse relato, uma vez que profissionais devem estar qualificados para diagnosticar e tratar não só quadros clínicos corriqueiros, mas também situações raras como a colelitíase pediátrica e a abordagem do situs inversus. A literatura mostra que, diferente dos adultos, a maioria das crianças com colelitíase apresentam dores abdominais inespecíficas. O melhor exame diagnóstico é a ultrassonografia de abdome que apresenta uma sensibilidade e especificidade superior a 95%. As complicações de colelitíase são consideradas raras em crianças quando comparadas a incidência em adultos. Quanto a terapêutica, não há protocolos bem definidos para pacientes pediátricos, mas a realização de colecistectomia videolaparoscópica em pacientes sintomáticos é recomendada. No entanto, o desafio nesse caso foi realizar a cirurgia adaptada para o situs inversus, a qual exige uma modificação na técnica cirúrgica usual para que o procedimento seja realizado de modo efetivo e seguro. Vale ressaltar que o situs inversus não configura uma contraindicação para a colecistectomia videolaparoscópica.</p>

PO 492-3	PO 493-1
<p>MANEJO DA CARCINOMATOSE PERITONEAL COMO CONSEQUÊNCIA DO CANCER COLORRETAL</p> <p>Mariana Santos Pinto, Camila Valadares Santana Recch, Maríany de Ovilleira Gomes, Uanda Beatriz Pereira Salgado, Michaela Longoni Manfroi, Natália Francis Gonçalves Farinha, Maria Gabriela Teixeira Valentini, Desiree Duarte Serra</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (Ca colorretal) caracteriza uma das neoplasias malignas de maior incidência e mortalidade, sendo o 3º câncer mais comum no mundo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, constatou-se 36.360 casos no ano de 2018, sendo 17.380 em homens e 18.980 em mulheres. A carcinomatose peritoneal (CP) ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes com câncer colorretal. É a segunda principal causa de mortalidade por essa neoplasia.</p> <p>RELATO DE CASO: LSS, feminino, 76 anos. Paciente relatava dor abdominal há 3 anos, com presença de sangue oculto nas fezes, apresentava também diarreia e caquexia. No começo do ano passado, apresentou quadro de dor abdominal forte com febre, diarreia e vômitos, levando-a a emergência. Onde, evidenciou presença de divertículos na tomografia, foi medicada e recebeu alta. Porém, as dores não melhoraram, buscando consulta proctológica em fevereiro, neste mês e no mês seguinte realizou duas colonoscopias com resultados inconclusivos. Devido ao quadro foi solicitada uma terceira colonoscopia, que apresentou divertículos e lesão estenosante no cólon sigmoide. Em dezembro retornou à consulta proctológica, queixando-se da perda de ponderal de 20kg desde 2015 e contínua dor abdominal. Foi pedido um exame CEA (antígeno carcinoembrionário) com resultado negativo e uma colonoscopia virtual, com laudo de espessamento parietal grosseiro e estenose medindo cerca de 3,5cm de extensão. Na visão endoluminal havia obliteração do mesmo o que prejudicou a avaliação. Em janeiro de 2019 retornou com os exames, e queixando-se da perda de 2kg em 10 dias. Dessa forma, foi realizada colectomia em cólon esquerdo, onde foi visualizado lesão estenosante em sigmoide de aspecto endurecido e carcinomatose em flexura peritoneal pélvica.</p> <p>DISCUSSÃO: O modelo mais aceito para o desenvolvimento da CP pelo CA colorretal é o conceito de "ruptura tumoral", onde a infiltração do tumor primário na serosa causa um desprendimento das células neoplásicas, adesão às células intraperitoneais, invasão do espaço subperitoneal com seguinte proliferação e neoangiogênese. A base do tratamento convencional para CP é a quimioterapia sistêmica, porém os agentes citotóxicos apresentam baixa penetração na cavidade peritoneal. Contudo, a cirurgia citoredutora com quimioterapia intraperitoneal hipertérmica é uma nova abordagem já considerada parte do arsenal terapêutico. Possui como pontos primordiais: a ressecção completa das lesões visíveis, com exposição de todos os focos de neoplasias, para possibilitar o acesso direto das drogas por via intraperitoneal, sob hipertermia. Um estudo proposto pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica em 2017, relatou que essa nova terapia parece fornecer benefício sobre os tratamentos mais convencionais. Dessa forma, evidencia-se a importância do desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas para melhores prognósticos.</p>	<p>CANCER GASTRICO DE ORIGEM ESTROMAL: RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Aguiar Madeiro, Gustavo Menelau Souza, Bruna Rocha Menelau Souza, Aline Tavares Rocha, Larissa Manuelle Vieira Leite, Naldia Muniz Cabral Domiciano, Bruna Moura Santos</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - OLINDA - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é raro, porém é o mais comum do aparelho digestivo. Os GIST podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas inespecíficos, sendo diagnosticados na maioria das vezes através de exames de rotina. O diagnóstico é feito com biópsia e imuno-histoquímica com pesquisa para o CD-117, que é o marcador do GIST. O tratamento devendo ser realizado, por meio de cirurgia para ressecção do tumor e em alguns casos, utiliza-se a quimioterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: A.L.M.C, 61 anos, sexo feminino, com queixa de dor em queimação em região epigástrica, apresenta endoscopia com lesão subendotelial ulcerada em fórnix gástrico medindo 5cm e histopatológico revelou úlcera com atividade inflamatória. Realizou uma nova endoscopia após 8 meses que apresentou lesão subendotelial na grande curvatura do corpo proximal logo após passar pela cardia medindo 5 x 4,1 cm. Foi feita uma tomografia computadorizada que revelou lesão em antro gástrico compatível com GIST medindo 4,9 x 3,9 x 4,5cm. Apesar dos resultados demonstrados na TC, pela via endoscópica, visualizou-se que o tumor estava pediculado, uma vez que o antro gástrico não apresentava tumoração, não foi necessário retirar o estômago inteiro, apenas um segmento do fundo gástrico da grande curvatura, guiado por endoscopia digestiva alta transoperatória. O exame histopatológico demonstrou neoplasia fusocelular de baixo grau, medindo 5,6 x 3,9 x 3,8cm localizado na submucosa do corpo gástrico. Solicitado exame imuno-histoquímica, que revelou CD117 e CD4 positivos.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores estromais gastrointestinais são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. O quadro clínico manifestou-se apenas com dor e queimação, apesar de ser comum hemorragia digestiva alta, massa palpável e quadros de perfuração e obstrução intestinal. Os achados imuno-histoquímicos foram semelhantes aos descritos na literatura, mostrando assim uma prevalência do padrão imunológico da doença. Com relação a localização anatômica no tubo digestivo o caso condiz com a literatura que descreve 50% a 60% dos casos no estômago.</p>
<p>PO 493-2</p> <p>ENDARTERITE DE ARTERIA PULMONAR EM PACIENTE COM PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, GUILHERME DE MATOS ABE, LUIZ CÉSAR DE CAMARGO FERRO, LUIZ PEDRO FERREIRA DE ASSIS, VINÍCIUS GUILARDE ANCELMO</p> <p><i>Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endarterite de artéria pulmonar (EAP) é causada pela infecção por bactérias ou fungos, em grandes vasos, que podem também acometer o coração, gerando endocardite infecciosa (EI). Os principais agentes são o <i>Streptococci spp</i> e o <i>Staphylococcus aureus</i>. É uma doença rara, grave e de difícil diagnóstico. Ocorre principalmente em usuários de drogas endovenosas, complicação de shunts intracavitários e persistência de canal arterial (PCA). Na criança, as cardiopatias congênitas são o principal fator de risco para EI, sendo a PCA uma causa muito rara. Sabe-se que incidência da PCA é cerca de 1/2.000 - 2.500 nascidos vivos, cerca de 10% das cardiopatias congênitas. Dessa forma, apresenta-se um caso de EAP em paciente com PCA, submetido a tratamento cirúrgico</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 16 anos, masculino, histórico de PCA em acompanhamento há 7 anos, sem cardiopatias e outras comorbidades. Relata febre há 2 meses associado a vômitos e diarreia. Após tratamento sintomático, referiu persistência da febre, associada a tosse produtiva e astenia. Diagnosticado com pneumonia e internado em UTI. Perda de 5kg no período. Ao exame: sopro sistólico 3+/6+ em foco pulmonar com irradiação para fúrcula, axila esquerda e região interescapular, FC de 107 bpm. Apresentava MVF com estertores discretos em terço inferior. Foram solicitados ECOTT, que indicou PCA alto fluxo, interrogando-se de endarterite e pericardite. Hemocultura indicou crescimento de <i>S. aureus</i> sensível à oxacilina, iniciando ATB. Após 31 dias, persistindo sintomas, foi indicado tratamento cirúrgico para fechamento de PCA, com toracotomia mediana. Encontrou-se aderências e espessamento de pericárdio e vegetação em artéria pulmonar. Realizado isolamento e ressecção do PCA. Posterior abertura de artéria pulmonar, 1 cm² dissecado, somado a ressecção de vegetação proeminente. Evoluiu bem, recebendo alta com melhora do quadro e fim da AT.</p> <p>DISCUSSÃO: A PCA é citada como fator de risco para o desenvolvimento de endarterite, mas escassos são os relatos que documentam tal associação. Nesse caso, o paciente apresentou sintomas frequentemente descritos, como febre persistente de origem desconhecida e manifestações inespecíficas como mal-estar geral, anorexia e perda ponderal. A presença de sopro cardíaco é praticamente universal, quando há EI. A cirurgia (debridamento, reparo ou troca valvar) pode ser necessária para tratar infecção persistente apesar de ATB ou insuficiência valvar grave, reservada para os casos complexos. Por fim, o caso apresentado é peculiar não só pela evolução prolongada da doença, mas também pela necessidade de indicação cirúrgica, que geralmente é restrita. Este caso, ressalta que apesar da EAP e/ou a EI se manifestarem em grupos de risco, estas condições devem ser consideradas em pacientes com febre contínua e bacteremia inexplicada, devendo-se proceder com investigação ecocardiográfica, pois há possibilidade da existência de endarterite de canal arterial previamente desconhecido.</p>	<p>PO 493-3</p> <p>PLASTRAO APENDICULAR: APENDICITE PSEUDOTUMORAL – RELATO DE CASO</p> <p>Juliane Lopes Nascimento, Ana Julia Ferreira Fernandes, Laís Rocha Brasil, Renata Gama Lino, Camila Fecury Cerqueira, Anna Carolina Pereira Gomes, Eduardo M Mesquita, Patrícia Alves Manguieira</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O plastrão apendicular representa 2 a 6% dos casos de apendicite aguda sendo seu tratamento ainda controverso, (VIANNA, et al, 2018)e a sua formação demonstra que a infecção do apêndice foi bloqueada por processo inflamatório intenso, englobando alças intestinais, mesentérico e omento maior. O plastrão pode ser classificado como fleimão (sem pus), ou abscesso (com pus) (DE SOUZA et al, 2016). Clinicamente, o paciente refere massa abdominal palpável, associado com sensação de peso no quadrante inferior direito do abdome, além de febre e leucocitose (DE SOUZA et al, 2016). O tempo de evolução é mais longo (5-10 dias), o ritmo intestinal está mantido, e os sinais de irritação peritoneal são bem localizados e pouco intensos (SANTOS, et al, 2010).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente JRM, masculino, 76 anos, viúvo, lavrador, estilista durante 66 anos e tabagista durante 68 anos, deu entrada no serviço com história dor abdominal difusa gradativa há 14 dias e após 2 dias se localizou em FID, associada a ausência de evacuação há 3 dias, negou vômitos e febre. Ao exame paciente em REG, normotenso e normopneico, abdome tenso com dor a palpação superficial e presença de massa palpável em FID, com Blumberg + e RHA diminuído. O exame laboratorial alterado foi o EAS com 85mil leucócitos, ECG com FA e alteração na repolarização, radiografia de abdome com imagem gasosa (nível hidroaéreo em FID) sugestivo de bloqueio de alças, ultrassonografia abdominal de outro serviço sugestivo de tumor abdominal, no entanto no nosso serviço foi realizado outra US de abdome total a qual veio sem alterações, colonoscopia normal. Foi iniciado o tratamento com antibiótico (ciprofloxacino), repetido exames laboratoriais com normalização do EAS e retorno do transitu com evacuações presentes, no 8ºDIH por persistência de massa em FID o paciente foi submetido a cirurgia onde foi realizado LE que não foi possível a visualização do apêndice, devido estar dissolvido dentro do bloqueio por alças, foi então realizado limpeza da cavidade e síntese de parquerquer com vicril e algodão em 2 planos, com colocação de dreno misto.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento conservador como abordagem inicial é defendido por vários autores; O tratamento conservador, seguido de apendicetomia imediata, tem a vantagem de manter o paciente em internação única além de ser segura e permitir o diagnóstico precoce de outras patologias, como o câncer de cólon, como descrito neste caso. O tratamento totalmente conservador, sem cirurgia, é no entanto preconizado para pacientes jovens, sem comorbidades, no qual o nosso paciente não se encaixava.</p>

PO 494-2	PO 494-3
<p>REDUÇÃO CIRÚRGICA ESTADIADA DE GASTROQUISE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Lorena Tavares Ferreira, Isabella Fernandes, Nayara Leal Ferreira Baldini, Micael Cruz Santana</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) - Brasília - DF - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gastrosquise caracteriza-se por um defeito congênito na formação da parede abdominal anterior, associado à extrusão de órgãos abdominais. É uma malformação congênita importante, de grande impacto na vida do neonato e de sua família, relacionada a um longo tempo de internação hospitalar devido a complicações associadas à disfunção intestinal principalmente, morbidades associadas e elevados custos médicos hospitalares, além de episódios de desnutrição e septicemia. Recomenda-se que o tratamento seja feito o mais precocemente possível, para evitar a evaporação e a exsudação da víscera herniada. Neste relato, é apresentado o caso clínico de uma paciente submetida, durante os primeiros dias de vida, a uma das principais técnicas cirúrgicas usadas para a redução gradual da gastrosquise, em que é utilizado um silo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, feminino, DN: 29/08/2018, PN: 2000g, 35 semanas, nascida de parto cesáreo. Identificada gastrosquise simples com edema moderado ao nascer, sem diagnóstico pré-natal. RN com seis horas de vida foi submetida à correção parcial da gastrosquise, recolocação dos colóns e introdução do silo. Evoluiu com desidratação, diurese limitrofe, taquicardia e com saída de secreção serosa do silo. Foi iniciada a antibioticoterapia. Apresentou alças mais escuras ao quinto dia de vida, ainda com saída de secreção serosa, desidratação e insuficiência renal aguda. Evoluiu estável hemodinamicamente em ventilação mecânica, sedoanalgesia e expansão volêmica. Contudo, regrediu com choque hipovolêmico, com posterior melhora após reposição de perdas. No oitavo dia de vida foi submetida à segunda redução parcial da gastrosquise, reconfeção de silo e drenagem de secreção esverdeada, evoluindo com alças claras e diurese mais concentrada. No 11º dia foi realizada a terceira redução quase total e recolocação de silo. A paciente evoluiu com diminuição da diurese mas estável. Foi realizada, então, a quarta redução quase total e colocação de silo. No 13º dia após o parto, foi realizado troca do curativo do silo abdominal, que já estava limpo e seco.</p> <p>DISCUSSÃO: Estima-se uma frequência de 2 a 5 casos de gastrosquise para cada 10.000 nascidos vivos, com tendência de aumento nos últimos 20 a 30 anos. Dentre as estratégias cirúrgicas de tratamento, optou-se pelo fechamento estagiado para a RN. O silo foi importante para proteger o intestino e permitir, assim, o fechamento fascial tardio, o que possibilitou um alongamento progressivo da cavidade abdominal e a redução da rigidez do intestino, tornando possível a redução total da gastrosquise e contribuindo para o bom prognóstico e evolução favorável da paciente.</p>	<p>MIGRAÇÃO TRANSMURAL DE GOSSIPIBOMA COM OBSTRUÇÃO INTRALUMINAL DO INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO.</p> <p>Daniel da Silva Marques, Amanda Coelho de Araujo, Henrique Serra de Melo Martins, Marcela Louise Gomes Rivas, Andressa Carvalho de Oliveira, Azul Maria Fariña, Rômulo Medeiros Almeida, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Asa norte - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo "gossipiboma" refere-se a uma matriz têxtil envolta por uma reação granulomatosa ou inflamatória, relatada mais comumente na presença de gases e compressas cirúrgicas após uma laparotomia. Sua incidência é subnotificada pelas implicações legais, e manifestações assintomáticas na maioria dos casos. A apresentação clínica é variável e depende da localização do corpo estranho e da reação inflamatória. O tratamento recomendado é a excisão cirúrgica que visa prevenir complicações que possam levar à morte. Tendo em vista a importância deste tema, relatamos um caso onde houve obstrução intraluminal do intestino delgado devido à migração transmural do gossipiboma.</p> <p>RELATO DE CASO: Uma mulher de 26 anos apresentou história de 10 meses de dor e distensão abdominal, acompanhada de perda de 20 kg desde o início do quadro. A dor era pior após as refeições, acompanhada por hematocúezia. A paciente relatou uma laparotomia exploratória quatro meses antes, que descreveu um adenocarcinoma (TNM Pt3pN1pMx) da junção retossigmoide, tratada cirurgicamente. A paciente foi encaminhada para terapia adjuvante no pós-operatório, mas não a seguiu. Ao exame físico, a paciente estava emagrecida e apresentava massa palpável na fossa ilíaca direita. Realizada colonoscopia, foi observado pólipos pedunculados e sésseis distribuídos entre a linha pectinea e o coto retal, além de vários outros pólipos sésseis pedunculados da região do estoma à flexura hepática. A TC de abdome mostrou duas lesões hepáticas e distensão acentuada das alças do intestino delgado. A paciente desenvolveu abdome agudo com evidência de obstrução intestinal, sendo submetida a uma cirurgia de emergência. A exploração da cavidade abdominal revelou duas lesões hepáticas sugestivas de implantes, alças do intestino delgado marcadamente dilatadas e uma massa intraluminal compressível no ileo. A enterotomia transversal revelou uma esponja cirúrgica retida obstruindo o intestino, que foi removida.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso é uma oportunidade para rever uma questão de grande relevância clínica e legal. Gossipibomas ocorrem mais comumente após cirurgia abdominal e pélvica, sendo que o material retido pode penetrar no intestino ou na bexiga, levando à má absorção, obstrução intestinal, sangramento gastrointestinal e protrusão transuretral. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica. Quando ela ocorre no pós-operatório imediato, a morbidade e a mortalidade são baixas; porém, se o material foi retido por muito tempo, a remoção pode exigir cirurgia extensa, com altas taxas de complicações. A abordagem mais importante, contudo, é a prevenção. Ela inclui a exploração da cavidade abdominal no final do procedimento, o uso de têxteis com marcadores radiopacos e um relato preciso dos materiais cirúrgicos utilizados. Gossipibomas são causas raras de obstrução intestinal, mas não devem ser negligenciados no diagnóstico diferencial de pacientes com história de laparotomia.</p>
<p>PO 495-1</p> <p>DEGASTRECTOMIA EM COTO GÁSTRICO REMANESCENTE DE GASTRECTOMIA SUBTOTAL, COMO TERAPEUTICA CURATIVA DE RECIDIVA TUMORAL</p> <p>João Marcos Monteiro Ramos, Wendel dos Santos Furtado, Winne Nolêto Martins, Guilherme Menezes de Andrade Filho, Phylippe Augusto Oliveira, Carine Avello de Matos, José Miguel da Silva Maciel Júnior, Amanda Teixeira de Melo</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Com estimativa de mais de 21.000 novos casos no Brasil (2018-INCA), o câncer gástrico apresenta-se como 4º índice de mortalidade oncológica no país. Dentro das terapêuticas atualmente disponíveis, o tratamento cirúrgico é o único que isoladamente possui caráter curativo. Relata-se um caso que o paciente foi submetido à gastrectomia parcial (antrectomia) para um câncer gástrico precoce havendo necessidade de uma degastrectomia por novo tumor no coto gástrico remanescente quase um ano após a primeira cirurgia.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 85 anos, refere início de quadro de dispepsia em 10/2015. Hipertenso, antecedentes de IAM com colocação de stent. Durante investigação médica realizada endoscopia digestiva alta (EDA) em 11/2015, com lesão em antro gástrico de cerca de 1,5 cm, acima de incisura angular em pequena curvatura, classificação IIc (Classificação Japonesa de câncer precoce). Histopatológico descrevendo adenocarcinoma com componentes bem e pouco diferenciados, tipo intestinal de Lauren, restrita a muscular própria da mucosa. Exames de tomografia de abdome, tórax, pelve e tomografia por emissão de pósitrons (PET) sem alterações que sugerissem doença à distância. Na cirurgia geral em 08/01/2016, optou-se ressecção por EDA como tratamento de neoplasia gástrica precoce. Na EDA para ressecção da lesão, realizou-se avaliação da mucosa antes do procedimento, observou-se 3 lesões erosivas. Utilizando azul de metileno como corante notou-se que todas as lesões descritas foram sugestivas de neoplasia, optando-se por tratamento cirúrgico. Em 12/01/16 submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução em Billroth II, sem intercorrências. Histopatológico confirmou diagnóstico endoscópico, com margens livres e sem acometimento linfonodal (TisN0M0), não indicada quimioterapia pela equipe de oncologia. Em seguimento ambulatorial realizada EDA em 23/03/16 que fora normal. Em seguimento, repetiu EDA em 05/10/16, apresentando enanetma difuso leve em corpo. Histopatológico de biópsias gástricas resultou em adenocarcinoma pouco coesivo em mucosa gástrica tipo intestinal difuso de Lauren. Submetido à EDA (com azul de metileno) e PET-CT que não evidenciaram a lesão gástrica. Nova em EDA 19/11/16 e revisão das lâminas da EDA anterior, em outro serviço, confirmaram a lesão maligna no coto gástrico. Submetido à degastrectomia em 29/11/16 com realização de gastrectomia total e anastomose esôfago-jejunal término-lateral e Y-de-Roux. Histopatologia da peça não encontrou o tumor. Recebeu alta dia 10/12/16 com alimentação oral. Com seguimento ambulatorial há dois anos sem recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrito caso de apresentação rara de adenocarcinoma gástrico precoce, com utilização de degastrectomia como terapêutica curativa, devido ao surgimento de novo tumor em coto gástrico remanescente de gastrectomia subtotal. O relato reforça a importância do seguimento de perto em pacientes oncológicos, facilitando a manejo rápido e eficaz de recidivas.</p>	<p>PO 495-2</p> <p>TORÇÃO DE APÊNDICE VERMIFORME: UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOME AGUDO</p> <p>GEORGIA TERRA LUSTRE DI FLORA, BRUNA NALIN TEDESCO, VITOR de Oliveira LIMA, HELOISA MANDOLINI SILVA, JACIENE ROCHA NUNES, LUIS GUSTAVO FILGOLS RACHELLA, LEONARDO SOUZA TEIXEIRA, RUDNEI DE OLIVEIRA LUCIANO GOMES</p> <p><i>FAMEMA - MARILIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A torção do apêndice vermiforme é um achado raro, que causa sintomas abdominais semelhantes ao da apendicite aguda, onde na maioria dos casos o diagnóstico é feito no intra-operatório, visto que exame físico, laboratorial e de imagens são muitas vezes inconclusivo. Embora a apendicite seja a patologia cirúrgica abdominal mais comum, a torção do apêndice tem sido pouco descrito e é considerada uma causa incomum de abdome agudo.</p> <p>RELATO DE CASO: RRSS, masculino, 7 anos, deu entrada no Hospital Materno Infantil de Marília, com queixa de dor abdominal difusa há 16 horas, com irradiação para ânus, acompanhada de febre, vômito e constipação há 1 dia, sem alterações do hábito urinário, cefaleia, mialgia e infecções recentes. Na avaliação, paciente se apresentava em bom estado geral, com mucosas úmidas e coradas, ativo, febril (38,4°C), ausculta cardíaca e pulmonar sem achados patológicos. Exame abdominal com abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso a percussão difusamente e na palpação em região de hipogastro, fossa ilíaca direita e esquerda, com descompressão brusca dolorosa duvidosa. Solicitado raio x de abdome total em pé e deitado, hemograma, urina 1, com resultado sem alterações. Depois de 12 horas da primeira avaliação, paciente persistia com dor abdominal, vômito, febre, onde foi solicitado avaliação da cirurgia pediátrica que orientou realizar ultrassonografia de abdome total que apresentou como achado distensão de alças intestinais, e não foi visualizado apêndice cecal. Devido laudo inconclusivo, foi solicitado TC de abdome com contraste que evidenciou ceco distendido, em posição baixa. Apêndice cecal espessado, retrocecal, medindo cerca de 10mm de diâmetro, circundado por linfonodomegalia adjacente. Paciente submetido a laparotomia exploradora transversa infra umbilical, sendo encontrado apendicite aguda associada a quadro de torção apendicular, anti-horária, sem necrose com ponto no coto distal, evoluindo para uma possível perfuração, procedimento realizado sem intercorrências. No pós-operatório, paciente apresentou boa evolução clínica, tendo alta após 3 dias do procedimento cirúrgico com antibiótico. Retornou ao ambulatório de cirurgia pediátrica com anatomopatológico com diagnóstico de apendicite aguda fibrino supurativa e hemorrágica em organização, tendo alta do serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: A torção do apêndice vermiforme é uma causa rara de abdome agudo que apresenta quadro clínico semelhante ao de apendicite aguda, devido a isso apresenta um diagnóstico pré-operatório difícil, sendo o diagnóstico de certeza feito no intraoperatório e o tratamento realizado com apendicetomia. Pode ser classificada em primária e secundária, sendo que a primária está associada a alteração isquêmica ou necrótica secundária a dilatação luminal distal do local de torção sem nenhuma lesão primária, e a secundária causada por anormalidade apendicular. Nas suspeitas de apendicite aguda, deve-se considerar torção de apêndice vermiforme como diagnóstico diferencial.</p>

PO 495-3	PO 496-2
<p>APENDICITE CONCOMITANTE A DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL – RELATO DE CASO</p> <p>ANGÉLICA SOUZA DUARTE, CAROLINE DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, ELLEN CRISTINE PACHECO RAMOS, SILAS FERNANDES CUNHA JUNIOR, JOÃO PAULO SANTOS TENÓRIO, VITOR VINÍCIUS QUEIROZ DE SOUSA</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite é a principal causa de abdome agudo cirúrgico. Ocorre principalmente em homens jovens, entre 15-19 anos, sendo de baixa prevalência em idosos. Já no sexo feminino, tem mais ocorrência entre os 10-14 anos. A principal etiologia é a obstrução do lúmen do órgão por hiperplasia linfóide. Entretanto, em idosos, a etiologia mais comum é a obstrução por fecalito. Já as doenças inflamatórias intestinais tem etiologia desconhecida e causam uma reação inflamatória na mucosa do trato digestivo. Sendo assim, a doença inflamatória intestinal deve ser um diagnóstico diferencial diante de quadros clínicos compatíveis com apendicite aguda, visto que o paciente pode passar por procedimento cirúrgico e o apêndice estar normal.</p> <p>RELATO DE CASO: A.D.R, 71 anos, feminino, buscou atendimento devido à quadro algóico difuso que evoluiu para fossa ilíaca direita, há 12 horas, associado à náuseas e hiporexia. Relata ritmo intestinal a cada 8 dias e evacuou um dia antes devido ao uso de laxante. Relata presença de doença de chagas, hipercolesterolemia e hipotireoidismo. Ao exame físico, sinal de Blumberg positivo e Murphy ausente. Foi solicitado hemograma, que evidenciou leucocitose, e tomografia de abdome com contraste, que revelou espessamento do apêndice cecal, além de espessamento parietal com distensão líquida de ceco. A hipótese diagnóstica foi de apendicite e doença inflamatória intestinal. Foi indicada apendicetomia e foi feita laparotomia explorada devido ao diagnóstico de apendicite complicada, com incisão mediana infraumbilical. Pós-operatório com boa evolução, sem complicações, porém, presença de dor abdominal no 3º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Sabe-se que a prevalência da apendicite é maior do que a prevalência das doenças inflamatórias intestinais. Entretanto, esse último deve ser utilizado como diagnóstico diferencial, visto que o quadro algóico é semelhante nas duas patologias. Entre as doenças inflamatórias intestinais, enfatiza-se a Doença de Crohn, que pode apresentar localização da dor semelhante a dor na apendicite aguda. Sendo assim, caso o paciente receba somente o tratamento da apendicite aguda, poderá apresentar, posteriormente, novo quadro doloroso e febril, em virtude de ser uma doença cíclica. Além disso, não se deve descartar a ocorrência dos dois processos concomitantemente, sendo a apendicite tratada por procedimento cirúrgico e a doença inflamatória por tratamento clínico, que inclui o uso de medicamentos e dieta, podendo ser necessária, também, a cirurgia, a depender do caso. Diante disso, ressalta-se a importância dos diagnósticos diferenciais, evitando que seja realizado procedimento cirúrgico na ausência de inflamação do apêndice, e da presença de patologias concomitantes, exigindo atenção para o processo algóico, valorizando todos os sintomas apresentados para que o paciente receba o tratamento adequado e eficiente, obtendo melhora total.</p>	<p>POLIPECTOMIA E CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PROLAPSO RETAL TOTAL EM PACIENTE PRE-ESCOLAR EM HOSPITAL DE PARNAIBA-PI</p> <p>Lady Jane da Silva Macedo, Nickolas Souza Silva, Manuela Sousa Silva, Karolinne Kassia Silva Barbosa, Hayssa Duarte dos Santos Oliveira, Eduarda Viana Trajano, Priscila Favorito Lopes</p> <p><i>Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - Parnaíba - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pólipo retal (PR) se caracteriza pelo crescimento anormal do tecido interno colorretal, o qual projeta-se para o lúmen do trato gastrointestinal baixo podendo sofrer exteriorização por via anal, apresentando hematoquezia. Quando em tamanho considerável, o PR preenche o lúmen, ativando, pelo nervo vago, o reflexo de defecação. Com a não cessação do estímulo, essa condição pode evoluir para uma protrusão retal. Estima-se que a prolapse retal ocorra em menos de 0,5% da população total, sendo mais comum na população idosa e no sexo feminino. A protrusão retal pode ser parcial ou total, sendo o último muito raro em crianças. Nesse caso, a conduta médica de eleição é a polipectomia com restauração do prolapso e da função anorretal, por via perineal ou por via abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, pré-escolar, com história clínica de hematoquezia há 1 dia e abaulamento anal, sem apresentar outras queixas. Ao exame físico, abdome flácido, indolor e sem massas palpáveis, com pólipo isquêmico visível à inspeção estática anal de 3 cm de diâmetro. Indicado procedimento cirúrgico de urgência para ressecção da lesão. Enquanto aguardava completar jejum e burocracia para internação, o paciente evoluiu com sudorese fria, choro inconsolável, redução do tempo de enchimento capilar e prolapso retal exteriorizando o pólipo e seu colo. Levado ao centro cirúrgico, foi submetido à polipectomia com ligadura basal realizada através de ponto transfixante de fio absorvível, seguida de exérese da lesão. Consecutivamente realizada redução manual da alça prolapsada. O paciente recebeu alta hospitalar após 24h de internação hospitalar. Avaliado 1 semana após alta, encontrava-se assintomático. Não retornou para seguimento e avaliação de estudo anatomo-patológico.</p> <p>DISCUSSÃO: Prolapso retal pediátrico podem ter quadro autolimitado com resolução espontânea. Entretanto, preza-se pela conduta cirúrgica quando a protrusão é associada a complicações anóxicas ou hematoquezia. Logo, a abordagem deve ser menos invasiva, devido risco de complicações cirúrgicas. A técnica por via abdominal é mais invasiva, mas possuem menores taxas de recidivas e em vista da complexidade, orienta-se para quadros com menores riscos cirúrgicos. Correções perineais são menos invasivas, não havendo necessidade de anestesia geral, são recomendadas para pacientes de maior risco cirúrgico. Em consequência disso, paciente em questão cumpre critérios para correção cirúrgica perineal devido a presença do pólipo isquêmico, histórico positivo para hematoquezia e prolapso da porção retal. Nesse caso, observa-se a vantagem da abordagem perineal por sua menor taxa de complicações, além de ser uma técnica adequada para que não ocorra recidiva. Por não haver comparecido ao retorno, não se pôde acessar anatomo-patológico do produto cirúrgico e investigar causa-base.</p>
<p>PO 496-3</p> <p>APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOMA COM DISPASIA DE ALTO GRAU</p> <p>VANESSA KARLINSKI VIZENTIN VIZENTIN VIZENTIN, ISABELLA DE OLIVEIRA, BARBARA WIESE, GABRIELA APARECIDA SCHIEFLER GAZZONI, BRUNO LORENZO ESCOLARO, FANGIO FERRARI, GUSTAVO BECKER PEREIRA</p> <p><i>UNIVALI - ITAJAÍ - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colonoscopia se faz um método eficaz para reduzir a incidência e a mortalidade associada aos cânceres colorretais pela sua identificação dos mesmos em estágios precoces, bem como pela detecção e remoção de adenomas (ROSCH, 2018). Os adenomas são classificados conforme a presença do componente tubular e viloso e de acordo com o seu grau de displasia, o qual pode ser de baixo ou alto grau. A displasia de alto grau é considerada um marcador de potencial maligno, sendo um precursor para o adenocarcinoma (SILVA, 2009). Adenomas maiores que 1cm têm maior risco de evoluir para câncer. Logo, o diagnóstico precoce do adenoma deve diminuir o risco de desenvolvimento de malignidade e evolução para adenocarcinoma e pode contribuir de maneira significativa para o tratamento e seguimento dos pacientes com pólipos adenomatosos (HAYASHI, 2016).</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 54 anos, realizando exame de colonoscopia preventiva, onde observou-se lesão ulcerada em válvula ileocecal. Esta foi biopsiada e o anatopatológico revelou adenoma com displasia de alto grau. Em virtude das características da lesão e do seu potencial de invasão, foi realizado um estadiamento pré-operatório e indicado ileocelectomia videolaparoscópica. As tomografias de abdome e tórax não revelaram anormalidades e o paciente foi submetido a ileocelectomia videolaparoscópica, com anastomose ileocolônica intracorpórea, sem intercorrências. O paciente apresentou evolução favorável e teve alta no terceiro pós-operatório. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou os achados da colonoscopia, sem evidências de adenocarcinoma invasivo na peça. Paciente mantém acompanhamento coloproctológico ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente caso ilustra um adenoma com displasia de alto grau, apresentando-se de forma ulcerada em região de válvula ileocecal. Apesar de ser uma apresentação atípica, os adenomas são frequentemente encontrados nos exames de colonoscopia e, de acordo com o seu grau de displasia, apresentam maior chance de evoluir para a malignidade. Com este relato, os autores atentam sobre a importância da realização de colonoscopias preventivas, da atenção e investigação de lesões atípicas como uma forma eficaz de rastreamento e prevenção para neoplasias intestinais.</p>	<p>PO 497-2</p> <p>SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL: UMA RARA MALFORMAÇÃO CONGENITA</p> <p>Gabriela da Silva Machado, Ugo Costa Severino, Robson Azevedo Dutra, Adriana Cartafina Perez-Bóscollo</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome da Regressão Caudal (SRC) é uma rara malformação das estruturas derivadas da região caudal do embrião. A frequência estimada é de 1 a 2,5 por 100.000 recém-nascidos, segundo o Instituto Nacional de Saúde (NIH), EUA. As áreas afetadas incluem a região caudal da coluna vertebral, medula espinhal, membros inferiores, sistema urogenital e trato gastrointestinal. A motivação para esse relato se baseia na raridade da patologia e na dificuldade para se estabelecer o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Recém-nascido em hospital universitário de referência, com imperfuração anal e fistula retovesical foi levado à colostomia, quando foram detectadas outras malformações: genitália externa ambígua, sendo solicitado cariótipo para elucidar possível criptorquia esquerda (testículo intra abdominal?), hipospádia glandar em pênis na região anterior da coxa direita, ausência de fenda interglútea e deformidades do membro inferior direito. Aos 2 anos de idade foi realizada vesicostomia cutânea abdominal, devido a infecções urinárias recorrentes. Em meio a altas e reinternações, o paciente foi encaminhado para o setor de Genética Clínica, onde foram realizados exames físico e complementares. Observou-se pterígio em extremidade do membro inferior direito com oligodactilia (ectrodactilia) e os exames complementares evidenciaram malformações complexas do sistema geniturinário, malformação sacral com agenesia parcial, alteração de segmentação da coluna lombar, hemimelia fibular distal e malformações do pé direito. Aos 4 anos de idade retorna ao serviço de Cirurgia Pediátrica para realização de anorretoplastia sagital posterior (Cirurgia de Peña) e orquidopexia à esquerda. Foram realizados orquidopexia, pela técnica de Fowler-Stephens, protosigmoidectomia e correção da fistula retovesical. Não se realizou a Cirurgia de Peña, devido à falta de musculatura de sustentação esfinteriana após exame com estimulador elétrico, sendo orientado a permanecer com a colostomia, até novas revisões do caso. Com a finalidade de elucidar o diagnóstico, foi solicitada ressonância magnética de coluna lombar que revelou ausência das peças sacrais S3, S4 e S5 e do cóccix, que associada às demais anomalias permitiu realizar o diagnóstico de SRC.</p> <p>DISCUSSÃO: A SRC resulta do desenvolvimento anormal das estruturas derivadas da mesoderma caudal do embrião antes da quarta semana de gestação. A sua etiopatogenia é desconhecida, presumivelmente multifatorial, resultante de fatores ambientais, genéticos ou vasculares. Como diagnóstico diferencial devem ser consideradas outras síndromes, como a de Currarino e associação VACTERL. A detecção precoce e o tratamento adequado são importantes para diminuir o risco de complicações e melhorar o prognóstico. Referências: Knight B. Caudal regression syndrome: a case report. AANA Journal 2011, 79(4):281-282; Singh SK, Sing RD, Sharma A. Caudal regression syndrome – case report and review of literature. Pediatr Surg Int 2005; 21(7):578-581.</p>

PO 497-3	PO 498-1
<p>PERFURAÇÃO EM COLONOSCOPIA EM PACIENTE JOVEM COM RETOCOLITE ULCERATIVA</p> <p>VANESSA KARLINSKI VIZENTIN VIZENTIN VIZENTIN, GABRIELA APARECIDA SCHIEFLER GAZZONI, ISABELLA DE OLIVEIRA, BRUNO LORENZO ESCOLARO, FANGIO FERRARI, GUSTAVO BECKER PEREIRA, BARBARA WIESE</p> <p><i>UNIVALI - ITAJAÍ - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colonoscopia se faz um método amplamente utilizado para tratar e diagnosticar diversas doenças intestinais. O seu número vem aumentando mundialmente, bem como as preocupações sobre os efeitos adversos associados. A perfuração do cólon é uma possível complicação que, além de grave, associa-se a uma alta taxa de morbidade e mortalidade se não diagnosticado precocemente. Além disso, a incidência das complicações aumenta em pacientes idosos, portadores de doenças inflamatórias intestinais, bem como em pacientes com obesidade, diverticulite ou história de cirurgia abdominal (KIM, 2019; SIMÕES, 2015). Os mecanismos envolvidos são traumas mecânicos causados pela pressão direta do aparelho sobre a parede do cólon, barotrauma e por procedimentos diagnósticos ou terapêuticos realizados (MANTA, 2015). Uma perfuração tardia deve ser suspeitada sempre quando houver sinais de peritonite. O tratamento das perfurações colonoscópicas pode ser clínico, endoscópico ou cirúrgico, dependendo do grau de perfuração e estado do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 38 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa há 3 anos, com acometimento do reto e cólon sigmoide. Encaminhado em caráter de urgência pelo médico assistente após perfuração intestinal durante exame de colonoscopia. O mesmo se apresentava taquicárdico, com irritação peritoneal e apresentando tomografia com pneumoperitônio e espessamento na transição retossigmoide. Estava em uso de mesalazina 3mg/dia e havia apresentado piora sintomática e aumento dos valores da calprotectina (150 – 700). Segundo o assistente, ao tentar progredir o aparelho na transição retossigmoide, devido ao quadro inflamatório, ocorreu a perfuração. O paciente foi submetido a videolaparoscopia duas horas após a perfuração, onde realizou-se colórrafia. O mesmo evoluiu satisfatoriamente, tendo alta no segundo dia de pós-operatório e mantém acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a perfuração colonoscópica estar associada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, o presente caso elucida a importância de precauções especiais durante a realização da colonoscopia em pacientes idosos, portadores de doenças inflamatórias intestinais, bem como em pacientes com obesidade, diverticulite ou história de cirurgia abdominal. O retossigmoide como principal local de acometimento da perfuração colonoscópica deste relato foi similar ao encontrado na literatura.</p>	<p>VOLVO GASTRICO AGUDO EM POS OPERATORIO TARDIO DE FUNDOPLICATURA A NISSEN VIDEOLAPAROSCOPICA</p> <p>Eiton Gustavo Boralli Ribeiro, Amanda Casagrande Dias, Naiara Lorrani Silva de Lima, Olavo Magalhães Picanço Junior, Renato Melo Brazão Pinheiro Borges, Thamiris Cunha Pieroni</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O volvo gástrico é uma condição rara, descrito como uma rotação anormal do estômago maior que 180° gerando dessa maneira, obstrução luminal, podendo causar danos vasculares ao órgão. Seu pico de incidência é na quinta década de vida, não há predomínio em relação ao gênero ou raça e os sintomas podem ser inespecíficos ou nem mesmo estarem presentes, porém sem uma rápida intervenção as taxas de mortalidade podem atingir de 30-50%. Frequentemente o diagnóstico é incidental, sendo este, por achados radiográficos ou por acesso cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, feminino, 50 anos, admitida com dor abdominal em região superior do abdome, associada a náuseas e vômito, iniciado há cerca de quatro dias, relatou cirurgia prévia de esofagogastroduodenopexia a Nissen no ano anterior. Após investigação clínica e solicitação de tomografia computadorizada de abdome com contraste a avaliação da imagem sugeriu diagnóstico de volvo gástrico, sendo encaminhada a cirurgia laparoscópica. No intraoperatório evidenciou-se presença de moderada quantidade de secreção serosa livre na cavidade, aperistalse de alças delgadas, estômago de coloração pálida, girado sobre seu próprio eixo, com corpo e fundo herniados por entre e válvula gastroesofágica, a qual não se fixava mais ao esfôgado e havia perdido sua tensão, produzindo certo prejuízo de vascularização do órgão. Logo após foi realizada a redução do volvo, com sultura da válvula gastroesofágica cirurgia prévia, sendo posteriormente refeita a válvula com gastropexia de fundo a parede abdominal interna, o pós-operatório evoluiu com ileo adinâmico abordado clinicamente sem repercussões posteriores, aceitação de dieta oral ao terceiro dia de pós-operatório (PO) e alta no sétimo dia de PO com resolução total do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo gástrico é etiológicamente classificado em primário, 25% dos casos, que corresponde a desarranjos estruturais envolvendo um ou mais dos seis pilares da sustentação do estômago e secundário, 75% dos casos, que pode decorrer de modificações fisiológicas ou anatômicas do órgão por diversas patologias como hérnia de hiato e diafragmática. Em relação ao tratamento, devido à alta eficácia da redução do volvo endoscopicamente, ela pode ser mandatória, inicialmente, entretanto tal patologia requer tratamento cirúrgico de emergência por laparotomia ou laparoscopia, com objetivo de decomprimir o estômago e fixá-lo. A gastropexia primária sem funduplicatura também uma boa opção, uma vez que a frequência de doença do refluxo em doentes submetidos a gastropexia é baixa, podendo, se necessário, ser reabordado posteriormente. A decisão intraoperatória da conduta é influenciada pela viabilidade/isquemia gástrica, por se tratar de um quadro emergencial optou-se pela laparoscopia com gastropexia de fundo.</p>
<p>PO 498-2</p> <p>ESTENOSE DE ÍLEO ORIGINADA POR BRIDAS CONGÊNITAS EM UM RECÉM NASCIDO</p> <p>Rudinei Carlos Mezacasa Júnior, Luciana de Oliveira, Alice Lily Carranza Cunha, Ana Carolina de Oliveira Rein, Gabriella Rama Molardi, Carolina Festa Sigrist, Victoria Oliveira Melo de Abreu, Alessandro Menezes de Oliveira</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - RIO GRANDE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A estenose do intestino delgado apresenta-se como uma das anormalidades na formação gastrointestinal e é caracterizada pela suboclusão da luz do duodeno, jejuno ou íleo. Mesmo que existam poucos estudos avaliando a prevalência do nascimento de indivíduos com essa patologia, estima-se que essa formação anormal, em conjunto com a atresia intestinal, ocorra entre 1,6 a 2,9 indivíduos a cada 10.000 nascimentos. Entre as causas dessa anomalia destaca-se o bloqueio do suprimento sanguíneo para uma alça do intestino fetal ocasionando a necrose do intestino e o desenvolvimento de um cordão fibroso conectando as extremidades inicial e terminal.</p> <p>RELATO DE CASO: RN, feminino, branco, natural de Rio Grande-RS. Sem intercorrência na gestação, nascido de parto vaginal com 40 semanas e três dias. APGAR 9/10 no momento do nascimento. Eliminou pequena quantidade de mecônio nas primeiras 24h. Com aproximadamente 6h de vida, a paciente apresentou quadro de vômitos em grande quantidade, sendo realizado, posteriormente, lavado gástrico. Em seguida, foi passada sonda nasogástrica em frasco, com presença de substância de aspecto fecaloide. Solicitou-se radiografia de abdome que evidenciou dilatações de alças intestinais. Procedeu com requisição de enema opaco e encaminhamento para a UTI neonatal do HU FURG. Na UTI, ao exame físico, o RN encontrava-se REG, eupneico, hidratado, eutérmico, acianótico, anictérico e com tónus e turgor compatíveis. Pulsos simétricos e perfusão adequada. Peso de 3540g. Abdome distendido e com desconforto a palpação. RH presentes. Após a internação na UTI, realizou-se uma tentativa de decompressão com enemas, sem sucesso. Prosseguindo com orientação para cirurgia. Na cirurgia, iniciou-se com incisão transversa infra umbilical esquerda, feita a inspeção da cavidade foi observado grande dilatação de delgado. Com a exteriorização da alça foi possível notar área de obstrução com bridas congênicas e estenose de íleo, cerca de 10-15cm proximal a válvula íleo-cecal e microcólon de desuso. Foi optado por proceder a incisão transversal supra umbilical direita, onde pode-se com maior segurança afastar a região de má rotação e inspecionar com eficiência fora da cavidade. Posteriormente, os resultados histopatológicos da biópsia de cólon sigmoide mostraram a presença de células ganglionares. O segmento de intestino delgado apresentava extenso processo inflamatório crônico ulcerado com áreas de isquemia da mucosa e marcada hemorragia. Após o término da cirurgia foi constatado que a obstrução foi gerada por bridas congênicas.</p> <p>DISCUSSÃO: Entre os casos de obstrução intestinal fetal, a estenose de intestino delgado apresenta-se com limitado conteúdo relatado. A maior contemplação dos casos de obstrução aborda a doença de Hirschsprung e atresia de determinado segmento do trato gastrointestinal. A origem da estenose no caso relatado ficou evidenciada após a cirurgia, sendo encontrado, junto a área acometida, bridas de formação congênita. Fato que corrobora para a singularidade do caso.</p>	<p>PO 498-3</p> <p>MEGACOLON CHAGÁSICO COM VOLVO DE SIGMOIDE: RELATO DE CASO</p> <p>ANGÉLICA SOUZA DUARTE, CAROLINE DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, SILAS FERNANDES CUNHA JUNIOR, ELLEN CRISTINE PACHECO RAMOS, VITOR VINICIUS QUEIROZ DE SOUSA, LUCAS ALBUQUERQUE AQUINO, JOAO PAULO SANTOS TENÓRIO</p> <p><i>UNICEPLAC - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O megacólon chagásico é um grave problema social. Estima-se que aproximadamente 6 a 7 milhões de pessoas estão infectadas em todo o mundo. No Brasil, a patologia é endêmica, com maior ocorrência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. A infecção pelo Trypanosoma cruzi causa destruição neural fazendo com que o reto e o sigmoide passem a contrair de forma sincrona, perdendo o gradiente de pressão. Assim, o reto funciona como obstáculo e a ausência de propulsão fecal leva a estase e dilatação da alça colônica.</p> <p>RELATO DE CASO: V.J.S., 56 anos, apresentou-se ao pronto atendimento com queixas de dor e distensão abdominal com parada de eliminação de fezes e flatos há 04 dias, portador de Cardiopatia Chagásica em uso de marcapasso (não funcionante). Progrediu apresentando dor abdominal intensa. Ao exame, hipocorado, desidratado 2+/4+, abdome distendido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos ausentes e ao toque retal ausência de fezes em ampola retal. Realizou ecocardiograma evidenciando disfunção sistêmica global do VE importante, derrame pericárdico discreto, disfunção diastólica do VD, dilatação acentuada das câmaras cardíacas, QRS alargado. Seguiram com uma laparotomia exploradora. Foi evidenciado distensão intensa de sigmoide, formando volvo com rotação em seu próprio eixo de 360°, identificado moderada distensão de alças colônicas (ascendente e transversa). Procederam com distorção de 360° de volvo de sigmoide, evidenciando a viabilidade das alças de delgado, colón ascendente e transversa, retirada de 1/3 do cólon descendente e sigmoide, realizada colostomia à Hartmann. Após foi encaminhado a UTI devido problemas cardíacos e seguimento do tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O megacólon chagásico já foi considerado a patologia cirúrgica mais comum do intestino grosso. A faixa etária de maior incidência é entre os 40 e 50 anos e a maioria dos pacientes vive em áreas rurais. A complicação mais comum é o volvo, que ocorre em decorrência da destruição dos plexos mioentéricos, levando a torção da alça distendida sobre a mesma. Geralmente ocorre no sigmoide, devido ao seu mesentério longo e flexível, formando obstrução em alça fechada, com distensão progressiva do segmento torcido, pela entrada de gases. O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e radiografia simples do abdome. Pacientes geralmente referem dor em cólica, distensão abdominal e constipação. São avaliados os seguintes aspectos: volvo simples, fecaloma retido, necrose parcial ou total e perfuração da parede. Quando o segmento vulvulado apresenta sinais de inviabilidade, realiza-se cirurgia por procedimento de Hartmann, com ressecção do segmento dilatado e abaixamento retro-retal do colo. A técnica de Duhamel-Haddad, é a mais utilizada para o tratamento do megacólon chagásico em adultos.</p>

PO 499-1	PO 499-3
<p>ADENOCARCINOMA GÁSTRICO APOS CIRURGIA BARIÁTRICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Cavalcanti de Albuquerque, Camilla Teixeira Machado Rocha, Mirella Gueiros Remigio, Ana Beatriz Diniz de Barros, Flávia Ferraz de Holanda Barbosa</p> <p><i>FCM - UPE - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A eficácia e segurança da gastroplastia já foi bem demonstrada no sentido de aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos. As neoplasias gástricas são infrequentes após a cirurgia obesidade, entretanto, casos de neoplasias na bolsa gástrica e tumores no estômago desviado já foram descritos na literatura. Este trabalho apresenta o caso de um paciente que desenvolveu um adenocarcinoma na bolsa gástrica proximal 12 anos após ser submetido a cirurgia bariátrica pela técnica de by-pass em Y de Roux, o qual foi removido cirurgicamente através da realização de gastrectomia total em Y de Roux + linfadenectomia + vagotomia troncular + esofagojejunoanastomose.</p> <p>RELATO DE CASO: A.S.S., 60 anos, submetido à gastroplastia pela técnica de by-pass em Y de Roux em 2005. Evoluiu com vômitos por cinco meses, entre dezembro de 2017 e abril de 2018, e perda de aproximadamente 25 kgs nesse período. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) em fevereiro de 2018 que evidenciou sinais de gastroplastia e corpo estranho em luz gástrica, sendo interrogado anel migrado, além de úlcera em região de anastomose que foi biopsiada. Foi realizada nova EDA, em março 2018, que evidenciou anel migrado e úlcera de boca anastomótica, não sendo possível remover o anel. Foi feito tratamento com protetores gástricos e paciente foi submetido a nova EDA que evidenciou extensa úlcera circunferencial, com fundo fibrinoso, medindo 10 mm, que se estendia até a face jejunal, onde havia o anel parcialmente migrado na luz (<50%), sendo, portanto, realizada a remoção do anel. O paciente evoluiu com melhora clínica. Em biópsia, foi evidenciado adenocarcinoma gástrico com área sólida, pouco diferenciado, invasivo e ulcerado (T2a, N0, M0). Como parte da investigação, paciente foi submetido a videolaparoscopia (VLP) diagnóstica que não evidenciou disseminação macroscópica do tumor, sendo programado retorno para gastrectomia total. Paciente foi então submetido a realização da gastrectomia total em Y de Roux + linfadenectomia + vagotomia troncular + esofagojejunoanastomose + punção de acesso venoso central em veia jugular interna direita (VJID), que ocorreu sem intercorrências. O paciente seguiu bem no pós-operatório, sem queixas, apresentando saída de secreção serossanguinolenta em moderada quantidade de terço inferior de ferida operatória e aceitando bem a progressão da dieta. Recebeu alta hospitalar em abril de 2018 em boas condições clínicas com orientação de retorno ambulatorial para acompanhamento clínico. No seguimento, paciente apresentou melhora clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: Pouco se sabe sobre o risco de desenvolvimento de câncer em pacientes submetidos a cirurgia metabólica-bariátrica. Este tipo de procedimento pode dificultar o rastreio e diagnóstico dos pacientes tanto por mascarar sintomas clínicos como perda de peso, como por dificultar alguns procedimentos diagnósticos. Mais estudos precisam ser conduzidos para estabelecer se há correlação entre cirurgia da obesidade e incidência de câncer gástrico.</p>	<p>PSEUDO-TUMOR FIBROSO CALCIFICANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, HIANNY RIBEIRO CABRAL, KAROLYNE ERNESTO LUIZ NOBRE, MAYARA MIRANDA DE OLIVEIRA, PAULO ROBERTO DA SILVA JÚNIOR</p> <p><i>UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pseudo tumor inflamatório niofibloblastico (TMI), também conhecido por Fibroxantoma, Granuloma de células plasmáticas e Histiocitoma, é uma patologia rara, de etiologia indeterminada. É, em sua maioria, de aspecto benigno, mas atualmente já se pode observar que alguns estudos já consideram o TMI como sendo uma neoplasia verdadeira com um amplo espectro de comportamento, variando desde lesões benignas à raros tumores multifocais e recorrentes.</p> <p>RELATO DE CASO: A.M.F.G, 64 anos, do sexo feminino com histórico de hipotireoidismo e artrose, passado com duas cirurgias prévias; SOB por cisto e miomectomia, além de polipectomia. Paciente assintomática que durante exames de rotina realizou USGTV que evidenciou formação anexial a direita; ovários com imagem hipernodular sólida heterogênea predominantemente hiperecótica de contornos lobulados em região anexial direita medindo 9,2x 8,6x 6,5 cm, diante do resultado da USGTV foi solicitado uma RNM abdominal e de pelve que apresentou imagem nodular no segmento 4 do fígado (0,7x0,5mm) que podia estar relacionado a pequeno cisto hepático, ausência de linfonomegalias retroperitoneais e útero de dimensões preservadas, miométrio heterogêneo com imagens nodulares, imagem de contornos lobulados 10x8x4,5 cm, em FID com hipersinal em T2 e hiposinal em T1, sem linfonomegalias pélvicas. Marcadores tumorais: AFT: 2,1; B-hcg: 3,1; CA 15.3: 15,9; CA 125:6,2; CA 19.9: 4,7; CEA: 6,8. Foi internada pela ginecologia para realizar procedimento diagnóstico por videolaparoscopia devido a massa abdominal a esclarecer, e durante o procedimento verificou-se presença de lesão tumoral, invasiva, com componente cístico na região do apêndice cecal, invadindo a luz do ceco, na qual foi realizada uma hemicolectomia direita associada a salpingectomia direita, solicitado anatomia patológica que evidenciou achados morfológicos compatíveis com pseudo tumor fibroso calcificante. Evoluiu satisfatoriamente no pós-cirúrgico, sem apresentar intercorrências, recebendo alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: O TMI é uma patologia extremamente rara e requer uma atenção especial do médico responsável para que casos como o do paciente em questão não passem despercebidos e possam ser tratados de forma efetiva. Apesar de possuir o nome "inflamatório", alguns fatores clínicos e genéticos sugerem que essa lesão seja mais aproximada à uma neoplasia do que um processo inflamatório propriamente dito. Alguns estudos sugerem que uma combinação de atipia em células ganglionares-like, aneuploidia e expressão do gene p53 pode indicar um comportamento mais agressivo. Cistite, doença inflamatória pélvica, salpingite, cirurgias prévias e infecção são descritos em várias literaturas como fatores predisponentes do TMI.</p>
<p>PO 500-1</p> <p>INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS EM PENITENCIÁRIA DE UBERABA</p> <p>LUIISA SOUSA VIEIRA, FELIPE DINIZ BARBOSA, GUSTAVO TAKEUTI BARBOSA, MARLON SELES-PAULA, CAMILLA RODRIGUES-COSTA, CECILIA SALAZAR ULACIA, LUCAS DOMINGOS RODRIGUES CUNHA, CARLOS ALFREDO SALCI QUEIROZ</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpos estranhos é frequente na prática clínica, sendo mais incidente em crianças, pacientes psiquiátricos e presidiários. Na maioria dos casos, ocorre resolução espontânea, sendo que poucos necessitam de abordagem cirúrgica. As principais complicações são decorrentes do tempo de evolução, local de impação e tipo de corpo estranho; sendo que objetos grandes ou pontiagudos são os mais ligados a perfurações gastrointestinais. O diagnóstico é sugerido pela história prévia de ingestão de corpo estranho, sendo que o exame físico geralmente apresenta pouca contribuição. Os sinais e sintomas variam conforme as características do objeto ingerido, sendo obrigatória a avaliação de obstrução do intestino e pesquisa de sinais de peritonite. Exames de imagem, como radiografia e tomografia computadorizada, são de extrema valia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 32 anos, assintomático, foi encaminhado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, Minas Gerais - acompanhado por agentes penitenciários, com relato de ingestão de corpos estranhos na tentativa de burlar a segurança. Relata ter ingerido uma serra, massa epóxi e drogas. Paciente negou comorbidades, uso de medicamentos e alergias. Foi realizada radiografia, que demonstrou a presença de corpo estranho radiopaco de grande tamanho em quadrante superior esquerdo, seguida de investigação com tomografia para melhor elucidação do conteúdo e localização. Após discussão, optou-se pela retirada cirúrgica do objeto devido ao seu tamanho e formato. O procedimento cirúrgico realizado foi uma gastrotomia laparotômica com acesso mediano supraumbilical, que revelou apenas uma grande massa epóxi envolta em plástico. Foi realizada fluoroscopia no intraoperatório para garantir que não existia mais nenhum dos objetos supracitados. O material foi fotografado pelo agente penitenciário e entregue à enfermagem para ser encaminhado à direção clínica. Não houve intercorrências durante o procedimento. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. Iniciada dieta já no 1º DPO (dia pós-operatório), com progressão da mesma e alta no 3º DPO com retorno ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Nos casos passíveis de abordagem não-cirúrgica, o endoscópio flexível é o mais utilizado, sendo que procedimentos que não o utilizam estão associados com maiores riscos. No presente caso, houve dúvida quanto à presença da referida serra no interior do estômago e quanto a efetividade do endoscópio devido ao tamanho do objeto, optando-se então pela realização da laparotomia. A remoção cirúrgica é indicada nos casos de risco de maiores complicações (BRADY, 1991). Pacientes psiquiátricos e presidiários são a principal causa de ocorrência entre adultos e a grande maioria é intencional (EVANS ET AL. 2015). A epidemiologia da ingestão de objetos estranhos ainda é pobre e a escassa literatura é focada principalmente nos casos pediátricos, portanto o referido relato torna-se de grande relevância.</p>	<p>PO 501-1</p> <p>DILEMAS ENTRE A ESCOLHA DO TRATAMENTO CONSERVADOR VERSUS OPERATORIO NUM PACIENTE ASSINTOMATICO APOS ULCERA PEPTICA PERFURADA</p> <p>Rafael Gramulha Nagasso, Claudio Henrique Formigoni Revirigo, Bruna Lemos Silva, Priscilla Santos Melo, Bárbara Alves Campos Ferreira, Caio César Facirolí Contin Silva</p> <p><i>Santa Casa de Franca - Franca - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica afeta em média 4 milhões de pessoas no mundo anualmente, sendo a perfuração da úlcera uma das complicações mais comuns que acometem o trato gastrointestinal e que indica cirurgia de emergência. Este trabalho visa divulgar um caso incomum de evolução da colecistite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: T.F.F., masculino, 21 anos, branco, 70 kg, foi admitido em Unidade de Pronto Atendimento, queixando de dor abdominal epigástrica súbita após alimentação e um episódio de vômito. Sem febre, diarreia ou outros sintomas. Ao exame físico, apresentava abdome plano, flácido, doloroso à palpação da região epigástrica, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis e sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado analgesia escalonada com melhora parcial do quadro. Paciente foi então internado para observação do quadro. Na evolução diária, paciente apresentava-se assintomático, sem queixas, deambulando, abdome sem dor ao exame. Fez ingestão de dieta leve, aceitou bem alimentação. Exames laboratoriais sem alterações. No entanto, a radiografia de abdome evidenciou pneumoperitônio. Com esse achado radiológico, paciente foi encaminhado ao serviço de referência, para seguimento adequado. Foi então realizado tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso que confirmou o pneumoperitônio e não mostrou lesões adicionais. Foi então indicado a laparotomia exploradora via incisão mediana supra umbilical, sendo encontrado uma perfuração puntiforme em antro gástrico, parede anterior, sem drenagem espontânea de conteúdo gástrico, com fígado e vesícula biliar tamponando a perfuração. Realizado então ultrassom associado a um "patch" de epilón. Coletado material para estudo anatomopatológico. Paciente evoluiu bem com alta no 3º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da intervenção rápida ser mandatória em casos de perfuração da úlcera gástrica, alguns pacientes terão um "bloqueio" espontâneo, evidenciado pelo quadro clínico estável, que deve-se à aderência do omento e de órgãos adjacentes à perfuração. Desde 1946, é documentado sucesso com tratamento conservador para os pacientes assintomáticos, apresentando uma mortalidade em média, de 5,2%, o que era significativo em vista dos altos riscos cirúrgicos da época. Com o advento das técnicas cirúrgicas e o consequente decréscimo na morbi-mortalidade dos pacientes, o tratamento não-operatório não é muito bem difundido na sociedade literária. Além disso, o tratamento conservador implica em cuidados intensivos, exige um compromisso de exame clínico ativo e a disponibilidade do cirurgião, pois na vigência de complicações, a cirurgia de emergência é necessária. O tratamento cirúrgico empregado no caso foi uma escolha sabidamente segura, em vista das diversidades literárias e incertezas no emprego de táticas conservadoras, levando também em conta a disponibilidade da equipe cirúrgica para intervenção de urgência.</p>

PO 501-2	PO 502-2
<p>APENDICITE EM PRE- ESCOLAR: UM DESAFIO DIAGNOSTICO</p> <p>JESSYK MARIA LOPES NUNES, PRISCILA FAVORITTO LOPES, ANTONINO NETO COELHO MOITA, RAFAEL XAVIER DE MOURA, LUCAS RAPOSO MENDES, AUREA IZABEL DE ANDRADE BARROSO, RAILDA PONTES SAVAIRA DE MORAIS, CELINA RAQUEL MOURA ROCHA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - PARNAIÁBA - Piauí - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo cirúrgico tem como sua principal causa a apendicite aguda. Seu pico de incidência é na segunda e terceira décadas de vida e raramente ocorre nos extremos de idade. Se apresenta classicamente através de uma tríade clínica caracterizada por dor periumbilical que migra para a fossa ilíaca direita, febre moderada e anorexia importante. Esse quadro, porém, ocorre em apenas 50% dos casos e em cerca de 30% há sintomas urinários associados. Em crianças, o diagnóstico é ainda mais difícil devido aos sintomas pouco específicos e às formas atípicas da doença. Constipação, diarreia e sintomas respiratórios são as principais queixas relacionadas que induzem a falhas diagnósticas. Ao mesmo tempo, diversas patologias clínicas evoluem com dor abdominal associada e realizar o diagnóstico diferencial destas com abdomes agudos cirúrgicos é um desafio para os cirurgiões gerais e pediátricos frente a avaliação de quadros de dor abdominal em crianças. Descrevemos aqui um caso de apendicite aguda complicada em uma criança pré-escolar, que teve seu diagnóstico retardado devido à apresentação atípica.</p> <p>RELATO DE CASO: A.P.M, sexo feminino, 3 anos de idade, foi admitida na clínica pediátrica, proveniente do Pronto Socorro, com história de dor abdominal em baixo ventre, febre, disúria e distensão abdominal há 4 dias. Internada para investigação com hipótese de Síndrome Nefrítica por hipertensão arterial e proteinúria ao exame, além de uropatia obstrutiva à direita vista no ultrassom de abdome e confirmada em tomografia computadorizada sem contraste na entrada. Iniciado tratamento clínico com antibioterapia e controle de pressão arterial, paciente evoluiu com melhora dos sintomas. Após 5 dias de internação evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, febre, distensão abdominal intensa, sintomas de sepsis e choque com necessidade de uso de drogas vasoativas. Solicitada então avaliação cirúrgica, com achado de abdome em tábua e tomografia computadorizada revelando líquido livre na cavidade caracterizando abdome agudo cirúrgico. Encaminhada ao centro cirúrgico e submetida a apendicectomia por apendicite aguda fase 4, apresentou boa evolução e alta após 10 dias de suporte clínico intensivo.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite aguda é a enfermidade de resolução cirúrgica mais frequente em crianças e adolescentes, mas devido ao extremo de idade e à manifestação clínica inespecífica, houve baixa suspeição desta hipótese diagnóstica. No caso descrito a paciente evoluiu com dor leve, em localização atípica e associada a sintomas pouco frequentes nesta patologia, tais como hipertensão arterial, proteinúria e alterações urinárias em exames de imagem. Apenas após piora clínica importante houve solicitação da avaliação cirúrgica, e nesta ocasião o quadro já se apresentava de forma indubitavelmente cirúrgica. Nos pareceu importante relatar este caso para alertar sobre uma forma diferente de apresentação e para evitar que casos parecidos sejam diagnosticados tardiamente e tenham desfechos desagradáveis.</p>	<p>DIVERTICULO DE MECKEL: UM CASO CIRURGICO</p> <p>Igor Diego Carrijo dos Santos, Laís Ribeiro Vieira, Pedro Henrique Nunes de Araújo, Nathana do Prado Oliveira, Izabela Fernanda da Silva, Maurício Vilela Freire, Camille de Souza Carvalho, Cejana de Mello Campos</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, sendo considerado um divertículo verdadeiro por sua composição semelhante a parede intestinal. Com incidência que varia de 0,6% a 4%, apenas 6% destes apresentam complicações, dentre elas a hemorragia, inflamação, perfuração e obstrução. Acomete o sexo masculino na proporção de 2:1 e localiza-se preferencialmente no íleo terminal, a 90 cm da válvula ileocecal, tornando-se diagnóstico diferencial das afecções da fossa ilíaca direita, como a apendicite. Os exames de Cintilografia para pesquisa de Divertículo de Meckel, a tomografia computadorizada e ultrassonografia podem ser úteis na elucidação diagnóstica. Relatamos caso de lactente com história de DM.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 16 meses de idade, 10 kg, admitida com quadro de melena importante há 10 dias, sem outros sintomas. Relata quadro semelhante aos 7 meses com resolução espontânea. Aleitamento materno exclusivo até os 5 meses, nega outras comorbidades. Ao hemograma demonstra hemoglobina de 5,1 g/dL, hematócrito 17,2% e alteração de TTPa. Em bom estado geral, ativa, hidratada, hipocorada (1+/4+), com diurese preservada. Ecodoppler abdominal sem anormalidades e a videocoloscopia não evidenciou alterações no reto e no cólon. Solicitada Cintilografia para pesquisa de Divertículo de Meckel que mostrou presença de mucosa gástrica ectópica, confirmando diagnóstico de DM. Paciente submetida a laparotomia exploradora com ressecção do ducto onfalomesentérico com 7 cm de comprimento e liberação da aderência do ducto à parede abdominal a 50 cm da válvula ileocecal. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta no 5º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O DM consiste na obliteração ineficiente do ducto onfalomesentérico que, normalmente, ocorre entre a 5ª e a 7ª semana intraútero. Geralmente assintomática, mas 40-50% dos casos pediátricos cursam com hemorragia digestiva alta ou baixa, principalmente até os dois anos de idade, o que justificaria o quadro de melena apresentado pela paciente. O sangramento crônico decorrente do DM pode acarretar anemia com quedas significativas de hematócrito e hemoglobina, o que deve ser um sinal de alerta para reconhecimento desta patologia. A Cintilografia para Pesquisa de Divertículo de Meckel é realizada com Tecnécio-99m (99mTc) e é considerada padrão-ouro para seu diagnóstico, com acurácia de 90% em pacientes pediátricos, permitindo a localização de mucosa gástrica ectópica. A conduta cirúrgica é a escolha para casos sintomáticos, podendo ser realizada diverticulotomia ou ressecção ileal seguida de anastomose, para evitar manutenção de tecido ectópico pós-cirúrgico. Em casos assintomáticos, a retirada do DM ainda é controversa.</p>
<p>PO 502-3</p> <p>APENDICITE AGUDA COM IMPLANTE EM HIPOCONDRIO DIREITO CAUSANDO ABCESSO SUBFRENICO DIREITO.</p> <p>Pedro Augusto Oliveira Paiva, Júlio Luiz Araújo Silva Júnior, Valdilson Sérgio Tunes Vieira</p> <p><i>UnifG - Guanambi - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma das mais comuns emergências abdominais ao redor do mundo. O quadro é caracterizado por dor abdominal inicialmente em região epigástrica que posteriormente se localiza em fossa ilíaca direita, febre, náuseas e vômitos. O diagnóstico se baseia em dados clínicos, exames laboratoriais, laboratoriais e, mais recentemente, biomarcadores. O seu tratamento pode ser conservador, baseado no uso de antibióticos, ou cirúrgico. A ponta do apêndice pode situar-se em uma variedade de locais. A localização mais comum é retrocecal, mas dentro da cavidade abdominal. Ela é pélvica em 30% e retroperitoneal em 7% da população. A variedade da posição da ponta do apêndice provavelmente explica a miríade de sintomas envolvidos no caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente escolar, masculino, 12 anos, chega encaminhado ao HRG com quadro de dor em hipocôndrio direito há oito dias, associado com febre e tosse seca. Ao exame físico apresentou-se hipocorado, anictérico, acianótico, com murmúrios vesiculares diminuídos em base direita, abdome globoso, distendido e doloroso à palpação, além de edema em membros inferiores. À ultrassonografia de abdome mostrou adenite ou linfadenite mesentérica em fossa ilíaca direita. Ao raio-x de tórax apresentou condensação em base pulmonar direita e nível hidroaéreo. À tomografia computadorizada de abdome revelou coleções subcapsulares hepáticas, a maior relacionada ao contorno lateral do fígado, com nível hidroaéreo; vesícula biliar com paredes espessadas, podendo ser reacional; pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal; e pequeno derrame pleural bilateral. Diante dos achados foi solicitada avaliação da equipe cirúrgica, que encaminhou o paciente para laparotomia exploradora. À cirurgia foi diagnosticada presença de grande quantidade de secreção purulenta bloqueada, em loja subfrenica direita; presença de apendicite fase IV, necrosado em terço distal com implante em hipocôndrio direito, sendo este o causador da coleção. Foi realizada aspiração da secreção, apendicectomia à Ochsner, limpeza exaustiva e drenagem da cavidade abdominal. No sexto DPO foi submetido à nova TC de abdome que evidenciou diminuição da coleção subfrenica, com dreno em seu interior. Paciente evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente em questão se encontra na faixa etária mais comum de apendicite (10 aos 30 anos), com alguns dos sintomas típicos da doença, como febre, vômitos e peritonite, apesar de o local da dor não ser o mais comum. Apesar de ser uma emergência cirúrgica comum, a apendicite pode levar a uma dificuldade diagnóstica em casos de localização anômala de sua ponta. O seu diagnóstico precoce leva à redução de complicações, como as encontradas no relato supracitado. Diante disso é importante incluir apendicite aguda no diagnóstico diferencial de dor abdominal, mesmo em locais não característico do quadro clínico clássico.</p>	<p>PO 503-1</p> <p>ADENOCARCINOMA GASTRICO COM BIOPSIA ENDOSCOPICA NEGATIVA</p> <p>Paulo Victor Rabelo Barbosa, Matheus Castro Lima Vieira, Louizi Oliveira Souza, Gabriel Firmino Ferreira, Wendel dos Santos Furtado</p> <p><i>HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores gástricos são representados pelo adenocarcinoma (90-95%) e em menor proporção pelos linfomas não Hodgkin tipo MALT e os sarcomas. No Brasil estimou-se para 2018 uma incidência de 13.540 novos casos em homens e 7.750 em mulheres. A clínica varia desde de sintomas dispépticos leves até sinais de alarme (perda ponderal, melena, distúrbio e anorexia). A endoscopia digestiva alta (EDA) é o método de escolha para diagnóstico de câncer gástrico. A decisão terapêutica baseia-se no estadiamento (usando sistemas Borrmann e Lauren).</p> <p>RELATO DE CASO: ZMCM, feminina, 52 anos, ex-tabagista por 30 anos, procurou o pronto socorro de cirurgia geral com história de epigastralgia há 6 meses associada a náuseas e vômitos pós prandiais, perda ponderal de 12 kg no período e história de tratamento para H.pylori. Abdome escavado, flácido, hipocôndrio direito com formação sólida palpável se estendendo até flanco direito, móvel, contornos lisos e dolorosa a palpação. Trouxe EDA que demonstrava lesão ulcero-infiltrativa em antro Borrmann III levando a estenose pilórica. À histopatologia: ausência de malignidade e sugeria pólipos hiperplásicos associados à erosão e epitélio tipo regenerativo/reativo e pesquisa de H.pylori ausente. Realizada nova EDA pela sugestão clínica de malignidade que evidenciou grande lesão inflamatória nodular antral cometendo a incisura angular até o píloro com obstrução desse, recategorizando a lesão para Borrmann II. Nova histopatologia atestava ausência de malignidade. Foi proposta realização de gastrectomia subtotal. No intraoperatório, implantes metastáticos em mesentério e grande lesão estenosante em píloro, de aspecto neoplásico, optando-se por realizar derivação gastrojejunal e análise histopatológica da cadeia 4b que confirmou adenocarcinoma Lauren difuso e sugestivo de linite plástica. Evoluiu com boa aceitação da dieta e sem intercorrências sendo encaminhada para seguimento pela oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma gástrico do tipo Borrmann IV (Doença de Brinton) representa um desafio diagnóstico até mesmo a olhos experientes. Isso decorre de não haver elevação ou ulceração da mucosa à macroscopia. A ausência ou dificuldade de distensibilidade gástrica deve ser um achado de suspeição deste tipo de neoplasia. Vale destacar que a EDA tem sensibilidade diagnóstica 90-98% nos casos de adenocarcinoma não linite plástica. Nas lesões grau IV as células estão infiltradas em meio a submucosa e a muscular em um estroma fibroso. Assim nota-se a presença de uma heterogeneidade na distribuição das células acometidas, podendo-se biopsiar áreas sãs. Logo na suspeita clínica de malignidade indo de encontro a histopatologia, a clínica é soberana e deve encorajar a realização da laparoscopia como método diagnóstico, pois podemos nos surpreender com uma neoplasia oculta como a linite plástica.</p>

PO 503-2	PO 503-3
<p>GENITOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE GENITALIA AMBIGUA NA HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO.</p> <p>IGOR YOSHIMITSU BAMBIL UIJE, SANDRA YUKI KANOMATA, CLÁUDIO GERMANO TEODORO, LUCAS OTÁVIO BRAGA POTRICH, OTÁVIO MIGUEL LISTON</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS - DOURADOS - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A genitália ambígua tem como entidade nosológica mais prevalente a hiperplasia adrenal congênita, a qual em sua forma clássica existe um defeito na enzima 21-hidroxilase que altera as concentrações de glicocorticoides, mineralocorticoides e hormônios androgênicos. Quando mulheres são expostas a níveis elevados destes hormônios virilizantes in útero desenvolvem genitais externos masculinizados em graus que variam de acordo com a idade gestacional da exposição. As características manifestam-se por aumento do clitóris e por fusão labial parcial ou completa, podendo ocorrer o seio urogenital em graus mais avançados. Para a classificação da genitália ambígua utiliza-se a classificação de Prader que possui graus de I a V de acordo com o tamanho do clitóris, presença ou não de seio urogenital e sua localização e fusão labial. O presente trabalho relata um caso de condução e tratamento cirúrgico de uma adolescente com genitália ambígua.</p> <p>RELATO DE CASO: K. M. F. S., 11 anos, cor parda, com classificação Prader IV, com estudo laboratorial apresentando hiperplasia adrenal congênita por deficiência da enzima 21-hidroxilase da forma clássica "perdedora de sal". A paciente é procedente de Campo Grande, MS, encaminhada para acompanhamento e tratamento cirúrgico com a Cirurgia Pediátrica. A paciente queixava-se da aparência e do desconforto quando ocorria ereção do clitóris, ao Exame Físico apresenta constituição muscular e distribuição de gordura corporal masculinizadas com presença de hirsutismo escore 16 de Ferriman, pele morena, com genitália grau IV de Prader (clitóris com 5 cm) e presença de pelos pubianos, com desenvolvimento M3/P4 de Tanner. Laboratorial: Androstenediona 8,0 ng/mL, 17 OH-progesterona 69,9 ng/mL, Testosterona total 159,35 ng/mL. Imagem: estudo ultrassonográfico evidenciando ovários tópicos e ausência de testículos e um estudo de genitografia evidenciando presença do seio urogenital. O procedimento abordou as técnicas de clitoroplastia e vaginoplastia no mesmo ato, com preservação do feixe vaso-nervoso.</p> <p>DISCUSSÃO: A hiperplasia adrenal congênita é conduzida clinicamente com uso de corticosteroides, contudo, mesmo com tratamento adequado, pode provocar a virilização da genitália feminina levando a prejuízos psicológicos e sociais. O diagnóstico preciso e precoce da genitália ambígua tem papel crucial no prognóstico e efetividade do tratamento clínico e cirúrgico. Apesar de intervenção cirúrgica tardia nesse caso, a genitoplastia proporcionou capacidade funcional à genitália externa feminina, mantendo a sensibilidade e evitando complicações. O pós operatório mostrou-se com boa estética e sem complicações.</p>	<p>NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>ISABELA CEZALLI CARNEIRO, TAYRA HOSTALACIO BRITO, LISANDRA DATYS GELD SILVA, NATASSIA ALBIRICI ANSELMO, RAPHAEL RAPHÉ, PAULO EDUARDO MONTEIRO</p> <p><i>FACERES - SAO JOSE DO RIO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões mucinosas do apêndice, caracterizadas pelo acúmulo de muco intraluminal, são geralmente descobertas acidentais no exame de imagem devido a pouca sintomatologia clínica. Podem ser lesões neoplásicas ou não. A Ultrassonografia (US) e a Tomografia Computadorizada (TC) podem diagnosticar e sugerir malignidade do mucocele de apêndice, porém, a confirmação só é feita com o anatomopatológico (AP). O tratamento é cirúrgico e controverso em relação à agressividade de ressecção.</p> <p>RELATO DE CASO: RELATO DE CASO: Masculino, 54 anos previamente hígido, procura pronto atendimento com queixa de dor abdominal inespecífica e difusa, sem outros sintomas associados, de início há 3 dias. Ao exame físico: dor a palpação superficial e profunda difusamente sem sinais de peritonismo. Já havia procurado outro serviço, com as mesmas queixas e trazia consigo um US de abdome, que evidenciou massa no quadrante inferior direito. Solicitou-se uma TC de abdome que evidenciou uma imagem de aspecto cístico alongada, de grandes dimensões, em íntimo contato com o apêndice cecal, em situação retrocecal de natureza indeterminada, sugerindo o diagnóstico de mucocele de apêndice. Discutido com o paciente, foi realizada laparotomia mediana infraumbilical. No intra-operatório, foi encontrado apêndice aumentado, endurecido com aspecto cístico, com base livre e delgada, sem sinais de acometimento de parede intestinal ou vascular. Optou-se por apendicectomia sem ressecção intestinal com envio da peça para AP. Na análise macroscópica, visualizou-se grande quantidade de muco intraluminal. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. Mantem-se em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências. O resultado do AP confirmou cistoadenoma mucinoso de apêndice sem malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: Mucocele de apêndice é uma entidade pouco comum na prática do cirurgião. Sua etiologia ainda possui muitas controvérsias, apesar de se saber sobre a possibilidade de malignidade da lesão. Atualmente, não há dúvidas que o tratamento é cirúrgico, porém, muito se discute em relação à agressividade. Este relato de caso apresenta um paciente tratado com apendicectomia sem extensão para ressecção de órgãos adjacentes principalmente por não apresentar alterações da base do apêndice e sem outros acometimentos no inventário da cavidade. Durante o ato operatório, mostra a importância da avaliação do cirurgião em relação à crítica da peça encontrada e a agressividade da patologia.</p>
<p>PO 504-1</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA ESPLENOGASTRICA</p> <p>Domingos Aires Leitão Neto, Marco Vinício Fanucchi Gil, Marcelo Raymundo Maiorano, Diego Ferreira de Andrade Garcia, Tayná Pereira Magalhães, Victor Oliveira Bianchi, Eduardo Enrique Rossi e Simões, Romeu Pompeu Junior</p> <p><i>instituto prevent senior - sao paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p><i>Instituto prevent senior - sao paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula gastroesplênica por pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação incomum na literatura. Tem como importante apresentação clínica a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), Tendo como tratamento preferencial o manejo por embolização através da radiologia intervencionista, porém diante da impossibilidade terapêutica e da gravidade do caso, opta-se pela abordagem cirúrgica. No presente estudo, relatamos o caso de fistula gastroesplênica no qual houve abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, septuagenário, apresentando hemorragia digestiva alta recorrente, com politransfusão e várias passagens pelo pronto atendimento. História de trauma abdominal fechada. À entrada no serviço, apresentou ao exame laboratorial Hemoglobina de 6 mg/dL. Após estabilização, realizou-se arteriografia, no qual constatou estenose de tronco celíaco, não havendo possibilidade de acesso à artéria esplênica pelo método. Optou-se assim, pela realização da laparotomia exploradora. No qual, houve a identificação de pseudoaneurisma de artéria esplênica, com formação de fistula gastroesplênica de aproximadamente 2 cm de diâmetro. A tática cirúrgica empregada foi: ligadura perdida da artéria esplênica; e, gastrectomia em cunha em fundo gástrico. Durante procedimento cirúrgico, não houve intercorrências. O paciente teve evolução clínica favorável, com alta hospitalar no quinto dia pós operatório. Após isso, houve seguimento ambulatorial, sem novos episódios de HDA, bem como procedeu alta ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A fistula gastroesplênica por pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação rara. O sangramento gastrointestinal por pseudoaneurisma de artéria esplênica é incomum. Cerca de Pancreatite aguda ou crônica é responsável por 52%, trauma (29%), causas intraoperatórias e pós-operatórias (3%), úlcera gástrica(2%), úlcera duodenal (muito rara). A apresentação sob forma de Hemorragia Digestiva Alta, leva a sangramentos recorrentes, maciços e, por vezes, gera instabilidade hemodinâmica ao paciente. Abordagem por embolização transarterial percutânea da artéria sangrante é tratamento padrão-ouro para estes pseudoaneurismas em pacientes hemodinamicamente estáveis. Falhas podem resultar da inabilidade para cateterização do vaso e/ou espasmo arterial. A manipulação cirúrgica agressiva está reservada para pacientes hemodinamicamente instáveis ou com falha terapêutica angiográfica. Outras condições para abordagem cirúrgica são secundárias à hemorragia, como infecção ou compressão extrínseca.</p>	<p>PO 504-2</p> <p>SINDROME DAS BRIDAS AMNIÓTICAS :RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Sousa Miranda, andressa almeida sousa, carolline evellyng barbosa morais, montanaro mauricio pacheco araujo, priscila isabelita veloso silva, antonio de pádua batista junior, manóel ilton sarmento neto, gutemberg ferreira de almeida</p> <p><i>Faculdade Santa Maria - cajazeiras - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome das bridas amnióticas é uma desordem congênita rara que resulta em má formação, podendo atingir quaisquer partes do corpo, chegando a ter como consequências a amputação e o aborto. deformidades clínicas pode ser encontradas, desde simples anéis de constrição a grandes defeitos. podem ser: craniofaciais e viscerais, sendo muito frequentes as dos membros inferiores que consistem em constrições anulares assimétricas, atrofia distal, amputações intrauterinas congênitas, sindactilia e acrosindactilia. tem elevado índice de óbito e incompatibilidade com a vida. Tem incidência de 1:1.200 a 1:15.000 nascidos vivos. Acredita-se que tem etiologia na matriz embrionária, explicada por duas teorias. A primeira, extrínseca, segundo a qual a membrana amniótica que faz contato com a superfície coriônica se rompe fazendo com que haja uma aderência dessa estrutura com os diversos segmentos corporais do feto, levando ao aprisionamento do corpo fetal. Acredita-se ainda, que esse processo ocorra no primeiro trimestre de gestação.</p> <p>RELATO DE CASO: No caso, a paciente L.M.F., sexo feminino, nascida à termo de parto normal, no dia 14 de maio de 2018, na maternidade Dr. Deodato Cartaxo, na cidade de Cajazeiras, PB apresenta acrosindactilia em ambos os membros superiores e inferiores e bandas de constrição na perna esquerda, além de pé torto congênito, sendo assim diagnosticada com a síndrome de bridas amnióticas, ao nascimento. A mãe relatou ainda que no pré-natal foram realizadas quatro ultrassonografias, incluindo a morfológica, na qual não foram detectados sinais da síndrome. Os exames radiográficos detectaram uma sindactilia, causada por uma compressão vascular no desenvolvimento da criança, além de um pé equinovaro. A conduta será a realização de plásticas reconstrutoras e um tratamento após a correção da deformidade na fásia da perna. A paciente necessitou de descompressão cirúrgica, sendo que o objetivo era a preservação dos membros. Ocorrendo a realização do procedimento somente 07 meses após o nascimento. As cirurgias realizadas na mesma foram: Tenólise múltipla em membro inferior esquerdo e Zetaplastia múltipla em perna esquerda, realizadas em etapas, pelo motivo que a mesma está apenas com 07 meses. A primeira parte foi feita dia 18/12/2018, realizada no Hospital Infantil Arlinda Marques em João Pessoa-PB.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome da Banda Amniótica ocorre quando o feto sofre alguma ruptura, podendo levar ao aprisionamento de parte do feto. Subsequentemente, haverá o crescimento fetal, mas das "bandas" não, concebendo, assim, as constrições. Esta leva à redução da circulação sanguínea, resultando em anomalias congênitas. Muitas vezes, a única opção cirúrgica é a amputação da extremidade acometida. O tratamento preconizado na literatura consiste na liberação das bandas circunferenciais. Zetaplastias múltiplas ou únicas são ótimas opções. Menor índice de complicação é descrito nos procedimentos únicos. no caso clínico, realizou-se zetaplastia múltipla em MMII esquerdo.</p>

PO 504-3	PO 505-1
<p>LINFOMA NAO-HODGKIN DE COLON: APRESENTAÇÃO RARA DE CANCER COLORRETAL - RELATO DE CASO</p> <p>José Maurício Oliveira Tavares Cordeiro, Lalluna Gabriele Pinheiro Brandão, José Arthur Dantas Balduino, Bruno Menezes Costa, Douglas Marques Ferreira, Lourival Diniz Carvalho, Joao Antônio Ayres da Motta Teodoro, Renata Maria Pereira de Menezes Vaz</p> <p><i>Hospital Otávio de Freitas - Recife - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é uma das neoplasias malignas mais comuns, tendo como principal tipo histológico o adenocarcinoma. Os linfomas colorretais são lesões incomuns, respondendo por aproximadamente 0,3% dos linfomas gastrointestinais e das lesões malignas colônicas. Se apresentam com dor abdominal, sangramento digestivo ou diarreia. Massas abdominais palpáveis também são descritas. O diagnóstico é preferencialmente por colonoscopia, com tratamento cirúrgico mandatório. A biópsia com imuno-histoquímica confirma o diagnóstico, sendo as lesões mais frequentes linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células, Linfoma Burkitt ou Linfoma de células Mantle.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 55 anos, sexo masculino, com queixa de massa palpável em topografia de flanco direito há dois anos, associada a dor abdominal e alteração de padrão de evacuações. Refere perda ponderal de 4kg em um mês. Tabagista (30 maços/ano). História de cirurgia abdominal prévia, não sabendo informar qual. Colonoscopia prévia evidenciou colite segmentar direita erosiva, com biópsia demonstrando colite crônica ativa. Tomografia descreve espessamento parietal irregular em cólon direito, associada a linfonodomegalias mesentéricas. Colonoscopia do internamento descreve lesão infiltrativa circunferencial de ceco, com válvula ileocecal deformada. Indicada cirurgia, com achado de lesão infiltrativa em ceco com extensão para parede abdominal, bem como múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais e peripancreáticas. Realizada colectomia direita com linfoadenectomia retroperitoneal e omentectomia, associada a anastomose íleo-transversária primária. Anatomopatológico evidenciou linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células. Paciente evoluiu clinicamente bem em pós-operatório, recebendo alta no sexto dia.</p> <p>DISCUSSÃO: Tratamos de um caso raro de câncer colorretal, cujo diagnóstico por imagem e colonoscopia foi insuficiente, necessitando de confirmação cirúrgica devido a clínica e sintomatologia apresentada. A apresentação clínica condiz com o descrito na literatura, bem como o tipo histológico – linfoma não Hodgkin difuso de grandes células – é, dentre os linfomas, o mais comum. A ressecção radical oncológica é o tratamento de escolha, sendo realizada adjuvância em casos selecionados, como o do paciente descrito.</p>	<p>RESSEÇÃO DE GIST GASTRICO POR VIA ROBOTICA, VANTAGENS EM RELAÇÃO A LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL</p> <p>Felipe Giacobbo NUNES, Reinaldo Martins De Oliveira Neto, Andre Soares Gallo, Carlos Roberto Puglia, Paulo Roberto Corsi, Debora Goncalves oliveira, Leonardo Ogawara Kawamoto Lahoz</p> <p><i>Hospital Samaritano de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O GIST (tumor estromal gastrointestinal) É uma neoplasia de natureza mesenquimal . Ocorre esporadicamente, porém em torno de 5% das suas ocorrências possuem um componente hereditário. . Apesar do advento de alguns tratamentos farmacológicos, o tratamento cirúrgico ainda é a base para a resolução de lesões primárias. Nas últimas décadas, o tratamento minimamente invasivo já vinha se mostrando seguro e efetivo desde que obtivesse margens cirúrgicas livres e é considerado tratamento de escolha para lesões com menos de 5cm (resseção em cunha ou parcial) desde que a mesma se encontre longe do piloro ou cardia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 56 anos, previamente hígido, apresentava-se com queixas recentes de epigastralgia. Na ocasião da realização de uma endoscopia digestiva alta foi evidenciada lesão elevada de aproximadamente 1,2cm na porção proximal da grande curvatura gástrica. O paciente foi então submetido a tomografia abdominal e a ecoendoscopia com elastografia. Na ocasião dos exames, a tomografia sugeria lesão nodular em submucosa considerando a hipótese de doença mesenquimal. . O procedimento de escolha para a ressecção da lesão foi através da via robótica. Onde foi realizada cuidadosa dissecação da vascularização gástrica, determinação da posição da lesão e ressecção da porção gástrica englobando a lesão. Durante todo o procedimento, foi lançado mão de endoscopia para adequada localização da lesão e vigilância de sangramentos durante o grameamento. O paciente apresentou excelente evolução clínica com alta no segundo dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Não havendo dúvidas de que é possível uma ressecção R0, a abordagem cirúrgica é consenso para o tratamento das lesões primárias sendo a única possibilidade de cura do GIST. Até o início da década de 90, o tratamento era realizado por via laparotômica. Por algum tempo se questionou a segurança do controle oncológico a longo prazo na via laparoscópica gerando controvérsias na abordagem dos GIST gástricos por tal via, porém, a laparoscopia ganhou força ao longo da década de 90, se tornando uma excelente - e segura - opção para o tratamento desta patologia. Hoje em dia, a via robótica segue os mesmos princípios oncológicos da cirurgia laparoscópica, entretanto, a magnificação da imagem em 3D, a facilidade na dissecação por melhor visualização das estruturas e a posição ergonômica do cirurgião tornam a abordagem por essa via mais vantajosa em virtude do menor tempo operatório e da rápida recuperação do paciente.</p>
<p>PO 505-2</p> <p>APENDICITE AGUDA EM RECÉM-NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL</p> <p>Sthephane Georgia Honorato de Azevedo, Heloisa Magnoler Alencar da Silva, Marcelo Regis Lima Corrêa, Olavo Matheus Batista Falqueti, Natália Maria Dias de Sá, Kamila de Deus Passos Leles, Mariana Furtado Rodrigues, Eliakim Massuqueto Andrade Gomes de Souza</p> <p><i>Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite neonatal é extraordinariamente rara, correspondendo a 0,04 a 0,2% dos casos em crianças abaixo dos dois anos. Apesar da baixa incidência, a letalidade do quadro é elevada, e pode levar ao óbito nas primeiras 24 horas do início dos sintomas, sendo o atraso diagnóstico a principal causa de evolução para perfuração e peritonite em 80% dos casos. A raridade e o grande impacto relacionado à sobrevida da criança justificam a importância do relato de caso em RN de 12 dias, a fim de direcionar a um manejo adequado em situações semelhantes.</p> <p>RELATO DE CASO: Tratava-se de um recém-nascido, masculino, de mãe secundípara em uso de dispositivo intrauterino (DIU), com parto cesariano por amniorrexe prematura, trabalho de parto e apresentação pélvica. Ao nascer, apresentou Apgar no 1º min = 7 e no 5º min = 8, com índice de capurro de 33 semanas e peso de 1.635g. Foi encaminhado à UTI neonatal por desconforto respiratório, risco de sepsis por bolsa rota e má formação ocular esquerda, apresentando, às 48 horas de vida, intolerância à dieta, infiltrado pulmonar discreto e sepsis neonatal. No 3º dia de vida constatou-se leucomalacia periventricular e hipoplasia de globo ocular esquerdo através de tomografia de face. No 9º dia evoluiu com um episódio de êmese associado à distensão e dores abdominais após a dieta, a qual foi suspensa e prescrita sonda orogástrica aberta e hidratação venosa. No 10º dia de vida apresentou-se séptico com desconforto respiratório, com radiografia evidenciando pneumoperitônio, e foi encaminhado ao centro cirúrgico. Foi realizada laparotomia transversa, evidenciando contaminação da cavidade em quatro quadrantes por líquido entérico e perfuração na ponta do apêndice cecal. Após apendicetomia, lavagem com soro morno e avaliação completa da cavidade sem sinais de outras lesões, foi encaminhado para pós-operatório em UTI neonatal. O exame anatomopatológico demonstrou exulceração epitelial superficial, associada à hiperplasia de folículos linfóides e infiltração neutrofílica em toda parede apendicular, além de áreas de necrose e extensão do processo inflamatório para o tecido adiposo apendicular.</p> <p>DISCUSSÃO: A patogênese da doença relaciona-se a fatores de risco como hipóxia neonatal, pré-eclâmpsia, cateterismo umbilical, prematuridade e clínica compatível com enterocolite necrosante. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica imediata são os principais fatores para redução da mortalidade. No entanto, os sintomas e exames rotineiros inespecíficos e comuns a quadros variados ocasionam o atraso diagnóstico, influenciando diretamente a alta incidência de perfuração e mortalidade. Após a realização de laparotomia exploradora é que se identificou a necessidade de ressecção do apêndice comprometido.</p>	<p>PO 505-3</p> <p>VOLVO DE SIGMOIDE COM ACOMETIMENTO DE VALVULA ILEO CECAL, UM RELATO DE CASO</p> <p>OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA, ANTONIO GLAUCIO SOUSA NÓBREGA, NATHALIA SOUZA SILVA, MOISES FRANCISCO CRUZ NETO, MATTHAUS RABELO COSTA, RODRIGO MARTINS PAIVA SALES, PAULO MARCOS LOPES, ADRIANO VERAS LOVEIRA</p> <p><i>HOSPITAL E MATERNIDADE JOSE MARTINIANO DE ALENCAR - Fortaleza - Ceara – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo é uma patologia cirúrgica recorrente. O volvo corresponde a quase 30% das causas de abdome agudo obstrutivo, sendo o sigmóide o segmento mais acometido, aproximadamente 89%, o diagnóstico precoce está relacionado com o melhor prognóstico do paciente. No caso relatado o paciente apresentou o diagnóstico de volvo de sigmóide com acometimento de válvula íleo cecal e ceco na laparotomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 34 anos, sem comorbidades, iniciou um quadro de dor abdominal em mesogástrico de moderada intensidade, há 4 dias da admissão nesta serviço. Evoluiu com piora dor e vômitos. Sem febre, diarreia ou alterações urinárias. Procurou serviço de Pronto Atendimento (UPA) recebendo apenas analgesia, sem melhora clínica. Chegou ao serviço de cirurgia deste hospital, transferido da UPA, referindo dor abdominal difusa, porém sem vômitos há 2 dias. Ao exame apresentava-se: EGR, desidratado (2+/4+, taquicárdico (FC=112bpm), normotenso (PA=120x80); ABD: difusamente distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, (distendido), doloroso à palpação(difusamente) com sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose,(com desvio à esquerda) e elevação de PCR. Radiografia com sinais de distensão colônica maior a esquerda e nível hidroaéreo. A gravidade do quadro exigiu uma abordagem cirúrgica de urgência. Na indução anestésica o paciente apresentou vômitos(de aspecto fecalóide, levando a)E bronco aspiração. No intra operatório os achados foram: Volvo de sigmóide (com 4 rotações;) Sofrimento de íleo terminal, válvula ileo-cecal e ceco; havia 1,5 litros de líquido sero-hemático livre na cavidade. . A equipe cirúrgica optou por colectomia total e ileostomia terminal, pelo grande risco de uma anastomose primária em um paciente instável. O paciente permaneceu por 3 dias em UTI e mais 7 dias, a enfermaria. Recebeu alta em boas condições e orientação de retorno para programar a reconstrução de trânsito intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: O termo volvo vem do latim e significa "girar". Representa uma afecção na qual o intestino sofre uma rotação sobre seu próprio eixo mesentérico. Quanto mais longo e frouxo for o mesentério(ao qual a porção do intestino está fixado), maior a chance de torção deste segmento; de forma que pode acometer qualquer porção do intestino. Devido às características anatómicas deste segmento, o volvo de sigmóide corresponde a 1/3 dos casos; sendo seguido pelos volvos de cólon direito, íleo terminal, ceco e por último transversos. sendo que o acometimento de dois segmentos é raramente descrito. O quadro agudo, pode ser tratado com uma descompressão por colonoscopia com posterior colectomia eletiva. Já no caso relatado, devido ao grau de necrose decorrente do longo tempo o tratamento mais conservador não foi possível. Este relato de caso mostra a importância de um diagnóstico precoce nos casos de volvo. O retardo do diagnóstico expõe o paciente a riscos elevados e maiores complicações.</p>

PO 506-2	PO 506-3
<p>SEQUENCIA DE PIERRE-ROBIN: UM RELATO DE CASO</p> <p>Gabriella Rama Molardi, Luciana de Oliveira, Rudinei Carlos Mezacasa Junior, Ana Carolina de Oliveira Rein, Carolina Festa Sigrist, Victória Oliveira Melo de Abreu, Alice Lily Carranza Cunha, Alessandro Menezes de Oliveira</p> <p><i>FURG - RIO GRANDE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A seqüência de Pierre Robin (SR) é um problema congênito caracterizado por uma tríade de anomalias: micrognatia – hipodesenvolvimento mandibular-, glossoptose – retração da língua - e fissura palatina (nem sempre está presente). A incidência é 1/8.500 nascidos vivos, sendo mais prevalente no sexo feminino. A SR pode ser classificada de três maneiras: seqüência de Pierre Robin Isolada (SRI), quando acontece isoladamente a outras patologias; seqüência de Pierre Robin Síndrômica (SRS), quando está associada a alguma síndrome (por exemplo, a Síndrome de Stickler); e a seqüência de Pierre Robin associada a anomalias (SRA), que ocorre quando está relacionada a um conjunto de fatores que não caracterizam uma síndrome específica. A seqüência de Pierre Robin é assim chamada por ser uma sucessão de acontecimentos isolados que resultam em um quadro típico. Ou seja, por causa da má posição intra-uterina, o feto desenvolve a mandíbula de forma errônea, o que leva a retração da língua sobre a faringe, que por sua vez impede a cisura do palato mole, resultando, assim, na fenda palatina, completando a tríade que permite o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso típico de seqüência de Pierre Robin Isolada (SRI) em uma criança do sexo feminino, nascida de parto cesáreo com 36 semanas e 1 dia de gestação, com histórico materno de diabetes gestacional e picos hipertensivos (que justificaram a cesárea). No exame físico, apresenta micrognatia, glossoptose e fenda palatina ampla em U. Apresentou, após o nascimento, dificuldades respiratórias com queda de saturação, tiragem subcostal necessitando uso de oxigênio via cateter endonasal 1L/min. Após dois dias, novo quadro de esforço respiratório (saturação 37%; bradicardia e apneia) com tentativas falhas de intubação endotraqueal, fazendo-se necessária traqueostomia de urgência. Ficou mais 23 dias internada na UTI Neonatal – HU FURG, sendo depois transferida para enfermaria pediátrica. Paciente, quando ainda na UTI Neonatal, precisou fazer antibioticoterapia com ampicilina+gentamicina por 10 dias. Além disso, ainda foi necessária a realização de uma flebotomia por dificuldade de acesso venoso periférico, que foi realizada no mesmo dia da traqueostomia.</p> <p>DISCUSSÃO: Ainda não há consenso sobre o tratamento da seqüência de Pierre Robin. A conduta normalmente se baseia no tipo de obstrução que a retração da língua faz sobre a faringe, que estabelece o grau de dificuldade respiratória e alimentar. Essa observação é feita através de nasofaringoscopia. As possibilidades de tratamento vão desde medidas conservadoras até procedimentos cirúrgicos. Entre as opções: tratamento postural (posição prona), intubação nasofaríngea - INF (introdução de cânula da narina até a faringe), técnica de Beverli Douglas/glossopexia (fixação da língua no lábio inferior), traqueostomia e, mais recentemente, distração mandibular.</p>	<p>FISTULA COLOVESICAL COMO COMPLICAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN</p> <p>Louise Cordeiro Polo Mendes, Débora Maria de Carvalho Saraiva, Edison Tostes Faria, Pedro Victor Sousa Serpa, Daniel da Silva Marques, Sebastião Dutra Moraes Junior, Oswaldo Moraes Filho, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Crohn (DC) é uma condição inflamatória intestinal, com potencial acometimento de todo tubo digestivo. Cursa com inflamação transmural, podendo evoluir com abscessos e perfuração intestinal, formando fístulas. Neste estudo, relatamos o raro caso de um paciente que apresentou fístula colovesical (FCV) como complicação da DC.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 40 anos, tabagista, portador de DC há 18 anos, em tratamento irregular, procurou serviço médico referindo dor intensa em cólica em região suprapúbica e fossa ilíaca esquerda, progressiva há 4 meses, associada a disúria, fezes afiladas e hematocozia. Posteriormente apresentou pneumatúria. Tomografia de abdome evidenciou abscesso pélvico, entre teto vesical e parede inferior do sigmoide à esquerda, com fístula sigmiodovesical e cálculo em terço distal do ureter esquerdo. A retossigmoidoscopia, foi identificada, em junção retossigmoideana, lesão estenosante, compatível com colite crônica ativa. Ainda, RMN de reto demonstrou fístula entre a parede anterior do sigmoide e a bexiga, confirmada por enterotomografia, a qual demonstrou também estenoses em região ileocecal e cólon transverso. Além do tratamento específico da ureterolitíase e pielonefrite posterior, foi submetido à proctocolectomia total com ileostomia terminal e cistectomia parcial.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência de FCV em portadores de DC é inferior a 1%, geralmente após 10 anos de curso da doença e com idade média de 30 anos. Os principais sintomas associados são disúria, pneumatúria, infecções urinárias e fecalúria. O diagnóstico é suspeitado clinicamente e confirmado principalmente por tomografia computadorizada e cistoscopia. Alguns autores recomendam a tentativa inicial de tratamento clínico, mas a correção cirúrgica é a técnica com melhor custo-benefício e eficácia, com taxa de remissão sustentada de 99%. O paciente relatado apresentava como complicações da DC, não apenas FCV, como também abscesso intra-abdominal, colite em múltiplos segmentos e tumor estenosante do reto. Dado o amplo envolvimento do cólon e a possibilidade de neoplasia retal, foi realizada proctocolectomia total com ileostomia terminal e cistectomia parcial. Não está indicada anastomose ileoanal com bolsa ileal em J na DC, pelo risco de recorrência ou falha da bolsa. A proctocolectomia promove alívio dos sintomas, diminuição do risco de recorrência da doença e prevenção de câncer. Apesar de diminuir a recidiva da doença, há possibilidade de recorrência pós-operatória. Embora nem sempre indicada terapia imunossupressora no pós-operatório de DC, está nesse caso recomendada, por se tratar de um paciente de alto risco de recidiva, considerado o tabagismo e quadro fistulizante. Sendo assim, a FCV na DC constitui uma complicação rara, com diagnóstico de suspeita clínica e de certeza radiológica, com tratamento ainda eminentemente cirúrgico e seguimento pós-operatório individualizado.</p>
<p>PO 507-1</p> <p>ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO OCASIONAL POR TRICOBEOZAR</p> <p>Rhayssa Wattçula Heck Avendadaho, Luciano Braga Rodrigues Branco, Jango Costa Oliveira, Adêblio José da Cunha, Leonardo Chaer Rezende</p> <p><i>Hospital Bom Jesus - Congonhas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoar é a concentração anormal de material no lúmen do trato gastrointestinal. Classificado de acordo com o material componente dominante, por exemplo de fibras provenientes de plantas, fitobezoar, ou de cabelo, tricobezoar. Tricobezoes são mais comuns, e ocorrem com maior frequência no sexo feminino, em crianças e adolescentes. Os bezoares estão associados a distúrbios psiquiátricos subjacentes, sendo a principal causa de desenvolvimento, ocorrem principalmente em mulheres jovens com o hábito de tricotofagia. Outras associações são condições gástricas hiposecretoras / hipocinéticas, doença celíaca e após cirurgias gástricas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino M.L.L.M., 22 anos, casada, natural e procedente de Congonhas, Minas Gerais. Apresentou história de dor abdominal, acompanhada de náuseas, vômitos e hiporexia há quatro meses. Relato de perda de peso de 7 kg desde o início dos sintomas. O esposo referiu queda de cabelos da paciente, observada nos últimos meses. Ao exame físico, paciente se apresentava consciente e orientada, emagrecida, com ligeira palidez mucosa cutânea. Afebril, eupnéica, normotensa. No couro cabeludo, havia rarefação capilar em região biparietal e sobrancelhas rarefeitas. Apresentava abdômen normotenso, maceze presente na região epigástrica durante a percussão, com massa tumoral palpável em região epigástrica, que se estendia até a região hipocondríaca esquerda, desconforto a palpação superficial e profunda. Optado em realizar endoscopia digestiva alta, laudado tricobezoar gigante moldando o estômago e obstruindo totalmente a região antro pilórica. Foi impossível sua retirada por via endoscópica, sendo sugerido retirada cirúrgica. A conduta cirúrgica foi uma laparotomia xifo-umbilical com gastrostomia em parede anterior do estômago medindo cerca de 10-12 cm, na qual foi possível visualizar o corpo estranho. Realizado extração do mesmo, constituído por tricobezoar que moldava todo o estômago e duodeno. Após a retirada, foi realizado sutura com catgut cromado 2.0, realizado chuleio contínuo. Paciente manteve sonda nasogastrica por 24 horas, após reestabilização da peristaltese foi iniciado dieta líquida completa em 48 horas. Evoluindo bem com alta hospitalar após 72 horas e encaminhada para o Ambulatório de Cirurgia Geral, serviço de saúde mental e nutricionista.</p> <p>DISCUSSÃO: Tricobezoes são encontrados com maior frequência em mulheres, menores de 30 anos, associados a transtornos psiquiátricos e história de tricotofagia presente em 50% dos casos presente desde a primeira infância. Na prática clínica, tricobezoes são considerados achados raros. Os sintomas dependem do local e do tamanho da massa, podendo causar dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, anemia, desnutrição e halitose. O exame de endoscopia digestiva alta é a técnica de escolha para o diagnóstico, podendo ser um método terapêutica para alguns casos. Grandes tricobezoes, como no caso descrito, requerem tratamento cirúrgico por meio de gastrostomia.</p>	<p>PO 507-2</p> <p>SPLENOSIS IN PATIENT WITH SCHISTOSOMA MANSONI INFECTION WHO UNDERWENT SPLENECTOMY AND AUTO IMPLANTATION OF SPLEEN TISSUE IN THE MAJOR OMENTUM THIRTY SEVEN YEARS AGO: CASE REPORT</p> <p>Carlos Teixeira Brandt, Maria Cecília Santos Cavalcanti Melo, Maria Giovanna Torres Sarinho, José Guido de Araújo Júnior</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Splenosis has been widely reported around the world with an incidence of 16-67% after traumatic splenic rupture or splenectomy, however, long term follow-up of intentional splenosis after splenectomy, ligation of the left gastric vein and auto implantation of spleen morsel in the major omentum for portal hypertension in children due to mansonic schistosomiasis (MS) is rare or not yet published. The purpose of this report is the presentation of a patient with patent splenosis in abdominal surgery for pain with the diagnosis of tail pancreas tumor. This is the first report of long-term follow-up (more than 37 years) from a child who underwent splenectomy and auto implantation of spleen morsels in the major omentum.</p> <p>RELATO DE CASO: VL, 39 year-old, born in the north eastern region of Brazil (hyperendemic for schistosomiasis mansoni), underwent laparotomy for abdominal pain with the diagnosis of a pancreatic mass in its tail. The preoperative image investigation (computed tomography) showed several nodules in the upper portion of abdomen and a mass in the tail of the pancreas with close relationship with the stomach. Presumptive diagnosis was pancreatic tumor (Frantz's tumor). She underwent laparotomy partial resection of the pancreas with removal of the mass, which was sent for histology. It was observed the intentional splenosis, which was anatomically very good (resembling an accessory spleen), which was not involved in the pancreas mass. Her post-operative was with no complication. In the long past (childhood) she had had splenectomy, ligation of the left gastric vein and auto implantation of spleen morsels in the major omentum when she was 13 year-old, due to esophageal hemorrhage caused by portal hypertension due to hepatosplenic Schistosomiasis mansoni. At that time she also had hypersplenism and low body development. After surgery, she grew up as normal adolescent with no esophageal bleeding and no repeated infection nor overwhelming post splenectomy infection (OPSI). She married and gave birth of a normal child who is now 14 year-old.</p> <p>DISCUSSÃO: This is a very successful case of auto implantation of spleen morsels in the major omentum, after splenectomy and ligation of the left gastric vein, in a patient with, at childhood, severe esophageal bleeding due to portal hypertension caused by hepatosplenic schistosomiasis mansoni. The reported case highlights the importance of maintaining some spleen tissue after splenectomy, in children, for spleen removal either due to trauma or benign disease, as it was the present report. The relationship between hepatosplenic Schistosomiasis mansoni has been reported and it is under investigation.</p>

PO 508-2	PO 509-1
<p>MALFORMAÇÃO ANORRETAL (MAR) E ANOMALIA FREQUENTE DO TRATO GASTROINTESTINAL PRESENTE AO NASCIMENTO, COM INCIDENCIA ESTIMADA EM CERCA DE UM PARA 3.500 RECEM-NASCIDOS VIVOS.</p> <p>Carlos Teixeira Brandt, Giovana Tassone Miller, Paulo Almeida de Carvalho Júnior, Camila Aquino dos Santos Costa, Maria Cecília Santos Cavalcanti Melo</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Malformação anorretal (MAR) é anomalia frequente do trato gastrointestinal presente ao nascimento, com incidência estimada em cerca de um para 3.500 recém-nascidos vivos. Existe controvérsia com relação à tomada de decisão para a cirurgia da malformação anorretal baixa de forma precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresentar a visão de um cirurgião pediátrico diante de caso de paciente do sexo feminino, com dois anos de idade, com malformação anorretal baixa, que recebeu informações diferentes sobre o manuseio das mesmas. Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Pubmed usando as seguintes palavras-chaves: "ânus imperfurado", "malformação anorretal", "agenesia anorretal", "tratamento cirúrgico", "abordagem cirúrgica", "anorectal malformation", "anorectal malformations", "rectoperineal fistula", "surgical approach", "outcome", nos últimos três anos.</p> <p>DISCUSSÃO: Na visão deste cirurgião pediátrico, a metuculosa transferência da fístula perineal baixa para o complexo esfíncteriano anal voluntário é necessária em casos diagnosticados mais tarde, com alterações na defecação.</p>	<p>SINDROME DE RAPUNZEL</p> <p>Matheus Paiva Souza, Stephanie Silva Fernandes, Leandro Martins Gontijo, Têssia Regina Leal Reis, Luiznei Francisco Rocha</p> <p><i>ESCS - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Formados através da ingestão de cabelos (trícopia – muitas vezes associado com Tricotilomania), os tricobezoares formam-se lenta e gradualmente no estômago. Algumas vezes podem se estender até as porções iniciais do intestino delgado, originando um quadro descrito pela primeira vez em 1968 como "síndrome de Rapunzel".</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, A.S.N, feminina, 38 anos, admitida em uma UPA em 25/07/2018, com relato de dor abdominal em região epigástrica, de início há 3 dias, associado a hiporexia e episódios de náuseas e vômitos. Negando febre, diarreia ou outros sintomas. Medicada com sintomáticos e liberada. Retorna no dia 27/07/2018 com os mesmos sintomas. Novamente liberada após administração de sintomáticos. Procura por demanda espontânea o pronto-socorro de um hospital do DF no dia 31/07/2018 apresentando sintomatologia semelhante. Neste hospital foi medicada e liberada com encaminhamento ao serviço de EDA. Submetida a EDA em 02/08/2018 com o seguinte laudo: "Tricobezoar em estômago, com extensão para duodeno. Não passível de remoção endoscópica - encaminhado para avaliação cirúrgica." Devido proximidade com sua residência, procurou o pronto-socorro de cirurgia de um hospital regional no dia 03/08/2018: admitida com queixas de dor epigástrica, náuseas e vômitos, hiporexia e constipação há 4 dias. Após avaliação de EDA, solicitado sala de centro cirúrgico para extração cirúrgica de tricobezoar no mesmo dia. Descrição do procedimento: Reparo em dois pontos, em corpo gástrico, no sentido transversal; Incisão de aproximadamente 8cm entre os dois pontos de reparo; Utilizada pinça babcock para remoção de tricobezoar pela incisão prévia; Alguma dificuldade para remoção devido tricobezoar transpassar piloro: necessário tração com ordenha para remoção; Fechamento da parede gástrica com fio prolene 3-0 em dois planos. Procedimento sem intercorrências. Paciente permaneceu internada em enfermaria de Cirurgia Geral por dois dias, e liberada após avaliação e orientação pelo serviço de Psiquiatria do hospital, que solicitou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Muitas vezes subestimados em atendimentos de pronto-socorro, o tricobezoar deve ser considerado como diagnóstico diferencial das queixas de dor epigástrica, vômitos e hiporexia, principalmente em pacientes previamente hígidos. Além do mais, estão associados com distúrbios compulsivos, que devem ser tratados concomitantemente por especialista para evitar recidivas. Deve-se atentar para pacientes que apresentem sintomas gastrointestinais associados a: áreas de calvície (principalmente em região occipital), sintomas de ansiedade ou TOC.</p>
<p>PO 509-2</p> <p>DOENÇA DE HIRSCHPRUNG E ATRESIA DE SIGMOIDE ASSOCIADAS: CORREÇÃO CIRURGICA EM DOIS TEMPOS</p> <p>AMANDA PITA OLIVEIRA, ANDRÉ GUIZELINI FERREIRA DA SILVA, RAFAELA ALVES FREITAS, ERYC ABIDO BLUMER, OSEI YAW NYARKO, LUCAS FERNANDES GODOY, ROBSON AZEVEDO DUTRA, ADRIANA CARTAFINA PEREZ BOSCOLLO</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O megacólon congênito ou Doença de Hirschprung (DH) é um defeito congênito no padrão de herança complexo e multigênico influenciado pelo sexo e principalmente pelo gene RET (VILLAR, 2009). A mutação leva à falha na migração de neuroblastos da crista neural para a região mioentérica distal que formariam células ganglionares em plexo de Auerbach e parte migraria para os limites submucosos, para formar o plexo de Meissner. A aganglionose causa déficit da motilidade. O segmento agangliônico mostra luz reduzida e a parte proximal, gangliônica, é dilatada. A DH acomete mais o sexo masculino em 4:1 (AMIEL, 2001). Pode se associar a outras síndromes genéticas, sendo a mais frequente a síndrome de Down e a mais grave a de neoplasias endócrinas múltiplas (VILLAR, 2009).</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.F, 9 anos, negro, de Valença/BA, história de colostomia aos 17 dias de vida por retardo na eliminação de mecônio, distensão abdominal progressiva, massa à palpação do quadrante inferior do abdome e ampola retal vazia. Perdeu o seguimento ao mudar para Minas Gerais e chega em Hospital Universitário de referência para reconstruir o cólon. Ao toque retal notou-se reto livre e então foi marcada biópsia retal, quando se percebeu que o reto não apresentava apenas a redução do calibre devido à contração permanente pela aganglionose, mas também ausência de perviedade no sigmóide. Na cirurgia definitiva, expandiu-se a incisão da colostomia, perfazendo a incisão de Hyatt, por onde se retirou o sigmóide e o reto até a linha pectínea, seguindo a reconstrução do abaixamento a Swenson. O estudo histo-patológico confirmou ausência de luz na parte distal da peça cirúrgica, aganglionose do plexo mioentérico e submucoso, além de nervos hipertrofiados e presença de gânglios normais nas amostras da colostomia proximal, certificando que o procedimento foi adequado.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente, as principais técnicas de correção da DH são os procedimentos descritos por Duhamel, em que se faz uma anastomose posterior entre o cólon agangliônico e um segmento normal; por Soave, em que se retira a porção muscular da região agangliônica e insere um segmento normal dentro da submucosa anastomosando distalmente à linha pectínea; e por Swenson, que é a ressecção do segmento doente e anastomose do saudável distalmente à linha pectínea. O procedimento de Swenson, combinado com a laparoscopia ou disseção anal, leva a resultados seguros em especial em crianças (LEVITT et al, 2013). A.F.F se recuperou de forma esperada, sem qualquer intercorrência pós-operatória, evacuando sem dificuldade e sem retenção ou perda fecal, demonstrando-se satisfeito com a cirurgia assim como seus pais. Isso possibilitou melhora significativa na qualidade de vida, mesmo com atraso da realização cirúrgica definitiva de mais de 9 anos. Conclui-se que uma colostomia é o primeiro tempo cirúrgico e "salvador" de um recém-nascido com obstrução intestinal em locais onde não se tem cirurgões neonatais ou exames próprios para diagnóstico etiológico.</p>	<p>PO 510-2</p> <p>PROLAPSO URETRAL NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO</p> <p>VANESSA KARLINSKI VIZENTIN, ISABELLA DE OLIVEIRA, BARBARA WIESE, GABRIELA APARECIDA SCHIEFLER GAZZONI, FERNANDA HELOÍSA CARDOSO VARGAS</p> <p><i>UNIVALI - ITAJÁ - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O prolapso uretral é uma versão circular da mucosa ao nível do meato uretral, que embora seja uma situação rara, ocorre mais frequentemente em meninas pré-púberes entre 3 e 10 anos de idade. É uma doença que cursa com constipação, infecção urinária de repetição e sangramento vaginal. Apresenta-se como uma massa arredondada ao redor do orifício uretral e corre com sangramento e corrimento vaginal. Sua presença requer diagnóstico diferencial com outros tumores genitais, como rhabdomyosarcoma, hemangiomas e muitas vezes confundida com abuso sexual. Essa patologia apresenta uma das causas de sangramento vaginal em meninas nessa faixa etária. (JOHNSON et al, 2010).</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 3 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de sangramento vaginal e nódulo na vagina. Ao exame físico, massa arredondada necrosada, com diagnóstico de prolapso de mucosa de uretra isquêmica. Realizado US de rins e vias urinárias para descartar outras patologias, o qual mostrou-se sem alterações. No dia seguinte foi operada e ressecou-se a mucosa com a técnica cirúrgica Kelly-Burnham. Paciente ficou com a sonda por 3 dias, retirou a mesma e permaneceu assintomática desde então.</p> <p>DISCUSSÃO: Prolapso da mucosa uretral é uma doença benigna e rara, que ocorre mais em meninas pré-púberes. É a inversão da mucosa da uretra distal através do meato externo. A proposta etiológica inclui a fixação do músculo perineal inadequada, fraca ligação entre camadas musculares da uretra, em associação com períodos de aumento da pressão intraabdominal. O diagnóstico diferencial é feito em meninas com sangramento vaginal e massa vulvar, hemorragia devido a traumatismos, prolapso de uretocele, condiloma, cisto periuretral, pólipos e tumores genitais. Os prolapso uretrais são classificados em quatro categorias, dependendo da extensão da massa e de intensidade da inflamação. Como tratamento inicial tem sido proposto banhos de assento e aplicação local de creme de estrogênio 0,5% ou pomadas com antibióticos. A cirurgia é indicada quando o tratamento conservador é ineficaz, quando recorrente e o desenvolvimento de complicações tais como a necrose da mucosa prolapsada ocorrem. (MARTINEZ & ROSALES, 2010). Essa alteração pode ser diagnosticada clinicamente sem avaliação de exames laboratoriais e de imagem. O prolapso da mucosa uretral é classificado em quatro graus: prolapso mínimo sem inflamação grau I; prolapso com edema de grau II; massa edematosa saliente para além dos pequenos lábios de grau III; hemorragia grave, necrose ou ulceração do prolapso grau IV. A técnica cirúrgica utilizada é Kelly-Burnham, que consiste em introduzir uma sonda de espessura de acordo com a idade do paciente na uretra; em seguida, é realizada uma incisão entre as suturas de referência da mucosa prolapsada e as bordas são suturadas. É feita a clivagem com pequenos cortes e imediatamente seguida por reconstrução das bordas para secar completamente a mucosa. (JOHNSON et al, 2010).</p>

PO 510-3	PO 511-1
<p>POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>José Pires Dutra Junior, Shirlane Frutos Malheiros, Marcelo Gonçalves Sousa, José Calixto da Silva Neto, Evertton Silveira Macedo, Marília Medeiros da Silva, Estephania Vasconcelos Nunes de Farias, Flávio José Teixeira Rocha Ataíde da Motta</p> <p><i>Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Uma das neoplasias mais frequentes no mundo é o carcinoma colo-retal, que apresenta como fator predisponente um componente hereditário. Várias síndromes genéticas aumentam a predisposição a esse carcinoma, sendo a polipose adenomatosa familiar (PAF) a mais comum, uma síndrome hereditária autossômica dominante, causada por mutação germinativa no gene supressor de tumor adenomatous polyposis coli (APC), localizado no cromossomo 5 (5q21-22), caracterizada pelo desenvolvimento de centenas de adenomas no reto e no cólon. Esta revisão tem como objetivo compilar informações acerca dessa síndrome genética para um maior conhecimento do componente cirúrgico para comunidade médica</p> <p>RELATO DE CASO: CR, masculino, 50 anos, autônomo, deu entrada no HULW queixando-se de dor abdominal e diarreia há 03 anos, refratário a medicamentos sintomáticos. Negava hematoquezia e disúria. Relatava episódios de vômitos, os quais não soube dizer quantos; ao descrever a dor, o paciente afirmava que a dor era de característica difusa, de caráter recorrente de moderada intensidade. Relata uso de medicações analgésicas e antieméticas. Paciente encontrava-se consciente, orientado, acianótico, normocorado, anictérico, abdome flácido sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado exames de imagem para elucidação do quadro de dor abdominal crônica. Na Colonoscopia evidenciou diversos pólipos (>100), sesséis e pediculados, os maiores sendo de coloração avermelhada, superfície irregular, distribuídos em todos os segmentos incluindo reto alto, o maior medindo cerca de 40mm e menor cerca de 5mm. Sugestivo de polipose adenomatosa familiar. Sendo realizado polipectomias amostrais dos maiores com auxílio de alça diatérmica e pinça; reto com distensibilidade preservada, exibindo raros pólipos sesséis, de superfície lisa e regular, coloração rosa, o maior medindo de 10mm. Anatomopatológico evidenciou lesões de displasia de baixo grau, sendo optado para o paciente colectomia com anastomose ileo-retal, uma vez que o paciente não tinha acometimento retal baixo. A vigilância endoscópica do coto retal recomendada foi de 6/6 meses</p> <p>DISCUSSÃO: A colonoscopia assumiu grande papel diagnóstico das afecções colorretais, possibilitando uma visão macroscópica em tempo real do cólon em toda extensão. O enema opaco e a retossigmoidoscopia rígida eram os recursos mais utilizados para identificação de lesões suspeitas. Pacientes que realizam o exame contrastado sem evidência de lesões podem apresentar múltiplas lesões, ao realizar a colonoscopia. Há um consenso geral de que pacientes com PAF devem ser submetidos a colectomia profilática. As opções cirúrgicas incluem colectomia total com anastomose ileo-retal e proctocolectomia restauradora, com anastomose íleo anal ou em casos com acometimento retal baixo, pode-se lançar mão da proctocolectomia convencional com uma ileostomia permanente. Não existem diretrizes para o momento da cirurgia, considerando-se que o risco de cancro se torna clinicamente significativo após 18 anos.</p>	<p>TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FÍSTULA EM ANGULO DE HIS POSTERIOR A BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX – UM RELATO DE CASO DA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>RENAN JOSÉ MENDONÇA OLIVEIRA, MARCOS ALBERTO MENCONÇA VEIGA, IVAN GREGÓRIO IVANKOVICS, MARVEEN VICTOR CARVALHO SANTOS, MARCELO REGIS LIMA CORRÊA, LAINNE RAPOZO SILVA SOARES</p> <p><i>HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Bypass gástrico em Y de Roux laparoscópico é a técnica cirúrgica mais empregada no mundo para o auxílio na perda de peso em indivíduos obesos. Como em qualquer cirurgia, este procedimento não é isento de complicações, dentre as quais se destacam as estenoses anastomóticas, obstrução intestinal, fístulas gastro-gástricas e gastro-cutâneas. O surgimento da fístula no pós-operatório representa um grande desafio para a equipe médica, pois é de difícil diagnóstico e seu tratamento é complexo e multidisciplinar envolvendo o controle da sepsis, do déficit nutricional e da própria fístula.</p> <p>RELATO DE CASO: Z.S.C, sexo feminino, 45 anos, obesa grau III (IMC 41,36 kg/m²), hipertensa e diabética tipo II insulínica. Foi submetida a Bypass gástrico em Y de Roux videolaparoscópico com boa evolução no pós-operatório (PO) recebendo alta hospitalar no 2º PO. No 8º PO retornou em consulta ambulatorial queixando-se de dor abdominal difusa, dispnéia e tontura. Ao exame físico apresentava FC: 138 bpm, PA: 120x49 mmHg, FR: 25 irpm, TAX: 37,8, sudoreica, desidratada, Abdome distendido, doloroso difusamente e com sinais de irritação peritoneal. Foi submetida a videolaparoscopia diagnóstica sendo evidenciado coleção localizada entre o pouch gástrico e o estômago excluído a qual foi exaustivamente irrigada e aspirada. Por fim, optou-se por drenagem da cavidade utilizando dreno de silicone e introdução de sonda nasoesférica. No 9º PO iniciamos dieta através de nutrição parenteral total devido a saída de conteúdo entérico pelo dreno de cavidade. No 20º PO após a melhora clínica da paciente foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou orifício fistuloso no nível do ângulo de His. Iniciamos trocas semanais do dreno colocado no trajeto fistuloso utilizando material siliconado de diâmetro cada vez menor (10, 8 e 4 Fr), observando diminuição do débito que nos primeiros dias chegaram a 700 ml/dia até o seu completo fechamento no 40º PO com reintrodução da dieta oral e alta hospitalar em bom estado geral no 47º PO.</p> <p>DISCUSSÃO: A mais temida complicação da cirurgia gástrica para controle da obesidade mórbida é a fístula gastrointestinal, sendo a segunda causa mais comum de óbito. Os tratamentos endoscópicos com cola biológica e endoclipes são preferíveis em pequenos defeitos, porém, em defeitos maiores, a colocação de prótese através da endoscopia tem sido mais eficaz. A prótese auto expansiva de plástico tem sido muito utilizada, pois induz menos hiperplasia tecidual reacional e são removidas com maior facilidade. A principal indicação é para fístulas com diâmetro superior a 10 mm. A prótese auto expansiva metálica tem como vantagem uma menor migração que os stents de plástico. Thodiyl, et al, analisou 33 casos de fístulas desenvolvidas no pós-operatório do Bypass gástrico que foram submetidas a tratamento conservador e concluiu, que o tratamento conservador é um método com considerável grau de sucesso no manejo de fístulas decorrentes de complicações após gastroplastia em Y de Roux.</p>
<p>PO 511-2</p> <p>ESCROTO AGUDO DO TIPO HEMATOCELE TRAUMÁTICA E ORQUIEPIIDIMITE REACIONAL APOS TENTATIVA DE REDUÇÃO MANUAL DE HIDROCELE COMUNICANTE NA CRIANÇA</p> <p>Geovana thees perillo rodrigues, luísa freire barcelos, bárbara alves campos ferreira, vanessa mahamed rassi, camille de souza carvalho, yara aguiar serafim, olegario indemburdo da silva rocha vidal, Mariana Thees perillo Rodrigues</p> <p><i>Unievangélica - goiania - Goias - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O escroto agudo (EA) é caracterizado pela presença de dor local intensa, edema e alteração da consistência da bolsa testicular. Constitui uma emergência cirúrgica e corresponde a 0,5-1% dos atendimentos nos serviços de emergência. As causas mais frequentes de EA são: torção de testículo (TT), torção de anexos testiculares, infarto testicular e hematocele (HT), cujo diagnóstico diferencial nem sempre é feito de forma simples. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com hematocele traumática secundária a tentativa de redução manual de uma hidrocele comunicante (HC). E ressaltar a importância do diagnóstico clínico bem como a conduta terapêutica adequada para evitar danos irreversíveis ao testículo</p> <p>RELATO DE CASO: Criança de 3 anos e 10 meses, diagnosticada com hérnia inguinal esquerda (HIE) há 2 anos. Relata aumento da hemibolsa escrotal esquerda (HEE), associado a dor abdominal e na região inguino escrotal. Examinado numa UPA e encaminhado ao Hospital Materno Infantil de Goiânia. A ultrassonografia da bolsa escrotal: HIE com conteúdo líquido, espesso e septado. No exame físico foi confirmado a HC pela transluminação. Pediatra realiza redução manual da HC com várias tentativas sem sucesso. 12 horas após, mãe relatou grande aumento da HEE, associado a hiperemia, calor, rubor e dor. Examinado agora por um cirurgião pediátrico, foi diagnosticado EA, tendo como principais hipóteses: TT, tumor testicular e orquite. Foi submetido a cirurgia de urgência com inguinotomia direita, acesso ao funículo espermático, clampeado com pinça vascular de bulldog, feito escrototomia esquerda, com abertura do dartos e drenagem de volumosa HT associado a processo inflamatório importante do epidídimo, dartos e testículo. Realizou-se biópsia testicular e do dartos com correção da HC. Recebeu antibiótico venoso por 3 dias, com alta no 5º pós-operatório para controle ambulatorial</p> <p>DISCUSSÃO: EA pode ser a apresentação inicial de várias doenças, como TT, orquite, epididimite, torção de hidátide, hérnia inguinal estrangulada e menos frequente, hematoma escrotal e tumor testicular. A HT é o acúmulo de sangue no interior da túnica vaginal. Clinicamente é uma massa endurecida ou pequeno desconforto escrotal. O trauma testicular é a causa mais comum de HT e a 3º de dor escrotal aguda. Em casos de trauma contuso, exames radiológicos são fundamentais para orientar a conduta do cirurgião em função da dificuldade diagnóstica ao exame físico. Há indicação de exploração cirúrgica quando houver grandes hematomas ou hematomas em expansão, suspeita de ruptura da albugínea, deslocamento proximal do testículo refratário a manobras de redução ou redução do fluxo arterial testicular. Hematoceles volumosas agudas podem reduzir o fluxo sanguíneo testicular por compressão extrínseca dos vasos, mimetizando torção parcial ou completa, sendo necessária drenagem da coleção. O tratamento, envolve antibioticoterapia de acordo com os agentes causais. O caso relatado teve manifestação habitual em relação à literatura</p>	<p>PO 511-3</p> <p>SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO</p> <p>Maurício Correa, Raquel Bittencourt CATTO, João Augusto dos Reis GUERRA, Ana Carolina Carolina, Leonardo Getulio PIOVESAN, Thayla Valderrama BICHERI, João Francisco PETRY, João Victor Borges MENDES</p> <p><i>Hospital Santa Isabel - BLUMENAU - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução: A síndrome de Fournier é uma doença rara, caracterizada como fascite necrotizante no trato urinogenital e região anorretal, apresentando rápida evolução com alta morbi-mortalidade. Dentre os fatores de predisposição, em geral, são pacientes imunocomprometidos com idade avançada, com diabetes mellitus, obesidade e portadores de neoplasias malignas. Objetivo: Demonstrar um relato de caso de um paciente em pós operatório de enterectomia, com evolução rápida da síndrome de Fournier, realização de desbridamento e seu desfecho positivo após a complementação com oxigenoterapia hiperbárica. Metodologia: revisão de prontuário e documentação fotográfica.</p> <p>RELATO DE CASO: OA, 53 anos, previamente hígido, buscou pronto atendimento devido obstrução intestinal. Foi submetido a enterectomia segmentar videolaparoscópica e identificado tumoração de delgado e obstrução em seu lúmen com fitobenzoar. Evoluiu, no segundo dia de pós operatório, com dor abdominal em região hipogástrica, associado a distensão abdominal, edema e hiperemia local. Evoluindo em 10 horas, para hipotensão arterial e taquicardia, quando foi identificado em bolsa escrotal, extensa lesão isquêmica. Os exames coletados no período identificaram bastonetose de 17% sem leucocitose O diagnóstico foi Gangrena de Fournier, e o tratamento instituído foi ressecção cirúrgica de emergência associado à antibioticoterapia de amplo espectro e pós operatório em UTI. Foi realizado debridamento de pele e tecido subcutâneo extenso e fâscias das regiões necróticas, se estendendo desde andar inferior do abdome até bolsa escrotal. Apresentou boa evolução pós operatória, recebendo alta da UTI e segue internado em enfermaria, realizando terapia hiperbárica. O anatomopatológico, realizado durante a cirurgia, evidenciou tumor neuroendócrino bem diferenciado (grau 1) em segmento do íleo, com invasão tumoral de serosa intestinal e margens livres.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de síndrome de Fournier, baseia-se na anamnese e exame físico. O tempo médio para diagnóstico são seis dias para detecção da fascite necrotizante em exemplos de biópsia por congelação. Exames laboratoriais e de imagem são inespecíficos. O tratamento é realizado por meio de debridamento cirúrgico associado a antibioticoterapia de amplo espectro e correção dos distúrbios hidroeletrólitos. A câmara hiperbárica é um adjuvante para prevenir a extensão da necrose, diminuir a infecção sistêmica. Prognóstico favorável depende do diagnóstico e intervenção cirúrgica rápida, assim como, o bom estado geral e hemodinâmico do paciente.</p>

PO 512-1	PO 512-2
<p>SÍNDROME DE RAPUNZEL: RELATO DE CASO</p> <p>Márcio Monteiro d'Avila Melo, Jhonat Thaylson da Silva, Marília Rebecca Ferreira Rodrigues, Jose Roberto Cavalcante de Novais</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho / AL - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo bezoar se destina a toda e qualquer formação encontrada pelo trato digestivo devido a ingestão das mais diversas substâncias, sendo os tricobezoares um dos mais comuns. Os tricobezoares são compostos de cabelos e pelos descritos desde o século 12 a.C. O tricobezoar gástrico, que tem uma "cauda" estendendo-se pelo intestino delgado, é raro e próprio da síndrome de Rapunzel, que foi descrita pela primeira vez por Vaughan e col., em 1968.</p> <p>RELATO DE CASO: G.C.S, sexo feminino, 13 anos, admitida do Hospital Regional de Arapiraca / AL, com relato de disfagia para sólidos a cerca de 1 mês, associado a perda de peso e epigastria. Ao exame físico apresentava abdome doloroso e massa palpável em região epigástrica. Submetida a Tomografia de abdome que demonstrou lesão ocupando a cavidade gástrica medindo cerca de 9,9 x 6,4 x 4,5 cm, com densidade heterogênea, sugestiva de Bezoar. Paciente foi submetida a procedimento cirúrgico para retirada de corpo estranho.</p> <p>DISCUSSÃO: Mais comum em mulheres abaixo dos 30 anos, 90% é encontrado em adolescentes crianças e estão diretamente relacionados ao comportamento alimentar, os tricobezoares, se iniciam após a ingestão de cabelos ou pelos e esses ficam retidos nas dobras da mucosa gástrica e partir vai se iniciar o entrelaçamento dos fios. Quando entrelaçados, esses começam a acumular resíduos alimentares em seu interior aumentando gradativamente o volume. O muco gástrico ainda adere a massa dando-lhe consistência e a degradação alimentar vai ser responsável pelo odor fétido encontrado. Esses achados sempre vão ser negrecidos devido a degradação das proteínas dos pelos. Os achados clínicos são inespecíficos, a doença normalmente é insidiosa e gradual. Ao exame clínico, pode ser encontrada, em região epigástrica, massa palpável móvel e endurecida além de uma característica típica desses: a crepitação. A radiografia de abdome após a ingestão de bebidas carbonadas vem se mostrando superior a após a ingestão de bário quando se quer esclarecer a natureza do bezoar, porém a endoscopia digestiva alta é melhor parâmetro para diagnóstico e definição da natureza dessa patologia. Muitos bezoares podem se resolver espontaneamente, podem estar envolvidos em uma série de complicações como a Síndrome de Rapunzel ou até mesmo a obstrução gastrointestinal. O tratamento deve ser conservador, podendo ser realizado até mesmo durante a endoscopia diagnóstica, porém em casos de bezoares volumosos ou complicações a cirurgia deve ser realizada e a de escolha é a gastrostomia anterior. Porém ao final da intervenção deve ser realizado também o tratamento da desordem psíquica já que essas estão presentes em pelo menos 90% dos casos de bezoares.</p>	<p>TRICOBEOZAR: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL</p> <p>Matheus Gonçalves de Oliveira, Felícia Roberta Sá Brito Antunes, Laura Zago Munhoz, Arthur Ineu Figueiredo, Adrielle Pereira Vincensi, Jonathan Leal Chelminski, Luísa Endres da Cunha, Nivaldo Fontoura Severo</p> <p><i>Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoar é a impação de material estranho no interior do trato digestivo, originado a partir da ingestão de diversas substâncias. Tricobezoares são compostos de pelos ou cabelos, e adquirem importância por serem agentes causadores de várias patologias como obstruções, intusseções, sangramentos, perfurações, apesar da raridade desse achado em casos suspeitos de oclusão intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.F.B, feminino, 7 anos, chega ao Pronto Socorro de Pelotas encaminhada de Jaguarão. Apresentava dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, com 05 dias de evolução. Iniciou com quadro clínico de dor abdominal isolada, a qual progrediu – com dois dias de evolução – com vômitos, hiporexia, ausência de flatulência e evacuação e distensão abdominal associadas. Ao primeiro atendimento, solicitou-se Ecografia abdominal, a qual evidenciou imagem hiperecótica à esquerda, sendo a paciente transferida de serviço. À chegada ao atendimento em Pelotas, evidenciou-se leucocitose com desvio à esquerda e Rx abdominal mostrando sinais de obstrução intestinal sugestivo de Áscaris. Para estudo complementar, foi realizada TC abdominal, com contraste, a qual evidenciou distensão de alças do intestino delgado com espessamento parietal segmentar. A paciente então foi internada na UTI pediátrica com suspeita de quadro obstrutivo, em virtude da piora do quadro clínico foi iniciado ceftriaxone, metronidazol e albendazol. Não apresentando melhora clínica, a equipe cirúrgica foi discutir o caso com o radiologista, que então, com base no exame de imagem levantou a hipótese diagnóstica de Bezoar. Desse modo, a mãe então foi questionada sobre tal possibilidade, e relatou que nos primeiros anos de vida a paciente costumava colocar cabelos na boca, mas que ao longo do desenvolvimento, o hábito havia sido suspenso a princípio. Então, foi submetida a laparotomia exploradora, durante o inventário da cavidade, foi evidenciado edema de alças de delgado desde o ângulo de Treitz até a válvula ileo-cecal, grande quantidade de líquido livre intra-abdominal translúcido sem sofrimento de alças intestinais. Realizado enterotomias em íleo terminal e médio com retirada de três tricobezoares. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sendo avaliada pela equipe da psiquiatria e diagnosticada com transtorno de ansiedade.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado destaca a importância de se incluírem bezoares entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal, particularmente em crianças de sexo feminino, inseridas em um contexto sociofamiliar facilitador de conflitos psicológicos. Logo, fica claro, que nas etiologias obstrutivas intestinais na faixa etária pediátrica, é necessário enumerar mais de uma hipótese, não somente pela importância epidemiológica, mas avaliar o contexto social.</p>
<p>PO 513-2</p> <p>LINFANGIOMA CAVERNOSO DE MESENTERIO: UM ACHADO OCASIONAL</p> <p>Felícia Roberta Sá Brito Antunes, Laura Zago Munhoz, Bianca Carlos Almansa, Matheus Gonçalves de Oliveira, Marcos Mello Ness, Rodrigo Garcia Barreto Luz, Luísa Endres da Cunha, Nivaldo Fontoura Severo</p> <p><i>Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Linfangiomas são tumores benignos, de origem provavelmente congênita, mais comuns em regiões cervical e axilares. São incomuns em localização abdominal e pancreática. O linfangioma intra-abdominal é uma patologia rara, podendo variar de 1:23.000 a 1:120.000 das admissões em hospitais pediátricos. Este estudo visa relatar o caso de um achado ocasional, em um paciente com obstrução intestinal, de linfangioma cavernoso de mesentério.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.B.N., sexo masculino, 7 anos, chega ao Pronto Socorro de Pelotas-RS, relatando quadro de dor abdominal com 18 dias de evolução, a qual iniciou de modo esporádico, sem outras sintomatologias associadas; havia realizado neste período conforme orientação em Unidade Básica de Saúde, tratamento antiparasitário e analgesia. Mencionou que há 24 horas começou a apresentar aumento na intensidade da dor, a qual manifestava-se em cólica, com esforço e dor evacuatória associada. Ao exame físico, presenciou-se dor intensa à palpação profunda, ausência de sinais de peritonite, defesa ou massas palpáveis. Inicialmente, solicitou-se Tomografia Computadorizada de Abdome, com contraste, a qual evidenciou vasos em redemoinho, sugestivos de volvo de alça intestinal. Devido à ausência de flatulência e ato evacuatório, acrescida aos exames complementares, o paciente foi encaminhado para a Laparotomia Exploradora. Durante o inventário da cavidade comprovou-se volvo de delgado – as quais foram desfeitas – e a presença de cisto linfático de grande volume na transição íleo-jejunal. Realizou-se, então, enterectomia de alça com cisto linfático e anastomose término-terminal e solicitada exame anatomopatológico da peça cirúrgica – ao resultado, diagnosticou-se Linfangioma Cavernoso de Mesentério, com margens cirúrgicas livres. Após, paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo, então alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo de intestino delgado, é uma condição pouco frequente além do primeiro ano de vida. O Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. Os linfangiomas são divididos em simples, cavernosos e malformações macrocísticas, o referido acima apresentava linfáticos dilatados e presença de cápsula, assim classificado como cavernoso. O diagnóstico é feito por biópsia, e o principal tratamento utilizado é a excisão cirúrgica a fim de evitar complicações e malignização.</p>	<p>PO 513-3</p> <p>HISTOPLASMOSE DE ACOMETIMENTO COLÔNICO E ANORRETAL</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, MALÚ AEOANY DANTAS SARMENTO, GUILHERME DE MATOS ABE, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, JOSÉ PAULO TEIXEIRA MOREIRA, HÉLIO MOREIRA JÚNIOR, AYR NASSER JÚNIOR</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A histoplasmose é uma micose invasiva, causada pelo <i>Histoplasma capsulatum</i>. O quadro clínico varia desde infecções assintomáticas até quadros graves disseminados, observados principalmente em pacientes imunossuprimidos. O acometimento colônico e anorretal é raro, e suas manifestações inespecíficas contribuem para a dificuldade do diagnóstico e tratamento no contexto da assistência pelo coloproctologista.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 53 anos, apresentando nodulação endurecida em margem anal com saída de secreção purulenta, associado a astenia, febre diária, linfadenomegalia inguinal, perda ponderal de 5 kg, e quadro de monilíase oral. Os exames laboratoriais apresentaram sorologia reagentes para HIV. Contagem de CD4 de 47 células e carga viral de 4.2613 cópias/mm³. A endoscopia digestiva evidenciou monilíase esofágica, e a biópsia foi positiva para <i>Candida sp.</i> Realizada retossigmoidoscopia flexível, que progrediu até transição retossigmoidoide, onde encontrou-se lesão estenosante de caráter infiltrativo sendo intransponível, além de úlceras retais de bordos elevados e fundo fibrinoso, e lesão fistulizante perianal às 7h. As biópsias mostraram estruturas leveduriformes fúngicas de tamanhos variados, sugerindo <i>H. capsulatum</i>. Administrando itraconazol 200mg/dia e TARV, paciente evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar 40 dias após a admissão.</p> <p>DISCUSSÃO: A histoplasmose gastrointestinal é uma manifestação pouco frequente, que pode ser secundária a histoplasmose mediastinal, resultante de disseminação hematogênica a partir de foco pulmonar, ou início da forma disseminada da doença. As lesões podem ser inicialmente confundidas com doença inflamatória intestinal, sarcoma de Kaposi, e neoplasias. Os sintomas da histoplasmose gastrointestinal podem incluir anorexia, febre, dor abdominal, diarreia, melena, constipação e perda de peso. O envolvimento gastrointestinal afeta predominantemente órgãos extraluminais, como fígado, baço e linfonodos mesentéricos. A histoplasmose luminal primária sintomática em pacientes imunocomprometidos é considerada rara, e geralmente envolve a região ileocecal. A letalidade é elevada nos casos não tratados de histoplasmose disseminada progressiva. O tratamento com antifúngicos é altamente eficaz, e a taxa de recidiva da doença reduz após a introdução coadjuvante da TARV e elevação da contagem CD4 acima de 200 células. O relato é válido para o cirurgião coloproctologista pois, na assistência ao paciente imunodeprimido, diagnósticos secundários devem ser elencados levando em conta esta condição, o que constitui grande desafio. O conhecimento e interface com a infectologia, assim, são fundamentais para o auxílio em tratamentos não cirúrgicos.</p>

PO 514-2	PO 515-1
<p>LINFANGIOMA: DIAGNOSTICO INTRAUTERINO E TRATAMENTO</p> <p>BARBARA FLORES CULAU MERLO, INES CAROLINA SIQUEIRA FREITAS, EDER YUKIO HARAGUSHIKU, LARISSA CHAIANE ORTH, THIAGO RICARDO KERBER CORREA, ADALBERTO REIS CORTES</p> <p><i>UNISUL - TUBARAO - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Linfangioma é um tumor de origem linfática, congênito, com acentuado poder de crescimento e invasão de tecidos adjacentes, porém benigno. Sua incidência é de 1:120.000 recém-nascidos, e em 75% dos casos desenvolve-se na região cervical posterior. Os linfangiomas podem se estender ao assoalho de boca, face, mediastino, língua ou se expandir para demais regiões próximas ao pescoço. São compostos por cistos de fluido quiloso, de coloração amarelo-citrino, revestidos por endotélio vascular. Sua evolução é marcada pelo aumento de volume gradual com compressão e invasão de estruturas adjacentes, gerando sintomatologia de acordo com sua localização. Durante o primeiro ano de vida tem tendência a crescer, podendo resultar em complicações, como a síndrome de Kasabach-Merri, síndrome de Klippel-Trénaunay e risco iminente de obstrução das vias aéreas. A forma terapêutica mais utilizada é a cirúrgica, visando a preservação de estruturas nervosas e vasculares envolvidas.</p> <p>RELATO DE CASO: R.L.C. 26 anos, natural de Jaguaruna (SC), G1P0, idade gestacional (IG) de 38 semanas e 5 dias por meio de ultrassonografia. Ao realizar US morfológico do segundo trimestre, com 23 semanas, foi evidenciado malformação fetal em região cervical, também avaliada em ressonância magnética (RM), sendo provável linfangioma. Acompanhou em ambulatório de alto risco até 38+5 de IG, até ser internada para cesariana eletiva. RN de sexo feminino, 3200g ao nascer, APGAR 9/10, cesárea sem intercorrências. Foi realizado US com doppler aos dois dias de vida para avaliação da lesão, evidenciando três formações císticas medindo cada uma delas: 3,6x3,1x1,9cm em região submandibular direita, 3,8x3,4x2,5cm em região submentoniana e 3,6x2,9x2,4cm na região submandibular esquerda. RN foi submetida a cervicotomia bilateral com levantamento flapping de pele, subcutâneo e músculo platíma desde região de fúrcula esternal até ângulos mandibulares. Executou-se ressecção de linfangioma multicístico, que ocupava desde região mentoniana até fúrcula esternal e lateralmente até região occipital direita e mastoídea esquerda, desde plano subplatísmal até fáscia pré-traqueal. Sem intercorrências. Foi realizado anatopatológico de duas peças, uma medindo 6,3x4,0x2,7cm com 32gramas e outra de 4,9x3,2x2,7cm com 8gramas, confirmando o diagnóstico de linfangioma.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente caso corrobora com achados de um estudo realizado por Krakhecke (Passo Fundo/RS) que afirma que o pescoço é o local mais acometido. Ribeiro e colaboradores relataram suspeita diagnóstica de linfangioma intra-útero, por meio de US seriadas e RM, com realização de exérese cirúrgica e confirmação por anatopatológico, como evidenciado no presente estudo. Portanto, os avanços dos exames diagnósticos realizados durante o pré-natal, como a US e a RM são de extrema importância para diagnosticar malformações fetais. Percebe-se assim, a relevância do tratamento cirúrgico precoce e do acompanhamento multidisciplinar, visto que a patologia pode oferecer alta morbimortalidade.</p>	<p>DERIVAÇÃO GASTROJEJUNAL PALIATIVA VIDEOLAPAROSCÓPIA EM CANCER GÁSTRICO AVANÇADO</p> <p>RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, JOÃO MARCELO MATOS PEREIRA DE OLIVEIRA, MARCELLO DOS SANTOS MOTA, MARIANE ROCHA MENEZES, HAYATO AUGUSTO HOSSOÉ CORRÊA, DIOGO AGRIPINO DE MEDEIROS, EDUARDO BARROSO RIBEIRO, ANA BEATRIZ FERNANDES SOBREIRA</p> <p><i>HOSPITAL GERAL WALDEMAR DE ALCÂNTARA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O uso da videolaparoscopia no manejo da neoplasia gástrica atualmente é bem estabelecido tanto na proposta curativa, promovendo ressecção oncológica correta, quanto no estadiamento ou palição cirúrgica. As vantagens da cirurgia minimamente invasiva são menor trauma, menor tempo de internação hospitalar, retorno precoce às atividades rotineiras e melhor resultado estético.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 70 anos, masculino, com empachamento pós-prandial por seis meses, evoluiu com hiporexia e intolerância à dieta sólida, acompanhada de perda ponderal de 20%. Foi admitido no serviço de cirurgia apresentando-se com náuseas, emagrecimento e dificuldade para tolerar dieta por via oral, porém com boa performance status, sem mais alterações ao exame físico. Durante a investigação diagnóstica, a Endoscopia Digestiva Alta evidenciou lesão ulceroinfiltrativa acometendo toda a pequena curvatura do estômago, promovendo substenose de transição antropilórica, cuja biópsia confirmou um adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado. Realizou-se o estadiamento radiológico com Tomografia Computadorizada de Abdome contrastada com achados de lesão tumoral gástrica extensiva, ascite, metástases hepáticas difusas e linfonodomegalias próximas ao tronco celíaco e interaortocavais. Por tratar-se de um quadro neoplásico avançado, sem indicação de abordagem curativa, com obstrução digestiva alta e necessidade de restabelecimento de trânsito para nutrição por via oral, indicou-se a videolaparoscopia, que evidenciou a grande curvatura gástrica poupada, sendo então realizada uma gastrojejunostomia manual à Billroth II. O paciente evoluiu clinicamente bem, sem dor, introduzindo-se a dieta oral no dia seguinte com boa aceitação e progressão diária, sem alterações ao exame físico, recebendo alta hospitalar cinco dias depois sem complicações, encaminhado para acompanhamento conjunto com oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: A videolaparoscopia apresenta vantagens pós-operatórias bem reconhecidas, como menor dor, menor risco de íleo paralítico ou aderências e menor tempo de internação hospitalar. Seus benefícios se estendem à abordagem de casos de neoplasias, respeitando os princípios oncológicos, e possibilitando um menor intervalo de tempo para o início de terapias adjuvantes, como a quimioterapia nos casos de adenocarcinoma gástrico. A cirurgia minimamente invasiva representa, portanto, uma boa alternativa aos pacientes com quadro neoplásico avançado e indicação de derivação digestiva paliativa com boas condições perioperatórias.</p>
<p>PO 515-3</p> <p>PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO: UM CASO RARO E DE DIFÍCIL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO</p> <p>Lais Arraes de Carvalho, Igor Pedroso Figueira, Ingrid Dantas Soares Lima, Luigi Sacardi Schiavinatto, Thamyres Rats de Souza Barbosa, Willian Megumi Momoeda, Lindon Johnson Batista de Oliveira</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - PETROLINA - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pseudotumor inflamatório (PTI) foi relatado pela primeira vez no pulmão em 1939, sendo este um dos sítios mais comuns. O segundo local mais afetado é o abdome. Apresentações desse tipo de tumor no trato gastrointestinal são raras e costumam se assimilar a tumores malignos em aspectos clínicos e radiológicos. Torna-se imprescindível considerar PTIs como possíveis diagnósticos diferenciais para evitar intervenções radicais desnecessárias. O presente trabalho tem o objetivo de descrever um caso raro de PTI em cólon transverso.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 34 anos, apresentava dor abdominal, em flanco esquerdo de longa data com piora aos movimentos do cotidiano, desconforto durante o ato sexual, corrimento vaginal e identificação de alimentos nas fezes. Apresentava histerectomia prévia por diagnóstico de endometriose complicando com abscesso e necessidade de laparotomia para drenagem do mesmo mediante a cicatriz cirúrgica mediana infraumbilical. Ao exame físico, BEG, mucosas normocoradas, abdome plano, flácido e doloroso à palpação de flanco esquerdo e de fossa ilíaca esquerda. Nos exames complementares, apresenta TC de abdome revelando área de densificação mal definida em região omental e mesentérica de flanco esquerdo adjacente às alças intestinais de jejuno e cólon transverso, e exames laboratoriais normais. Realizou-se colonoscopia e USG de abdome total, sem sinais indicativos da doença. Foi encaminhada à cirurgia videolaparoscópica, consistindo em colectomia segmentar do cólon transverso com reconstrução primária por lesão tumoral neste. O tumor foi dissecado, evidenciando linha de sutura como provável causa. Aproximadamente um mês pós-operatório a paciente revela evolução favorável, ritmo intestinal regular e cicatrizes com bom aspecto. O estudo histopatológico revela hiperplasia linfóide reacional, abscesso com fibrose em parede colônica e mesentérico, ausência de neoplasia maligna e margens cirúrgicas livres.</p> <p>DISCUSSÃO: PTIs são lesões neoplásicas não malignas, cuja proliferação de células fusiformes é acompanhada de células inflamatórias. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo nos adultos, mais comum na terceira década de vida. O PTI de cólon trata-se de uma lesão rara, até 2014 apenas 18 casos foram relatados. Embora tenha etiologia desconhecida, acredita-se que cirurgias, traumas, reações imunes, infecções são fatores que predis põem o seu aparecimento. Os sinais e sintomas mais comuns são dor abdominal, massa palpável e anemia ferropriva. PTIs abdominais nos exames de imagem costumam apresentar massa bem circunscrita de densidade de partes moles. No entanto, os achados radiológicos são variáveis e inespecíficos. Dessa forma, não pode ser diferenciado clinicamente de outras neoplasias mais agressivas, e, portanto, o exame histopatológico é ainda o mais preciso. Além de que a ressecção costuma ser curativa. O relato apresentado é relevante pois discute um caso raro de difícil diagnóstico pré-operatório, configurando um importante diagnóstico diferencial.</p>	<p>PO 516-1</p> <p>TÁTICA CIRURGICA DE CORREÇÃO DE HERNIA HIATAL RECIDIVADA ASSOCIADA A ULCERA DE CAMERON EM MULHER OBESA</p> <p>Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira, Anderson Teixeira Cavalcante, Anna Karoline Rocha de Souza, Caroline Carvalho Ferro, Guilherme Costa Farias, Tadeu Gusmão Muritiba, Bruno Fuerst Gonçalves de Carvalho</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obesidade pode promover a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) por meio do aumento da pressão intra-abdominal e do gradiente de pressão gastroesofágica, além de induzir alterações mecânicas na junção esôfago-gástrica. A associação entre hérnia hiatal e DRGE pode tornar esta refratária ao tratamento clínico, suscitando a necessidade de tratamento cirúrgico. Ainda, a hérnia hiatal pode cursar com complicações, como úlceras de Cameron, causa pouco lembrada de anemia ferropriva. O presente trabalho se propõe a apresentar um caso de paciente obesa, portadora de hérnia hiatal, submetida a tratamento cirúrgico para estas duas entidades.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 40 anos, branca, IMC 39,4 kg/m², encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral de um hospital de referência sintomas de refluxo gastroesofágico intenso e anemia ferropriva a esclarecer. Passado cirúrgico de abdo-minoplastia há 13 anos e hiato-plastia e fundoplicatura a Nissen há sete anos devido a sintomatologia grave de DRGE refratária a tratamento clínico. Na investigação diagnóstica, realizou endoscopia digestiva alta que flagrou hérnia hiatal associada a úlcera em plicatura de fundo gástrico. Diante do quadro, optou-se pela realização de hiato-plastia e gastrectomia vertical associada a medidas anti-refluxo para o tratamento da obesidade. Paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório, aceitando bem dieta oral líquida. Segue em acompanhamento ambulatorial com melhora dos sintomas de refluxo e perda ponderal adequada.</p> <p>DISCUSSÃO: Até 50% dos pacientes obesos mórbidos podem desenvolver sintomas de DRGE. Os sintomas podem se agravar ou serem refratários a tratamento clínico se a obesidade estiver associada a alterações mecânicas na junção esogástrica, e / ou à presença de hérnia hiatal. A presença de úlceras de Cameron sempre deve ser investigada em paciente com hérnia hiatal e anemia ferropriva crônica, devido às perdas sanguíneas gastrointestinais promovidas por essas lesões. A paciente apresentada no relato de caso teve seu diagnóstico retardado devido a dificuldade de identificação de qualquer lesão do trato gastrointestinal, mesmo após exame de cápsula endoscópica. As lesões de Cameron foram visualizadas em EDA somente após múltiplas tentativas diagnósticas. A cirurgia bariátrica pode ser aventada, associada ou não a hernioplastia hiatal para tratamento de paciente com obesidade mórbida com sintomas de DRGE refratários a tratamento clínico. A despeito da maior associação da DRGE com sleeve gástrico, no caso em questão, optou-se pela gastrectomia vertical em vez da derivação gástrica em Y-de-Roux pelo risco potencial de herniação da bolsa gástrica, bem como pelo risco de deixar uma úlcera previamente sangrante em uma porção do estômago inacessível endoscopicamente - estômago excluído.</p>

PO 516-2	PO 516-3
<p>AGANGLIONOSE COLONICA CONGENITA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Ana Paula Fonseca Barretto, Isabella Neves Rosa, Reinaldo Neves Junior, Angela Lapa da Fonseca Barretto</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O megacólon congênito, ou doença de Hirschsprung, é uma anomalia congênita grave, a qual consiste na ausência de inervação intrínseca na parede intestinal. A forma clássica da doença decorre da aganglionose da parede intestinal de alguma porção do trato digestivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 4 semanas, nascido de parto normal, IG: 36 semanas + 5 dias, nasceu com desconforto respiratório precoce, apresentou um quadro de sepse precoce e, após tratamento, recebeu alta aos 10 dias de vida. Admitido no PS com 4 semanas de vida, o paciente evoluiu com um quadro de distensão abdominal associada a vômitos, engasgos recorrentes e diminuição das evacuações. Com o exame de imagem, o paciente apresentou RX de abdome agudo com distensão difusa de alças intestinais. Optou-se por uma desimpacção com irrigações intestinais e, após esvaziamento dos resíduos fecais, realizou-se exame contrastado de clister opaco que evidenciou um cone de transição. O paciente não apresentou uma boa evolução, mantendo uma distensão abdominal e retardo na eliminação de fartos e fezes, sendo submetido a abordagem cirúrgica com laparotomia exploradora com ressecção de 3 cm de colo sigmoide e uma colostomia a Hartmann. Foram realizadas biópsias de boca de colostomia, reto alto intra-abdominal, e cólon sigmoide, que evidenciaram a ausência de células ganglionares. Paciente evoluiu com pós-operatório adequado, com melhora da distensão abdominal, e recebeu alta com 2 meses de evolução com melhora do estado geral e das funções gastrointestinais com colostomia funcionante.</p> <p>DISCUSSÃO: A fisiologia anormal do megacólon congênito caracteriza-se pela baixa capacidade de propulsão das regiões aganglionares. A etiologia mais aceita da doença seria uma falha no processo de embriogênese, no processo de migração de neuroblastos a partir da crista neural em direção aos plexos mioentéricos no sentido craniocaudal seguindo os feixes do nervo vago. A doença ocorre em 1: 5000 nascimentos. Sua herança é não-mendeliana e de penetrância variável. Os genes regulatórios da maturação e migração das células envolvidas na patogênese da doença são RET, GDNF, GFR1, NRTN, EDNRB, ETS3, ZFXH1B, PHOX2b, SOX10 e SHH. Entretanto, as mutações nesses genes incluem apenas 50% dos casos, tendo, no restante, mutações e modificadores genéticos desconhecidos. O método de cura cirúrgico é a remoção do segmento aganglionar. No caso acima, a evolução foi boa, principalmente com a realização de laparotomia e colostomia a Hartmann, que conferiram uma melhora na distensão abdominal da paciente. A criança, estável, após 2 meses de internação, recebeu alta com indicação de acompanhamento periódico com a CIPE. Hoje, a paciente se encontra re-internada e se encontra no pós-operatório de um abaixamento endo-anal de cólon a Swenson para a reconstrução do trato intestinal.</p>	<p>MUCOCELE DE APENDICE: UMA RARA ENTIDADE CIRURGICA</p> <p>Henrique Takeshi Pinto Emi, Guilherme Rosa Marques Gomes Melo, Edson Freire Fonseca, Daniela Arbache Paulino, Tamiris Alves Menezes Bernardes, Caroline Domingos Pierazzo, Renata Almeida Chaebub Rodrigues, Karina Nascimento Rezende</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mucocèle de apêndice é uma patologia rara do apêndice causada pela dilatação obstrutiva implicada pelo acúmulo intraluminal de material mucóide, que pode ser maligna ou benigna. A ruptura da mucocèle pode acarretar o pseudomixoma de peritônio, altamente letal. A incidência é de 0,2% a 0,4% das apendicectomias, com maior frequência no sexo feminino (4:1) e em pacientes idosos. A clínica da enfermidade se assemelha à apendicite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino foi admitido em ambulatório de cirurgia com dor em fosse ilíaca direita, de intensidade leve, com duração aproximada de dois meses. A paciente apresentou dor à palpação em fossa ilíaca direita e hipogastro. Solicitou-se uma tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou formação nodular cística de limites precisos e regulares em fossa ilíaca direita, em topografia de apêndice cecal, compatível com mucocèle de apêndice. Assim, foi indicado cirurgia. Submetida a videolaparoscopia com incisões em região umbilical, flanco esquerdo e fosse ilíaca esquerda. Durante o procedimento, notou-se apêndice com tumoração cística no terço médio inferior com a preservação de base, logo, realizou-se apendicectomia. O pós-operatório teve ótima evolução. Recebeu alta hospitalar no dia seguinte. O exame anatomopatológico revelou um apêndice cecal medindo 8x3,5cm e os cortes exibiram acentuada dilatação da luz com presença de material mucóide, além de infiltrado linfocítico de agregados linfóides em sua parede.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice cecal é recoberto por epitélio contendo mais células calciformes do que o cólon. Dessa forma, a maioria dos tumores epiteliais do apêndice começam com mucocèle. Existem quatro tipos histológicos: I - cisto de retenção; II - hiperplasia mucosa focal ou difusa, sem atipia celular da mucosa do apêndice; III - cistoadenoma mucinoso com certo grau de atipia celular; IV - cistoadenocarcinoma mucinoso. Os processos patológicos do Tipo I e II, são considerados benignos e o Tipo III de transição. O Tipo IV é uma neoplasia maligna, que a disseminação de células epiteliais no interior da cavidade abdominal ocorre em 6% dos casos e se denomina pseudomixoma peritoneal. As manifestações são inespecíficas, sendo a metade dos casos descobertos acidentalmente durante um exame radiológico ou na cirurgia. Os sintomas incluem dor no quadrante inferior direito do abdômen, massa abdominal palpável, náusea, vômito, perda de peso e sangramento gastrointestinal. Apesar do frequente diagnóstico incidental, o exame físico bem feito, a ultrassonografia abdominal, a colonoscopia e, principalmente, a tomografia computadorizada podem sugerir o diagnóstico e auxiliar na escolha da tática cirúrgica. Aproximadamente 20% dos casos de mucocèle de apêndice têm associação com o câncer colorretal. Contudo, outras neoplasias como os carcinomas de ovário, endométrio, mama, próstata, bexiga e rim também podem estar presentes. A sobrevida em 5 anos nos casos benignos é próxima dos 100% e nos casos de malignidade cerca de 45%.</p>

PO 517-2	PO 517-3
<p>FISTULA ENTEROCUTANEA DE ALTO DEBITO COMO COMPLICAÇÃO DE APENDICITE DE TRATAMENTO TARDIO EM ADOLESCENTE</p> <p>Leticia Maria Barbosa Tufi, Rodrigo Alvez Abreu Coimbra, Gustavo da Silveira Orsi, Vilani Kremer, Ana Glenda Santarosa Vieira, Wilson Elias Oliveira Junior</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Barretos - Barretos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a enfermidade de resolução cirúrgica mais comum infância. O tratamento pode ser não cirúrgico, mas o padrão é a abordagem operatória. Apesar de novos e melhores antibióticos, de avanços em imagem e de cuidados de suporte, muitos pacientes com apendicite aguda desenvolvem sérias complicações e tem recuperações mórbitas e prolongadas. O presente relato ilustra o caso de uma adolescente com diagnóstico e tratamento tardios e evoluiu com pós-operatório complicado apresentando uma fistula enterocutânea de alto débito.</p> <p>RELATO DE CASO: Adolescente, feminino, 12 anos, admitida no PS infantil da Santa Casa de Barretos com dor abdominal, náusea e vômito há aproximadamente 25 dias, associada a prostração, febre intermitente e emagrecimento. Apresentava um diagnóstico prévio (em outro serviço) de pielonefrite e fazia o uso de Ceftriaxona há 10 dias, sem melhora. No exame físico o abdome apresentava-se doloroso e com sinais de peritonite, contudo sinais de Giordano e Murphy negativos. A Tomografia Computadorizada de abdome evidenciou espessamento parietal difuso de alças delgadas, com múltiplas coleções esparsas pela cavidade, a maior delas apresentado tamanho de 14x6cm, com volume estimado de 351,3cm³. Paciente submetido a laparotomia e evidenciadas múltiplas coleções purulentas encapsuladas, e aderências firmes entre alças. Não identificado apêndice cecal, notado apenas o coto apendicular (apêndice fagocitado) aderido a alças. Identificado múltiplas perfurações e necrose em alça de íleo terminal, a aproximadamente 10cm da válvula íleo cecal, realizada ressecção com enterectomia e enteronastomose T-T Foi encaminhada para UTI, onde permaneceu por 6 dias. Ao ser admitida em enfermaria pediátrica passou a apresentar febre e a secretar solução fétida por cicatriz cirúrgica e evoluiu com fistula enterocutânea com alto débito (aprox.200ml/dia). Iniciado tratamento conservador com Octreotide e alimentação parenteral, com boa resposta clínica e fechamento completo da ferida no 29PO.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de apendicite é feito clinicamente com o auxílio de exames complementares. Mas sintomas atípicos e imagens inconclusivas levam a falhas e atrasos diagnósticos. Relatamos um caso em que o diagnóstico foi dado com atraso de 20 dias, o que acreditamos ter sido decisivo no prognóstico. Segundo Iamarino et al em um estudo brasileiro observou que os principais fatores de risco para atraso diagnóstico são: pacientes abaixo de 12 anos, presença de febre, descompressão brusca, diarreia, exames de imagem com alterações, além da longa duração dos sinais e sintomas. Apesar de controverso na literatura pediátrica, alguns estudos mostram que o uso de análogos da somatostatina e nutrição parenteral tem apresentado bons resultados no tratamento de fistulas, especialmente em terminais e de baixo débito, semelhante ao encontrado em adultos. Observamos desta forma a necessidade de diagnóstico e intervenção precoces como fator determinante de bom prognóstico no manejo da apendicite aguda.</p>	<p>RECÍDIVA DE CANCER COLORRETAL EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF): RELATO DE CASO</p> <p>Thayná Soares Oliveira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Patrícia Alves Manguiera, Paulo Henrique Dias Moraes, Rone Antonio Alves Abreu, Mateus Wendell de Moraes Rezende, Camila Fecury Cerqueira, Pedro Ernesto Alves Manguiera Junior</p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença genética causada por mutação do gene APC (adenomatous polyposis coli) no cromossomo 5q21, caracterizada pelo aparecimento de múltiplos pólipos na mucosa de todo o trato Gastrointestinal, principalmente Intestino Grosso e Reto, durante a puberdade. Manifesta-se com mudança no caráter das fezes, hematoquezia, enterorragia, dor abdominal, obstruções e perfuração. Devido ao grande número de pólipos e à sua natureza adenomatosa, a evolução maligna para Câncer Colorretal ocorre cerca de 10 anos após seu surgimento (4° e 5° década de vida) em pacientes que não realizam acompanhamento ou tratamento específico. O tratamento é cirúrgico, sendo a colectomia total a mais indicada para reduzir riscos de malignização.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.E.V.M., masculino, 49 anos, história prévia de Polipose Adenomatosa Familiar com Adenocarcinoma Tubular (pT1N0Mx) submetido à Colectomia Total com Anastomose Ileorretal, sem seguimento clínico e cirúrgico, Quimioterapia/Radioterapia adjuvante ou re-estadiamento. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome Total por conta própria, que demonstrou nódulos em parênquima hepático possivelmente relacionados a acometimento secundário. Paciente seguiu sem acompanhamento médico. Apresentou-se com diarreia há 30 dias, evoluindo com dor abdominal e febre, associado inapetência e perda de 7kg em dois meses. Laudo de TC de Abdome Total revelou distensão de delgado, sugerindo subocclusão intestinal confirmada com Colonoscopia indicando substenose por Neoplasia de Anastomose de Reto. TC de Tórax apresentou possíveis metástases pulmonares. Paciente foi submetido à Retossigmoidectomia, através de laparotomia exploratória para estadiamento de Delgado, com biópsia de metástase hepática, enterectomia e ileostomia em alça. Evidenciou-se, no intra-operatório, metástase hepática e obstrução de anastomose ileorretal. Biópsia hepática indicou adenocarcinoma metastático, e biópsia de mucosa de anastomose reto-delgado confirmou adenocarcinoma invasor.</p> <p>DISCUSSÃO: A PAF tem grande relação com incidência de câncer colorretal, justificando a importância de seu estudo, visto que não só o paciente, mas também seus respectivos familiares devem ser orientados a realizar diagnóstico precoce. Embora este seja feito por meio de exames endoscópicos e mapeamento genético, a clínica e o tratamento cirúrgico são fundamentais, demonstrando a importância da discussão desta patologia, e também, da sobrevida pós-cirúrgica que não é bem documentada na literatura.</p>

PO 518-2	PO 520-2
<p>PERFURAÇÃO DE RETO COM TRATAMENTO POR COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO</p> <p>Patrícia Freitas Ferreira, Karina Correa Ebrahim, Barbara Pereira de Lara, Barbara Anahy Bazzano, Murilo Tomiyoshi, Gustavo Kurachi, Univaldo Etsuo Sagae, Doryane Maria dos Reis Lima</p> <p><i>Centro Universitário FAG - Cascavel - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perfuração intestinal é uma ocorrência freqüente nos serviços de emergência, sendo iatrogênica em até 6% dos casos. Trata-se, na maioria das vezes, de uma complicação técnica de exames diagnósticos como colonoscopia, enema opaco, defecografia, retirada de corpo estranho e até mesmo do uso de enemas aquosos retrógrados. Tradicionalmente, a laparotomia com ostomia foi utilizada para tratar essa complicação. No entanto, técnicas minimamente invasivas, como laparoscopia e reparos endoluminais, estão sendo usadas mais comumente agora.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente T.S, feminina, 93 anos, apresentou hemorragia digestiva baixa de grande intensidade após esforço evacuatório intenso juntamente com manobras digitais para a evacuação de enemas aquosos retrógrados. Paciente chegou ao serviço de referência com sangramento anal ativo de grande monta porém sem dor e estável hemodinamicamente. Possuía histórico de constipação de longa data com uso esporádico de laxantes e, às vezes, episódios de uso de enemas. Foi realizada colonoscopia de urgência com achado de grande defeito na mucosa com aspecto de perfuração e sangramento ativo da lesão. Foi optado por tratamento endoscópico com cliques para rafia da lesão e controle de sangramento. Após controle da hemorragia a paciente foi transferida para internamento hospitalar. As imagens da tomografia computadorizada (TC) evidenciaram extenso pneumoperitônio. A paciente foi conduzida de forma conservadora com uso de antibióticos e estabilização hemodinâmica, com resolução completa do caso, após 14 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A perfuração do reto por enema aquoso pode ser tratada por colonoscopia tendo boa evolução apesar da complicação do pneumoperitônio.</p>	<p>APRESENTAÇÃO TARDIA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA À DIREITA: RELATO DE CASO</p> <p>CAMYLA LEMOS BUDIB, JOAQUIM PLÁCIDO DE FREITAS ALVES, CAROLINE VILELA MARIN, ANA PAULA LAVOYER DE ARAÚJO, DJULLIAN BALDI, KAMILA BARBOSA BORGES CORTES, LETICIA SALES PAVINI, CARLOS AUGUSTO LEITE DE BARROS CARVALHO</p> <p><i>HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ - CUIABÁ - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática congênita é um defeito embriológico ocasionado pelo não fechamento do canal pleuroperitoneal, durante o desenvolvimento embrionário (Forame de Bochdalek), promovendo defeito de descontinuidade no músculo diafragmático e propiciando a passagem de estruturas intra-abdominais para a cavidade torácica, o que leva à compressão e hipoplasia pulmonar. É a anomalia diafragmática mais comum e ocorre, usualmente, no seu segmento póstero-lateral, com maior frequência no lado esquerdo (85 a 90% dos casos) e pode estar associada a outras anomalias congênitas. Estima-se que 14% delas são diagnosticadas após o período neonatal e estes pacientes apresentam melhor prognóstico. A saber, a terapêutica preconizada é cirúrgica. Assim sendo, salienta-se a apresentação rara do caso em discussão, por se tratar de criança diagnosticada tardiamente, aos 4 anos de idade, com hérnia diafragmática, à direita (lado acometido apenas em 5 a 10% dos casos).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, aos 4 anos de idade, apresentando dispneia moderada e tiragem intercostal com antecedente de sintomas respiratórios recorrentes (infecção de vias aéreas superiores), sem internações prévias. A radiografia de tórax evidenciou imagens sugestivas de alças intestinais em hemitórax, à direita. Realizada tomografia computadorizada de tórax, a qual identificou herniação de alças intestinais para o hemitórax direito, com fígado em posição abdominal. Optou-se pela realização de toracoscopia com utilização de quatro trocateres (ótica de 5 mm e instrumentais de 3 mm), sem intercorrências, com fechamento primário do defeito diafragmático com pontos separados de Ethibond 2.0. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: Pacientes com hérnia diafragmática congênita, menos frequentemente, podem apresentar sintomas tardios, sendo diagnosticados após o período neonatal, como no caso em discussão. Apenas 5 a 10% dos casos ocorrem à direita, portanto, é notória a apresentação rara do quadro do paciente a que se refere. O tratamento da afecção é cirúrgico e pode ser realizado por videocirurgia (laparoscopia ou toracoscopia), o que promove menor trauma cirúrgico e dor pós-operatória, assim como menor tempo de internação, em conformidade com o caso de apresentação rara relatado.</p>
<p>PO 521-1</p> <p>GASTRECTOMIA SEGMENTAR CONVENCIONAL COMO TRATAMENTO DE GIST VOLUMOSO</p> <p>RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, JOÃO MARCELO MATOS PEREIRA DE OLIVEIRA, MARCELLO DOS SANTOS MOTA, DIOGO AGRIPINO DE MEDEIROS, MATEUS FERNANDEZ PIMENTEL GOMES LUZ, WILLER EVERTON FEITOSA MENEZES, JESSICA GURGEL SANTOS, ANA BEATRIZ FERNADES SOBREIRA</p> <p><i>HOSPITAL GERAL WALDEMAR DE ALCÂNTARA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores de estroma gastrointestinal (GIST) representam as neoplasias mesenquimais mais frequentes do trato digestivo. Os principais sintomas são hemorragia, dor ou desconforto abdominal e massa palpável. O diagnóstico é baseado no quadro clínico, métodos de imagem, análise anatomopatológica após ressecção cirúrgica e, principalmente, imunoistoquímica e análise de marcadores tumorais, auxiliando na diferenciação de seu comportamento benigno ou maligno.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 74 anos, com início de melena associada a dois episódios isolados de hematêmese. Apresentava também hiporexia e perda ponderal de cerca de seis quilos em três meses, além de massa palpável de consistência endurecida e indolor, de grande volume, em região de hipocôndrio esquerdo. Realizou Tomografia Computadorizada de Abdome, que evidenciou volumosa lesão expansiva sólida-cística abdominal de aproximadamente 16,7 x 15,9 x 16,4cm, com septos espessos e realce ao meio de contraste, sem plano de clivagem com corpo gástrico e cauda do pâncreas, com volume estimado em 2079 mL. Indicou-se abordagem cirúrgica com achado de lesão intramural de corpo gástrico e parede posterior de aproximadamente 10 cm sem sinais de implantes secundários. Realizou-se secção da lesão no estômago em cunha em região de parede posterior de corpo gástrico com rafia primária. Evoluiu com evisceração no pós-operatório (PO), sendo reabordado para nova sutura aponeurótica, sem complicações gástricas. Recebeu alta hospitalar no 9º PO com boa aceitação de dieta oral. A análise histopatológica evidenciou neoplasia de células fusiformes, com achados morfológicos suspeitos para GIST e margem cirúrgica livre de neoplasia. Posteriormente, a imunoistoquímica da lesão confirmou a hipótese, indicando-se tratamento adjuvante com mesilato de Imatinibe. Durante acompanhamento ambulatorial, o paciente apresenta-se clinicamente bem, assintomático, sem sinais de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Considerada rara, essa neoplasia pode ser encontrada ao longo de todo o trato gastrointestinal, porém, em mais da metade dos casos, situa-se no estômago. Inicialmente assintomática, até 70% dos pacientes podem desenvolver algum tipo de sintomatologia, dependendo da localização e do tamanho do tumor. Geralmente, a massa tumoral só é palpável quando atinge dimensões superiores a 4 cm e o tamanho da lesão é considerada fator prognóstico, assim como o índice mitótico. A ressecção cirúrgica com margens livres se faz necessária para correta avaliação de seu potencial de malignidade e tratamento curativo.</p>	<p>PO 521-2</p> <p>RARA SÍNDROME DE PRUNE-BELLY: UM RELATO DE CASO</p> <p>CAMYLA LEMOS BUDIB, JOAQUIM PLÁCIDO DE FREITAS ALVES, CAROLINE VILELA MARIN, ANA PAULA LAVOYER DE ARAÚJO, DJULLIAN BALDI, LETICIA SALES PAVINI, KAMILA BARBOSA BORGES CORTES, JOSÉ ROBERTO RODRIGUES DE LIMA</p> <p><i>HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ - CUIABÁ - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome de Prune-Belly é composta por uma tríade constituída por deficiência congênita do músculo reto-abdominal, caracterizadamente reconhecida pelo “abdome em ameixa seca”, criptorquidia bilateral e malformações do trato urinário. É descrita na literatura atual como uma síndrome rara, com incidência menor que cinco a cada 100.000 nascidos vivos. O presente estudo descreve um caso da rara Síndrome de Prune-Belly em fase de tratamento, com detalhes do diagnóstico e tratamento realizados, por meio de revisão de prontuário médico.</p> <p>RELATO DE CASO: Lactente do sexo masculino, 10 meses de idade, com histórico de imagens compatíveis com megabexiga e oligodramnia severa (ILA 1,2 cm), no período intrauterino, à ultrassonografia fetal. Ao nascer, manifestou quadro de oligúria, sendo encaminhado ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, com 48 horas de vida, para avaliação e elucidação do caso. Durante investigação, ao exame clínico foi constatada hipoplasia do músculo reto-abdominal, criptorquidia bilateral e pé torto bilateral. Por meio de ultrassonografia de abdome e uretrocistografia (realizada no 7º dia de vida) foram constatadas alterações urinárias compatíveis com a Síndrome de Prune-Belly, sendo estas mega ureter, com refluxo vesico ureteral bilateral, mega bexiga e espessamento de parede vesical. A terapêutica cirúrgica, em etapas, consistiu em vesicostomia no primeiro tempo operatório, no 15º dia de vida. Paciente apresentou satisfatória evolução pós-operatória. Mantém-se em seguimento ambulatorial, com retornos trimestrais programados e proposta de reimplante ureteral bilateral, orquidopexia bilateral, fechamento de vesicostomia, criação de derivação urinária continente e abdominoplastia.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Prune-Belly é uma rara condição congênita com manifestações clínicas clássicas, que possibilitam um diagnóstico precoce. Todavia, suas repercussões no desenvolvimento infantil e demais complicações ainda são pouco discutidas e refletem na baixa sobrevida dos pacientes acometidos pela doença. Assim sendo, considerando os poucos casos de pacientes publicados em literatura, torna-se importante apresentação dos quadros referentes à Síndrome, como no raro caso em discussão.</p>

PO 521-3	PO 522-1
<p>MUCOCELE DE APENDICE: RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO AMANTINI MESSIAS, RENATA SALVINO ZANON, NAISA CARVALHO MODESTO DE ABREU, NICOLE DE SOUZA DUARTE COSTA, BEATRIZ QUEIROZ CRUZ, KARIN SILVA FERREIRA, JAQUES WAISBERG</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA - Carapicuíba - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucocele de apêndice foi descrita primeiramente em 1842 por Rokitansky e representa uma dilatação progressiva do apêndice causada por acúmulo intraluminal de mucina. Esse termo engloba várias causas que podem ser divididas em lesões neoplásicas ou não-neoplásicas, sendo na maioria dos casos um processo benigno. A incidência da Mucocele de apêndice é rara e representa aproximadamente 0,3% das apendicectomias, com discreta predominância no sexo feminino e em pacientes na 5ª e 6ª década de vida. É classificada em quatro subtipos histológicos: Hiperplasia mucosa (52%); cisto de retenção (20%); cistoadenoma mucinoso (18%) e cistoadenocarcinoma mucinoso (10%). Relatamos um caso de paciente feminino com história de massa pélvica que foi submetido a abordagem cirúrgica por suspeita de mucocele de apêndice.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 52 anos, foi encaminhada ao ambulatório devido dor em fossa ilíaca direita (FID) e disúria. Estava em investigação de massa pélvica por suspeita de neoplasia de ovário. Na ultrassonografia transvaginal foi identificado lesão sólida, hiperecogênica, contornos regulares na FID, medindo 7,7 x 3,8 x 4,5 cm, sem fluxo ao estudo Doppler. A ressonância magnética da pelve evidenciou estrutura alongada com conteúdo líquido espesso em comunicação com ceco medindo 9,0 x 4,2 x 4,0 cm, sendo levantada hipótese de mucocele de apêndice. Marcadores tumorais: CA 125 15,6 U/mL, CA 19,9 < 2,5 U/mL; CEA 5,58 ng/mL. A paciente foi internada para laparotomia exploradora. No intra operatório foi visualizado apêndice cecal de tamanho aumentado, com base livre de aproximadamente 3 cm. Optado por apendicectomia, com retirada da peça íntacta. Paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta no 2º pós operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial com melhora dos sintomas. Resultado histológico da peça foi de tumor mucinoso de apêndice cecal, sem atipias e com margens livres.</p> <p>DISCUSSÃO: A Mucocele de apêndice é raramente diagnosticada no pré-operatório devido à baixa incidência e quadro clínico atípico, portanto devemos nos atentar à esse diagnóstico diferencial de dor no quadrante inferior do abdome e de massa pélvica. A Mucocele de apêndice e o pseudomixoma peritoneal usualmente são diagnosticados no sexo feminino após os 50 anos de idade, sendo recomendado a realização de tomografia computadorizada ou ressonância magnética quando uma paciente a partir desta idade apresentar sintomas clínicos de dor em fossa ilíaca direita. O tratamento da mucocele é iminentemente cirúrgico e depende do subtipo histológico que na maioria dos casos é identificado pela análise anatomopatológica. A reabordagem cirúrgica pode ser necessária em alguns casos para complementar o tratamento. Nos casos benignos é realizado apendicectomia convencional, enquanto nos casos de cistoadenocarcinoma e pseudomixoma peritoneal há a necessidade de abordagem cirúrgica mais agressiva, havendo discordância na literatura quanto a realização de quimioterapia.</p>	<p>TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PARA REMOÇÃO DE GOSSIPIBOMA ASSOCIADO A TERAPIA A VÁCUO DE FÍSTULA DUODENAL VIA ENDOSCÓPICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>GABRIELA LIMA NÓBREGA, ELIGIO ALVES DE ALMEIDA JUNIOR, ROMERO DE LIMA FRANÇA, CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, FLAUBERT SENA DE MEDEIROS, SENIVAL ALVES DE OLIVEIRA JÚNIOR, LUIZ FELIPE MEDEIROS ROCHA, LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gossipiboma é o termo médico que se refere à massa formada a partir de uma matriz de algodão confinada pela reação inflamatória tecidual. A incidência é de 1/1500 operações, porém a real incidência pode ser maior devido a preocupações legais e ao estado assintomático de alguns pacientes. A apresentação clínica é variada, incluindo dor, vômito, anorexia, constipação e perda de peso. As complicações incluem perfuração de órgão ocos, obstrução intestinal, peritonite, abscesso e fístula. Tomografia computadorizada é o exame de escolha para diagnóstico e avaliação das complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: R.B.L. 40 anos, sexo feminino, submetida a colecistectomia aberta em outubro/2018, evoluindo 15 dias após o procedimento com queixas de pirose e distensão abdominal. Ao exame físico o abdome apresentava – se flácido, indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Realizou tomografia computadorizada que, por sua vez, evidenciou presença de imagem amorfa em antro gástrico. Endoscopia digestiva alta (EDA): demonstrou importante distensão gástrica, notando – se material heterogêneo, sugestivo de gossipiboma. Diante do achado, foi submetida a EDA: identificado corpo estranho em luz gástrica até duodeno compatível com compressa, laçando - o em alça e removido pelo endoscópio, após retirada foi observado abertura duodenal, sendo então optado por realizar terapia à vácuo em lúmen duodenal. Biópsia: lesão cística inespecífica benigna com fragmentos de corpo estranho. Paciente apresentou boa evolução após o procedimento, sem intercorrências. Assintomática desde então. Colonoscopia de controle, 3 meses após o procedimento, evidenciou área de drenagem cicatrizada.</p> <p>DISCUSSÃO: O gossipiboma deve ser removido assim que for diagnosticado. A via mais utilizada é a laparotomia porém há relatos de extração percutânea, laparoscópica e endoscópica. No caso acima, a remoção por endoscopia possibilitou a resolução do quadro de forma menos invasiva, sem comprometimento gástrico e com rápido retorno às atividades cotidianas. No entanto, a melhor abordagem é a prevenção. Todas os materiais cirúrgicos devem ser verificados no final da cirurgia e registrados. Embora a incidência de gossipiboma seja muito baixa, deve ser sempre lembrado como causa de dor abdominal crônica em paciente com cirurgia prévia.</p>
<p>PO 522-3</p> <p>MUCOCELE DE APENDICE</p> <p>MICHAELA SCHREINER GAUER, ELISABETH AMANDA GOMES SOARES, DANIEL HIDEO MURAI, CESAR AMADO, FLAVIO ANTONIO SÁ RIBEIRO</p> <p><i>HOSPITAL CASA DE PORTUGAL - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucocele de apêndice corresponde à dilatação apendicular, de aspecto cístico e conteúdo intraluminal mucóide. Presente em 0,3% das apendicectomias realizadas, tem prevalência em mulheres entre 50-60 anos. Pode apresentar-se de forma benigna (hiperplasia mucinosa ou cistoadenoma) e maligna (cistoadenocarcinoma). Por sua diversidade sintomatológica, é dificilmente diagnosticada no período pré-operatório, sendo um achado incidental em procedimentos cirúrgicos e exames anatomopatológicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero feminino, 48 anos, sem comorbidades, apresentou durante 6 meses, cólica de média intensidade em fossa ilíaca direita. Em ultrassonografia de abdome total, foram identificadas bilateralmente, massas de aspecto cístico compatíveis com câncer de ovário. Em tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética contrastada, constatou-se em fossa ilíaca direita junto a base do ceco, lesão alongada, cística e de conteúdo homogêneo, correspondente a mucocele de apêndice. Também identificado, cisto de 1,4 cm em ovário direito e útero de aspecto miomatoso. O procedimento cirúrgico, procedeu com laparotomia, exposição do apêndice, tíflectomia e anastomose latero-lateral, seguido de omentectomia, linfadenectomia retroperitoneal e finalizado por ooforectomia bilateral e miomectomia. O apêndice encontrava-se sobredistendido em porção distal, com coloração brancacenta, sem perfurações, repleto de conteúdo mucóide, sem processo inflamatório ou disseminação em tecidos adjacentes. Paciente manteve-se estável durante o ato cirúrgico, sendo encaminhada para leito. Exame anatomopatológico identificou neoplasia mucinosa de baixo grau (8 cm), peritônio, epíplon, linfonodos e limites cirúrgicos livres de neoplasia, bem como, leiomioma e folículos císticos.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar da recorrente inespecificidade clínica, observa-se no caso, dor abdominal em fossa ilíaca direita, massa abdominal palpável, náuseas e vômitos. O diagnóstico requer exames de imagem confirmativos como USG, RNM e TC. A possibilidade de alargamento ovariano e aprisionamento tecidual de células tumorais, instigou a ideia de estágio avançado em pré-operatório. Preconiza-se a laparotomia pelo menor risco de rotura apendicular, evitando disseminação peritoneal e adjacente. A abordagem cirúrgica com tíflectomia delimitou margens seguras de ressecção, seguida de linfadenectomia e omentectomia na pesquisa de expansões carcinomatosas. Dado ao diagnóstico precoce, a cirurgia antecedeu o estágios avançados de malignidade e extravasamento de conteúdo mucóide, sendo satisfatória com menor ressecção cecal que a hemicolectomia direta. O manejo correto da doença é imprescindível no prognóstico e representa grande desafio no tratamento da doença não complicada.</p>	<p>PO 523-2</p> <p>SÍNDROME DE WAGR: RELATO DE CASO</p> <p>Karine Furtado Meyer, Débora Regina Andrade Dalla Costa, Camila Correa Penedo</p> <p><i>Fundação Universidade Regional de Blumenau - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de WAGR é uma doença genética rara e foi assim denominada graças as suas características: tumor de Wilms (W), aniridia (A), malformação do trato geniturinário (G) e retardo mental (R). O objetivo deste trabalho é relatar um caso de pré-escolar com síndrome de WAGR encaminhado ao serviço de Cirurgia Pediátrica para correção de criptorquidismo e hipospádia.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, um ano e seis meses, diagnóstico ao nascimento de aniridia e malformação geniturinária. Submetido a investigação clínico-laboratorial e exame de cariótipo, sendo identificada deleção da porção p13 do cromossomo 11, XY, fechando o diagnóstico de síndrome de WAGR. Ao exame físico encontrava-se de positivo, aniridia bilateral, hipospádia perineal, pênis curvo, testículos não palpáveis em bolsa escrotal ou canal inguinal, abdome plano, flácido, indolor, sem massas abdominais palpáveis, desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Submetido a videolaparoscopia, identificados testículos intra-abdominais com disjunção epidídimo-testicular completa, sendo o direito alto e esquerdo na entrada do anel inguinal interno e tecido em fita adjacente as gônadas que foi biopsiado. Realizada orquidopexia a esquerda. Realizado ainda primeiro tempo de correção cirúrgica de hipospádia através de ortofaloplastia. Teve boa evolução pós-operatória, retirado a sonda de uretra perineal no segundo dia pós-operatório. Anatomopatológico evidenciou tecido correspondente a epidídimo sem alterações. Mantem seguimento para avaliação da função testicular.</p> <p>DISCUSSÃO: As alterações geniturinárias são mais comuns no sexo masculino (criptorquidismo, hipospádia), porém, podem ocorrer no sexo feminino (clitoromegalia, malformações uterinas ou vaginais). Ambiguidade genital, digenesia gonadal e gonadoblastoma podem ocorrer. A função cognitiva pode variar desde retardo mental até desordens comportamentais como hiperatividade, transtornos obsessivos compulsivos ou autismo. A incidência de tumor de Wilms em pacientes com aniridia é de 6,3%, sendo 17% bilaterais. Isso está associado a deleção do gene WT1 que encontra-se na região 13p do cromossoma 11 que atua como um supressor tumoral. Apesar da tendência a bilateralidade, esses pacientes apresentam tipos histológicos menos agressivos e massas tumorais menores, sendo a taxa de sobrevivência em 5 anos de quase 90%. O diagnóstico da síndrome é dado pelo cariótipo que identifica a deleção 11p13. A investigação geralmente se inicia no período neonatal após o diagnóstico de aniridia. WAGR é uma síndrome genética rara que traz desafios para a cirurgia pediátrica tanto no ponto de vista da correção das malformações geniturinárias quanto devido a alta incidência de neoplasias malignas nesses pacientes.</p>

PO 524-1	PO 524-2
<p>TRATAMENTO CONSERVADOR DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: RELATO DE CASO COM QUATRO DIAS DE INTERNAÇÃO</p> <p>GABRIELA CASSIA GOMES SILVA, BRUNO FREITAS BELEZIA, LUCAS VILLELA SANTOS, VITOR EUGENIO RIBEIRO, LUCAS MAGALHAES BARBOZA, PAULA SANNAZZARO OLIVEIRA ASSIS, LEANDRO PAULA GREGORIO, LUCAS BANTERLI VINHAS</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As complicações mais comuns de doença péptica ulcerosa são sangramento, perfuração e obstrução gástrica. Como principais fatores de risco encontram-se o uso de AINES e a infecção pelo <i>H. pylori</i>. Após o início do uso de Inibidores de bomba de prótons (IBP), observou-se uma importante redução na taxa de hospitalizações por doença péptica ulcerosa em estudos comparando os anos de 1993 a 2006. Entretanto a taxa de mortalidade ainda é dez vezes maior do que a de apendicite ou colecistite aguda. A perfuração ulcerosa, complicação com maior taxa de mortalidade, tem incidência de 2 a 10%. Deve ser suspeitada com quadro súbito de dor abdominal difusa e severa que em poucas horas pode evoluir para peritonite avançada e choque cardiovascular. O diagnóstico é clínico e deve ser realizado precocemente. O manejo inicial consiste em suspensão de dieta, reposição volêmica rigorosa, IBP em dose plena e antibióticos de largo espectro. A grande questão é decidir sobre a indicação ou não de tratamento cirúrgico. Peritonite, instabilidade hemodinâmica e piora clínica progressiva são indicações indiscutíveis para cirurgia de urgência. Caso o paciente esteja estável hemodinamicamente ou melhorando com o manejo clínico inicial, o tratamento conservador tem sido uma opção cada vez mais utilizada.</p> <p>RELATO DE CASO: A.M.J.N, 48 anos, tabagista e etilista, admitido no serviço de cirurgia geral do Hospital Odilon Behrens no dia 20/08/2018, com quadro de dor abdominal intensa, pior em epigástrico, com 12 horas de evolução. Ao exame físico: estável hemodinamicamente, abdome doloroso difusamente, sem irritação peritoneal. Identificado pneumoperitônio no RX. Diante da estabilidade clínica, paciente foi submetido a tratamento conservador para úlcera péptica perfurada. Evoluiu com melhora completa das queixas álgicas em 24 horas, liberada dieta no dia 22/08/2018, sem intercorrências. Teve alta hospitalar com manutenção de IBP por seis semanas, retorno ambulatorial e orientações no dia 23/08/2018.</p> <p>DISCUSSÃO: Estudos vêm demonstrando que o tratamento conservador tem conseguido evitar procedimento cirúrgico em cerca de 50% dos pacientes e os maiores preditores de cirurgia encontrados foram o tamanho do pneumoperitônio, distensão abdominal, frequência cardíaca >94bpm/min, dor ao toque retal e idade >60 anos. No caso acima, o tratamento conservador evitou um procedimento cirúrgico desnecessário e possibilitou uma desospitalização precoce.</p>	<p>NEFRECTOMIA POUPADORA DE NEFRONS (NPN) EM PACIENTES PORTADORES DE TUMOR DE WILMS BILATERAL</p> <p>Karine Furtado Meyer, Débora Regina Andrade Dalla Costa, Camila Correa Penedo, Maurício Macedo, Thais Ribeiro Pinto</p> <p><i>Fundação Universidade Regional de Blumenau - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aproximadamente 5% das crianças com tumor de Wilms apresentam-se com doença bilateral. O tratamento ideal é atingir alto índice de cura mantendo função renal a longo prazo. Com o avanço dos exames de imagem e técnicas de preservação renal, a nefrectomia poupadora de néfrons (NPN) tornou-se segura com baixas taxas de morbidade e recorrência local.</p> <p>RELATO DE CASO: CASO 1: menina, 2 anos de idade, diagnóstico de tumor de Wilms bilateral com 1 ano e 4 meses de idade. Estadiamento inicial V com metástases pulmonares. Iniciou Protocolo SIOP (actinomicina, vincristina e doxorubicina) por 6 semanas. Realizada cirurgia: 1 nefrectomia direita – tumor invadindo pelve e ureter cujo anátomo patológico (AP): nefroblastoma subtipo estromal, anaplasia ausente, seio renal invadido com margens livres e 2) NPN à esquerda cujo AP: nefroblastoma subtipo misto. Durante a cirurgia houve abertura do sistema pielocalical que foi suturado e não drenado. Evoluiu com fistula urinária. Realizado passagem de cateter de duplo J com fechamento espontâneo da fistula no 21º dia pós cateter de duplo J. Atualmente bem com função renal normal. CASO 2: menina, 2 anos com quadro agudo de Insuficiência Renal. Exame físico uma massa abdominal bilateral em flancos cujos exames de imagem identificaram como processos expansivos sólidos: em Rim Direito massa ocupando a porção cortical e medular medindo 1,5 cm de diâmetro, outra imagem ocupando o terço médio e inferior predominantemente medular, ocupando parte da pelve renal medindo 4,6 x 4,6 x 4,1 cm provocando dilatação calicinal em grupamentos médio e inferior; em Rim Esquerdo massa ocupando polo superior em porção cortical medindo 2,0 x 1,8 x 1,7 cm e outra massa ocupando terço médio em porções cortical e medular medindo 4,1 x 4,0 x 3,8 cm. Iniciado tratamento com hemodiálise e quimioterapia SIOP 93 (dactinomicina e vincristina). Interrompida hemodiálise após primeiro ciclo de quimioterapia. Nova tomografia sem redução do tamanho das massas tumorais. Acrescentou-se uma terceira droga, a doxorubicina, também sem efeito. Realizado então NPN bilateralmente. Houve prejuízo maior do lado direito, sendo necessária a reconstrução unindo cálices superior e inferior. Foi utilizado cateter de duplo J para drenagem dos rins, pois houve abertura de sistema coletor bilateralmente. AP: nefroblastoma de histologia favorável e estadio III em cada rim. A paciente completou os ciclos de quimioterapia e atualmente está em radioterapia. Não houve necessidade de diálise após a cirurgia, estando até a presente data com sua função renal normal.</p> <p>DISCUSSÃO: A cirurgia de NPN mostrou-se uma ótima opção para pacientes portadores de tumor de Wilms bilateral. As complicações são mínimas e o prognóstico de função renal e sobrevida são excelentes.</p>
<p>PO 525-2</p> <p>SÍNDROME DE PIERRE-ROBIN E ANOMALIA DE EBSTEIN: UM RELATO DE CASO.</p> <p>LANUCY PEIXOTO dos Santos, Letícia Maques Nogueira, Gabriela Rabelo Cunha, Pedro Henrique de Oliveira Santos, Guilherme Machado Nascimento, Guilherme Augusto Félix da Silva</p> <p><i>Faculdade Atenas - PARACATU - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Sequência ou Síndrome de Pierre-Robin (SPR) compreende uma tríade de anomalias caracterizada por micrognatia (hipodesenvolvimento mandibular), glossoptose (deslocamento posterior da língua causando obstrução faríngea) e fenda palatina, esta última podendo estar presente ou não (MARQUES, 2005). A incidência na população geral é de 1/8500 a 1/14000 nascidos vivos (MARQUES, 2011). A anomalia de Ebstein é uma má formação de valva tricúspide, rara, ocorrendo em cerca de 1% de todas as cardiopatias congênitas (CHAUVAUD, 2000). Na maioria dos casos, os folhetos posterior e septal da valva apresentam-se inseridos anormalmente no interior do ventrículo direito, tornando a cavidade ventricular atrializada, provocando freqüentemente aumento da cavidade atrial, insuficiência tricúspide e disfunção ventricular direita (JOST, 2007).</p> <p>RELATO DE CASO: F.J.M, 8 meses, deu entrada no P.S do HMP (Hospital Municipal de Paracatu) no dia 04/2018 com a mãe queixando-se de perda de conteúdo gástrico através da sonda de gastrostomia, associada a diarreia e vômitos há 4 dias. Durante o exame físico: FC: 122 bpm, 40 irpm, afebril, sem alterações no exame cardiopulmonar. Exame físico abdominal: presença de sonda de Foley em gastrostomia, sem sinais de defesa peritoneal. Verificou-se vazamento da dieta enteral e sangue ao redor do curativo da gastrostomia. Portador da síndrome de Pierre Robin e também da anomalia de Ebstein. A sonda foi adaptada por motivos de indisponibilidade (devido ao alto custo do material correto). Optou-se por medidas de hidratação e cuidados clínicos gerais com curativo vedativo e sintomáticos. O paciente evoluiu com melhora do quadro clínico e após 3 dias de internação recebeu alta. A hipótese diagnóstica do quadro agudo fora: GECA (Gastroenterite Viral Aguda). A mãe refere que está com uma consulta agendada em Brasília para a troca da sonda e subsequente acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O vazamento de conteúdo gástrico pela gastrostomia cirúrgica é comum, entretanto, serve de alerta para eventos subsequentes com maior gravidade, como uma infecção. Segundo o artigo 196 da Constituição Federal "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos..." (BRASIL, 1988). Sendo assim, a sonda correta deve ser fornecida pelo poder público. Conclui-se que pacientes síndrômicos merecem um atendimento multidisciplinar, contando com enfermeiros, pediatras, cirurgiões, nutricionistas, fisioterapeutas, neurologistas, buscando um maior bem estar e qualidade de vida. Há ainda a possibilidade de realização de correção valvular tricúspide mediante cirurgia cardíaca para terapêutica da anomalia de Ebstein. Mas, não há previsão da realização da mesma e desfecho do caso. Este relato reflete o quádro burocrático é a assistência da saúde pública à crianças portadoras de má formações genéticas.</p>	<p>PO 525-3</p> <p>TUMOR AVANÇADO DO COLON DIREITO COM INVASÃO DO FIGADO E DUODENO</p> <p>Heitor Carvalho Guimarães, Pablo Tarceu Nunes de Melo, Marcus de Carvalho Vaz Porto, Manoella Saiter Servino, Alexandre Lopes de Carvalho, Lorena Lim Santos Andrade, Daniel Lins Cohim, Normand de Araujo Moura</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Edgar Santos - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar um caso de tumor avançado do colon direito, inicialmente diagnosticado como Diverticulite Aguda, em paciente idosa de 73 anos, com descoberta das infiltrações tumorais no intra operatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Após 40 dias sendo tratada como Diverticulite Aguda foi reinternada. Realizou Colonoscopia em 03/01/2019 sendo identificado uma tumoração no ângulo hepático do colon, ocupando toda a circunferência contudo permitindo a passagem do aparelho até o íleo. Realizado biópsia. O endoscopista teve impressão de que o colon, nesta região, estava móvel. Repetimos a CT de Abdome e Torax. Imagem da massa tumoral em hipocôndrio direito próxima ao fígado e duodeno (mas não referindo infiltração do duodeno ou fígado). No dia 04/01/2019 foi submetida à Colectomia Parcial Direita por Vídeo. Não observamos ascite, implantes tumorais em peritônio, diafragma ou adenomegalias no mesentério e mesocolon. Realizamos as liberações do colon direito e transversal até próximo do tumor; convertimos para Laparotomia; necessitamos realizar uma hepatectomia segmentar não anatômica (seg.V) e, neste momento, identificamos a infiltração do Duodeno (1ª porção); realizamos uma Duodenectomia segmentar, preservando a face pancreática, orientamos a passagem de uma Sonda Naso Enteral até o ângulo de Treitz e reconstruímos o Duodeno com sutura em dois planos. Hemicolectomia Direita com Linfadenectomia e anastomose íleo transversal término-lateral. Na UTI, no 2º DPO, observamos a presença de secreção biliosa pelo Dreno de Black. Realizamos Rx de tórax (ausência de pneumoperitônio/ comparado ao dia anterior); demos 20 ml de água com azul de metileno (não corou a bile) e solicitamos dosagem de Amilase na secreção (não elevada). No 3º dia iniciamos Dieta pela SNE + NPT; no 4º DPO a paciente retirou a SNE. No 7º DPO foi transferida para Unidade Semi Intensiva. No 9º DPO, num domingo, apresentou volume maior de drenagem sanguinolenta na ferida, suspeitamos de evisceração, antecipamos a realização de CT DE Abdome, com contraste iodado via oral para avaliar a permeabilidade do duodeno e possibilidade de fistula. Na CT observamos a passagem do contraste pelo duodeno, ausência de escape, ausência de coleções intra peritoniais. Dieta líquida restrita VO no 10o DPO e alta para apto no 12o DPO. Progredimos a dieta até pastosa de prato no 15º dia; redução e retirada da NPT. Alta hospitalar no 20o DPO. O laudo anatomo patológico confirmou Adeno Carcinoma Medular com infiltração no fígado e duodeno mas com as margens livres no colon, fígado e duodeno. 34 linfonodos todos sem metástases. .</p> <p>DISCUSSÃO: Relatar um caso de cancer de colon direito avançado com infiltração no fígado e duodeno descobertos no intra operatório com ressecções não anatômicas do fígado e duodeno e reconstrução do mesmo. Encontramos poucos trabalhos na literatura demonstrando poucos casos identificados e tratados de tumores avançados do colon direito com infiltração no duodeno, pâncreas e fígado daí a importância deste conhecimento para o Cirurgião Geral.</p>

PO 526-1	PO 526-2
<p>COMPROMETIMENTO GÁSTRICO POR DOENÇA DE BEHÇET – UM RELATO DE CASO</p> <p>Rodrigo Davanço Souto, Edilson Gonçalves Rios Filho, Rayssa Carolina de Lacerda Candido, Rodrigo Dias Cassimiro, Sofia de Barros Jesus, Lilian Cassia Gomes Cintra, Flávio Vecchi Barbosa Junior</p> <p><i>UniEvangélica - Anápolis - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A motivação desse trabalho é relatar um caso atípico da Doença de Behçet (DB) e compará-lo com a literatura no intuito de evidenciar peculiaridades para a prática médica. A DB é uma vasculite inflamatória sistêmica de caráter crônico e ocorrência rara, caracterizada principalmente por recorrentes episódios de úlceras aftosas orais, úlceras genitais, lesões oculares e outras manifestações, incluindo lesões de pele, alterações vasculares, gastrointestinais e envolvimento neurológico. Sua prevalência é maior em países da antiga "Rota da Seda", mas pode apresentar uma ampla variação geográfica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 47 anos, sexo feminino, branca, casada, procedente de Anápolis - GO, possui diagnóstico de DB há dez anos. Relatava no início do quadro lesões urticariformes por todo o corpo, além de úlceras orais e genitais. Veio várias internações prévias por descompensação da doença. Inicialmente, fez infusões endovenosas de corticosteroides na forma de pulsoterapia, além do uso de metotrexato e azatioprina, os quais foram suspensos há dois anos devido a não controle da doença. Há um ano faz uso de prednisona 20mg/dia, tacrolimus e aplicação recorrente de imunoglobulina venosa. Procurou a gastroenterologia devido a fortes dores em região epigástrica, iniciada há uma semana, com piora há dois dias, de intensidade 9 em 10, com irradiação para ambos hipocôndrios. Durante o exame físico, referiu dor intensa à palpação em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Diante desse quadro, a paciente foi levada a realização de endoscopia digestiva alta em caráter de urgência. O achado endoscópico mostrava isquemia da parede em grande curvatura do corpo gástrico. Após o diagnóstico, foi submetida a tratamento cirúrgico de urgência, sendo realizado gastrectomia vertical. No pós-operatório, paciente manteve uso de heparina de baixo peso e corticoterapia, recebendo alta após 7 dias, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Correlacionando a literatura com o caso apresentado, percebe-se uma evolução atípica de uma doença de baixa incidência no Brasil, uma vez que o envolvimento gastrointestinal não é tão comum em pacientes com DB. O que difere o caso dessa paciente dos casos descritos na literatura é a presença de dor intensa em região epigástrica intratável mesmo com analgésicos opioides, o que levou à realização de endoscopia digestiva alta em caráter de urgência. O achado endoscópico típico do acometimento gastrointestinal da DB caracteriza-se pela presença de algumas úlceras profundas, arredondadas, de margens bem delimitadas, localizadas na região ileocecal. Nesse caso, nota-se a ocorrência de úlcera com essas características no estômago e não na região ileal, local de habitual ocorrência. A apresentação deste caso torna-se de extrema importância, pois visa alertar profissionais de saúde quanto à ocorrência de graves e raras complicações da DB no trato digestório.</p>	<p>RELATO DE CASO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA A DIREITA</p> <p>FRANCISCO ANTONIO SANTOS GRAZZIOTIN, NICOLE BAIROS SILVA, ALEXANDRE ZIMMERMAN DE SOUZA, RENATO HIDEJI TAKASUMI, LETICIA FORTKAMP DE ALMEIDA, PABLO RODRIGO KNIHS</p> <p><i>HOSPITAL TEREZA RAMOS - LAGES - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é caracterizada por uma anomalia do diafragma que permite que vísceras abdominais se desloquem para a cavidade torácica. Das HDC 90% são hérnias posterolaterais, ou de Bochdalek. A incidência é cerca de 1:2500 nascidos vivos, sendo igualmente distribuídas entre os sexos. Sua principal causa de morbimortalidade está relacionada à hipoplasia pulmonar. O seguinte relato é referente a uma recém-nascida que não teve HDC diagnosticada durante a gestação, pois a malformação se encontrava do lado direito sendo mascarada pelo fígado, que impediu a visualização do defeito diafragmático durante os exames de ultrassonografia e propõe apresentar um caso clínico atípico de HDC e discutir as condutas no caso de um diagnóstico tardio.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.E.P., sexo feminino, natural de Taguará, nascida de parto cesáreo apresentou desconforto respiratório após o nascimento, sendo manejada como Taquipnéia Transitória do Recém-nascido. Não respondendo ao tratamento, a paciente foi encaminhada ao Hospital de Curitiba, onde permaneceu internada por nove dias e após apresentar melhora do quadro, recebeu alta hospitalar. A mãe notou que a recém nascida gemia levemente após retornar para casa e evoluiu com piora do quadro respiratório. No dia seguinte procurou atendimento médico, pois apresentava cianose central. Foi realizada intubação orotraqueal, radiografia de tórax e procederam com a transferência para UTI do Hospital Infantil em Lages. A paciente foi recebida aos 14 dias de vida, com diagnóstico de HDC, e submetida à herniorrafia diafragmática à direita. No pós-operatório, a paciente sofreu duas paradas cardiopulmonares as quais foram revertidas. E após evoluiu com estabilidade hemodinâmica.</p> <p>DISCUSSÃO: O diafragma é formado entre a sétima e décima semanas de vida intrauterina, a partir da fusão de suas quatro estruturas embrionárias, caso as estruturas por algum mecanismo não se fundem completamente, o resultado é uma hérnia através do defeito diafragmático conhecido como forâmen de Bochdalek. Como a hérnia ocorre durante um período crítico no desenvolvimento dos pulmões, as manifestações clínicas da HDC resultam do efeito patológico da víscera herniada sobre o desenvolvimento pulmonar. Com o aumento da compressão pulmonar, existem reduções na ramificação arterial brônquica e pulmonar, resultando em graus de hipoplasia, sendo mais severa no lado ipsilateral. Os ramos arteriais reduzidos acarretam em hipertrofia da musculatura da árvore arterial pulmonar o que contribui para a hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. O diagnóstico da HDC pode ser realizado por meio de ultrassonografia pré-natal. Nos casos de hérnias não diagnosticadas na gestação, deve-se suspeitar desta patologia perante um quadro de síndrome de dificuldade respiratória grave, cianose imediatamente após o nascimento, abdômen escafoide, diminuição ou ausência de murmúrio vesicular no hemitórax ipsilateral e desvio dos tons cardíacos para o hemitórax contralateral.</p>
<p>PO 527-3</p> <p>TRATAMENTO DE MEGACOLON AGNGLIONICO POR CIRURGIA DE DUHAMEL-HADDAD</p> <p>Caio Victor Oliveira Ferreira, Alessandra Rocha Lima, Antonio Lopes Muritiba Neto, Guilherme Queirino Anjos, Ingrid Ramalho Dantas Castro, Júlia Badra Nogueira Alves, Lucídio Jacomé Ferreira Filho, Leonardo Wanderley Soutinho</p> <p><i>Centro Universitário CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dentre as patologias que envolvem o intestino grosso, existe o megacólon, caracterizada por estase fecal crônica, com dilatação, alongamento e hipertrofia das camadas musculares sem obstrução mecânica. Tal patologia pode ter causas diversas, em que algumas necessitam de tratamento cirúrgico. Entre as técnicas cirúrgicas existe a de Duhamel-Haddad, a qual foi descrita originalmente para tratamento de megacólon congênito, em 1956 na França. Trata-se de uma operação abdomino-perineal do cólon, realizada em dois tempos. O atrativo dessa técnica, é que a dissecação do reto extra-peritoneal limita-se a sua face posterior, procurando-se evitar lesões nervosas responsáveis por disfunção urogenital.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 20 anos, com queixa de dor e distensão abdominal, relatou também parada de eliminação de fezes há 30 dias e múltiplas entradas no serviço de urgência anteriormente com queixas de constipação crônica. Realizou tomografia de abdome evidenciando cólon sigmoide distendido com 15cm, foi encaminhado para cirurgia, com sorologia de chagas negativo. Foi submetido a sigmoidectomia com anastomose colorretal posterior (Duhamel-Haddad), o qual seguiu nos três primeiros dias sem intercorrência, apetite preservado e com eliminação de flatus, apresentava-se em regular estado geral, hidratado, normocorado e afebril. Os exames laboratoriais no 3º dia apresentaram Proteína C reativa de 142,4 mg/L e hemograma com alterações na parte eritrocitária (Hemoglobina de 10,6 g/dL e hematócrito de 32,6%). No 6º dia, o paciente segue no leito ambulatório, sem queixas ou intercorrência, apresenta apetite aumentado, com aceitação da dieta pastosa e eliminação de flatus. A diurese espontânea e sem anormalidades. À ecoscopia apresentava-se em regular estado geral, vigil, orientado, eupneico em ar ambiente (FR: 16 IPM, sem sinais de desconforto respiratório), hidratado, normocorado, afebril. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, abdome plano, ferida operatória mediana de bom aspecto e sem sinais flogísticos, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, sem massas palpáveis ou visceromegalias, dreno túbulo-laminar sem decúbito nas últimas 24h, extremidades sem edemas ou empastamento de panturrilhas. Também apresenta queda de Proteína C reativa 65,9 mg/L e leucograma normal, sem desvio. Após 19 dias do procedimento a entrega do anatomopatológico concluiu megacólon com distúrbio isquêmico e identificação dos plexos nervoso com raras células ganglionares apenas nas margens.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente jovem com abdome agudo isquêmico por megacólon agangliônico que dista da epidemiologia comum, o que deve servir para lembrança das diversas hipóteses diagnósticas. A opção pela técnica de Duhamel-Haddad demonstrou sucesso em sua eleição, com o paciente apresentando evolução e recuperação que corroboram com os achados literários.</p>	<p>PO 528-1</p> <p>OBSTRUÇÃO ANTRO-PILORO-BULBAR POR ÚLCERA PEPTICA</p> <p>Lucas Pereira Lima, Anna Carolina Erbesdobler de Souza, Iuri Fernando Coutinho e Silva</p> <p><i>Instituto Hospital de base - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obstrução antro-piloro-bulbar tornou-se a complicação mais rara decorrente de úlcera péptica, desde o surgimento dos inibidores da bomba de prótons (IBPs). O tratamento inicial consiste em uma abordagem clínica ou endoscópica e, em casos refratários, cirurgia. Este relato visa apresentar um caso de obstrução antro-piloro-bulbar, onde foi necessária a intervenção cirúrgica, com gastrectomia parcial e jejunoanastomose em Y de Roux.</p> <p>RELATO DE CASO: C.S.O, masculino, 48 anos de idade, admitido na emergência, relata epigastralgia, múltiplos episódios de vômitos pós-prandiais e hematêmese há 11 meses, com perda ponderal de 16kg no período. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, emagrecido, hipocorado, eucárdico, eupneico e normotenso. Abdômen flácido, indolor à palpação, sem demais alterações. Solicitado endoscopia digestiva alta, evidenciando pangastrite moderada enantemática erosiva de antro, lesão ulcerada em antro (A1 de Sakita), piloro deformado, úlcera duodenal com intenso processo inflamatório e redução do lúmen. Foi coletada biópsia e passada sonda naso-enteral (SNE), com posicionamento pós-pilórico. A patologia descartou a presença de H.pylori e processo neoplásico. Iniciou-se tratamento clínico, porém, houve piora do quadro e saída da SNE, o que indicou tratamento cirúrgico. O acesso à cavidade abdominal evidenciou: estômago aumentado de tamanho com estenose importante em região pilórica. Foi feita a ressecção da região antral do estômago e fechamento em 2 planos, deixando terço distal para confecção da gastrojejunoanastomose. Identificado angulo de Treitz e realizado enterotomia há 60 cm do ângulo. Fechamento em dois planos de abertura de alça aferente de jejuno. Anastomose em um plano entero-entero latero lateral com alça eferente. Confecção do Y de Roux, sem intercorrências. Paciente permaneceu na enfermaria, com melhora clínica e recebeu alta em 7 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A obstrução é a complicação menos comum da úlcera péptica, representando cerca de 1 a 2% dos casos. O sangramento ocorre em cerca de 15%, seguido da perfuração em 7% dos pacientes. O processo ocorre devido à inflamação, edema e cicatrização das úlceras na região peripilórica. Os sinais e sintomas dependem da porção da luz intestinal obstruída e consistem em vômitos recorrentes com restos alimentares, perda ponderal e dor abdominal. O tratamento inicial deve ser conservador, com IBPs em altas doses ou intervenção endoscópica, com dilatação por balão. A terapia cirúrgica vem caindo em desuso e, quando necessária, opta-se por vagotomia seletiva, vagotomia com drenagem ou com antrectomia. Nesta última são realizadas a duodenoanastomose (Billroth I) e a jejunoanastomose (Billroth II). Quando há inflamação ou fibrose acentuada é preferível a utilização do Billroth II. Estudos prospectivos, demonstraram que a antrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux tem um resultado clínico, endoscópico e histopatológico superior às demais reanastomoses, por isso foi o procedimento escolhido.</p>

PO 528-3	PO 529-1
<p>METASTASE OSSEA EM CANCER DE COLON: RELATO DE CASO</p> <p>Marcelo Mendes Ribeiro, Milena Macedo de Sousa, Patrick Castelo Branco Ramada Campos, Davi di Cavalcanti Sampaio, Virginia Brasil Dantas Feitosa, Breno Wellington Mesquita Silveira, Lessandra Muniz Diógenes de Lemos, Benjamin Ramos de Andrade Junior</p> <p><i>UFC - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) é uma doença bastante comum, sendo o quarto câncer mais incidente no mundo e o segundo mais prevalente. Embora a mortalidade venha caindo nas últimas décadas, entre os cânceres, ele é a terceira maior causa de morte mundial. Na maioria dos casos iniciais não há sintomas, o diagnóstico é realizado através de screening. Entretanto, a maioria é diagnosticada após o surgimento de sintomas. Os sintomas podem ser locais (alteração de hábito intestinal, sangramento, dor abdominal) ou associados a sítios distantes de metástases. Estas ocorrem principalmente em fígado, pulmão, e, raramente, em ossos e cérebro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 71 anos, portador de artrite reumatoide, em maio/2017 apresentou quadro de dor abdominal e sintomas semi-oclusivos. Após ser submetido a colonoscopia com biópsia, foi diagnosticado adenocarcinoma de cólon ascendente com células em anel de sinete e tratado com hemicolectomia direita alargada videolaparoscópica e quimioterapia durante oito meses. Em novembro/2018, apresentou alteração no hábito intestinal, descrita como constipação progressiva e dor abdominal difusa. Foi detectada recidiva em sigmoide, em retossigmoidoscopia, com lesão estenosante. A ressonância magnética de abdome e da pelve revelou nódulos com sinal hiperdenso em T1 e hiperdenso em T2, difusos em múltiplos corpos vertebrais toracolombares, no sacro e nos ossos ilíacos (possíveis implantes neoplásicos). Foi realizada tomografia por emissão de pósitrons com pet/ct e fdg que evidenciou área de aumento difuso do metabolismo glicolítico no sigmoide, provável processo primário, e áreas de aumento de metabolismo glicolítico em linfonodos/linfadenomegalia na cadeia ilíaca externa direita e lesões ósseas líticas na coluna vertebral, sacro, ossos da bacia, úmeros, arcos costais, escápulas, esterno, clavícula esquerda, fêmur direito (prováveis processos secundários). O paciente foi submetido a retossigmoidectomia. Estudo anatopatológico revelou a presença de carcinoma de células em anel de sinete, caracterizada pela infiltração da camada muscular própria por neoplasia intraepitelial constituída de células grandes, descoesas, com nucléolos conspícuos e núcleo rechaçado para periferia, além da presença de mitoses atípicas. Durante o pós-operatório evoluiu com necrose de cólon abaixado e peritonite. Paciente foi reabordado, submetido a colectomia total e encaminhado para tratamento quimioterápico.</p> <p>DISCUSSÃO: Metástases ósseas são raras e pouco documentadas na literatura. São mais oriundas do câncer retal do que do cólon (1,2% contra 0,8%) e mais comuns em homens. O tipo histológico de células em anel de sinete também é raro, o que limita a análise de tratamentos e prognósticos possíveis, não havendo um consenso no tratamento radioterápico. Pacientes com metástases ósseas possuem um pior prognóstico, podendo apresentar sintomas relacionados ao esqueleto e diminuindo bastante a qualidade de vida, sendo o manejo de suporte importante para melhorá-la.</p>	<p>FISTULA GASTROECUTANEA CONSEQUENTE A ADENOCARCINOMA GASTRICO AVANÇADO</p> <p>CAROLINE ERICA MOISES, JAREDE GONÇALVES SANTOS JUNIOR, MAYZA DE KASSIA GOMES BUENO, THERESA CRISTINA ABREU VERSIANI, LEANDRO JAIME BARRETO COSTA, MILTON CARNEIRO DA SILVA, GUSTAVO CARVALHO DE MATOS, NATHALIA BRAGA PEREIRA</p> <p><i>UNIMONTES - MONTES CLAROS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma gástrico é a 5ª neoplasia mais frequente no mundo. Apresenta prognóstico ruim e baixa taxa de sobrevida quando não diagnosticado e tratado precocemente. As manifestações clínicas dependem do estágio em que é diagnosticado, no entanto, sua forma precoce é assintomática em 80% dos casos. O prognóstico relaciona-se também à localização tumoral. O presente relato justifica-se pela alta morbimortalidade da neoplasia e apresentação rara da fistula gastrocutânea, incitando discussões acerca do tema.</p> <p>RELATO DE CASO: F.J.N, masculino, 85 anos, aposentado, procurou atendimento médico com relato de epigastralgia, hiporexia, perda de peso e eructações que iniciaram há aproximadamente 2 meses. Ao exame físico, relatou dor à palpação de região epigástrica. Paciente hígido, negava tabagismo, negava etilismo. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações significativas. Submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou grande lesão úlcero infiltrativa endoscopicamente neoplásica, ocupando pequena curvatura do corpo distal e antro. A tomografia computadorizada (TC) de abdome realizada para estadiamento evidenciou lesão parietal de aspecto neoplásico em antro gástrico, predominando na pequena curvatura, sem sinais de invasão e preservando os planos vasculares. Proeminência numérica de linfonodos nas cadeias perigástricas da pequena e grande curvaturas. Estadiamento radiológico proposto, baseado nos achados descritos: T3 N2 Mx. A análise histopatológica mostrou úlcera gástrica com metaplasia intestinal, atipias epiteliais de grau moderado/acentuado e áreas focais de invasão da muscular da mucosa e submucosa, compatível com adenocarcinoma gástrico precoce.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do mal prognóstico geral do câncer gástrico, a melhor opção de tratamento é a ressecção cirúrgica. Esse procedimento está indicado sempre que exequível e é o único que pode curar o paciente. Cerca de 85% dos indivíduos com esse diagnóstico são candidatos à cirurgia; entre esses, metade pode ter o tumor ressecado, sendo que 25% tem grande chance de cura. Diversas séries de casos mostram que mais de 50% dos pacientes com câncer inicial na porção distal podem ser curados quando o tumor tiver sido totalmente ressecado. Doença localmente avançada pode cursar com invasão de estruturas adjacentes, sendo o pâncreas a mais frequente (29,3%), seguida pelo fígado (25,9%) e cólon transverso (22,2%). Fistula gastrocutânea neoplásica com infiltração completa da parede abdominal é uma apresentação incomum, tendo poucos relatos na literatura. Representa um desfecho desfavorável da doença, entretanto com ressecção factível. Grandes defeitos abdominais, apesar de desafiadores, podem ser corrigidos com confecção de retalhos locais, pediculados ou livres, dentre outras técnicas. Apesar da possibilidade de cura e aumento da sobrevida, o paciente recusou tratamento, evoluindo com avanço da doença e formação de fistula gastrocutânea.</p>
<p>PO 529-2</p> <p>SINDROME DE PRUNE BELLY: UM GRANDE DESAFIO NEONATAL</p> <p>Isabella Naves Rosa, Ana Paula Fonseca Barretto, Fernando Viana Ferraz, Mariana de Oliveira Lobo, Angela Lapa da Fonseca Barretto, Maurícia Caetano Cammarota</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Prune Belly é uma doença congênita, com apresentação variável, caracterizada pela presença de uma tríade de malformações congênicas: ausência ou hipoplasia da musculatura da parede abdominal, criptorquidia bilateral e anormalidades no trato urinário, com incidência aproximada de 1:30000 a 1: 50000 nascidos-vivos. Esse relato objetiva explorar as abordagens cirúrgicas adotadas e a peculiaridade na manifestação da mesma no caso analisado.</p> <p>RELATO DE CASO: RN, masculino, identificado como portador do abdome em ameixa e encaminhado ao HMB com 12 horas de vida, apresentando quadro de anúria com bexiga palpável, sendo submetido a sondagem vesical de demora e USG de rins e vias urinárias. Os rins eram tópicos, com acentuada hidronefrose, ureteres dilatados, com formação cística na topografia renal esquerda, bexiga sem alterações, testículos não foram visualizados. Foi submetido à derivação urinária por ureterostomia em alça distal à direita. O rim esquerdo era hiperecogênico e atrófico. Após alguns meses de seguimento, foi submetido à operação definitiva para reconstrução do trato urinário: nefrectomia e ureterectomia à esquerda + ureteroplastia e reimplante ureteral a direita + orquidopexia bilateral à Fowler-Stephens em tempo único e abdominoplastia, com técnica de fechamento em jaquetão. No pós-operatório, apresentou complicações, de possível origem infecciosa, com o extravasamento de urina para a cavidade abdominal. Foi submetido a nova intervenção e recolocação de cateter. Encontra-se em observação ambulatorial para análise de atividade fisiológica.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Prune Belly é uma patologia congênita possivelmente causada por um defeito embriológico no desenvolvimento da placa intermédio-lateral do mesoderma ou da crista urogenital. Pode ser associada a persistência do úraco e a outras malformações congênicas, como cardiopatias, situação não apresentada neste caso. Pode apresentar complicações urinárias e/ou respiratórias. No caso analisado, houve relato de complicações respiratórias - como a recorrente atelectasia e necessidade de intubação e uso de CPAP -, possível consequência do subdesenvolvimento da parede abdominal - e urinárias - como a persistência da dilatação bilateral, de modo a exigir intervenção cirúrgica. Com a evolução do quadro, busca-se a estabilidade do paciente para que possa ser submetido a procedimentos cirúrgicos eletivos de correção das comorbidades de trato urinário e abdominoplastia de reparo. As complicações infecciosas observadas após a segunda intervenção levaram a lavagem da cavidade e resutura. O paciente, após 8 meses de evolução, se apresenta estável fisiologicamente sob acompanhamento periódico. A associação dos comprometimentos urinário e respiratório é fator predisponente para as complicações referidas no caso. Assim, a conduta adotada varia, em cada caso, de acordo com a análise do nível de penetrância das manifestações clínicas.</p>	<p>PO 529-3</p> <p>NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE APENDICE CECAL: RELATO DE CASO</p> <p>VALÉRIA NOGUEIRA NAVES, NIMER MEDREI, EDDI SOFIA SERÍCIA MEJIAS MEDREI, DANIELLA SILVA MENA</p> <p><i>ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores de apêndice são raros, correspondendo apenas a 0,5% dos tumores intestinais. Devido a mesma origem embriológica com o intestino grosso, o tumor de apêndice e de cólon compartilham das mesmas condições favoráveis para seu aparecimento. Frequentemente as neoplasias epiteliais de apêndice são produtoras de muco e o seu acúmulo leva a dilatação da luz do apêndice, sendo tal quadro descrito como mucocoele. As neoplasias mucinosas de baixo grau são tumores mucinosos que apresentam risco de disseminação peritoneal (pseudomixoma). O seu prognóstico está diretamente relacionado com a existência ou não de ruptura e a presença de celular epiteliais fora do apêndice.</p> <p>RELATO DE CASO: RBN, feminino, 59 anos com história de massa palpável há meses em FID, sem outros sintomas associados. Sem comorbidades. História prévia de histerectomia e abdominoplastia. Ao exame físico confirmada massa palpável em FID sem outros achados. Realizada colonoscopia, que se apresentou sem alterações, e tomografia de abdome com contraste, com laudo de mucocoele de apêndice. Indicada apendicectomia com a paciente ciente da possibilidade de uma colectomia. Realizada apendicectomia por videolaparoscopia com inventário da cavidade sem presença de ascite ou sinais de carcinomatose, tumoração em apêndice vermiforme compreendendo seus dois terços distais, base fina. Realizada linfadenectomia retroperitoneal e pélvica. Convertida para laparotomia mediana com incisão de Pfannenstiel e retirada da peça que foi enviada para congelação com margens negativas para neoplasia. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sem complicações cirúrgicas. Laudo anatopatológico de neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice cecal, com margens livre. Solicitado imuno-histoquímica, exames laboratoriais e de imagem.</p> <p>DISCUSSÃO: O prognóstico dos tumores de apêndice estão intimamente relacionados ao seu diagnóstico precoce, assim como a correta condução cirúrgica diante de tal achado. No caso relatado, como durante o ato cirúrgico, com auxílio da biópsia de congelação, não foram identificados sinais de invasão optou-se pela apendicectomia, sem a realização da colectomia. Devido a baixa prevalência dos tumores de apêndice, a maior parte dos cirurgiões não irão apresentar um vasta experiência com tais tumores, motivo pelo qual tais relatos de caso tornam-se de extrema importância.</p>

PO 530-1	PO 530-3
<p>TERAPIA ENDOSCÓPICA A VÁCUO PARA TRATAMENTO DE NECROSE DE TUBO GÁSTRICO APOS ESOFAGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS</p> <p>GABRIELA LIMA NÓBREGA, ROMERO DE LIMA FRANÇA, ELÍGIO ALVES DE ALMEIDA JÚNIOR, FLAUBERT SENA DE MEDEIROS, HERCULES RICARDSON DANIEL DE ALBUQUERQUE FILHO, CARLOS ANTÔNIO SOUZA FILHO, SENIVAL ALVES DE OLIVEIRA JÚNIOR, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de esôfago corresponde a uma neoplasia maligna de grande relevância, já que se trata de uma enfermidade pouco sintomática e com diagnóstico estabelecido em fases avançadas na maioria dos casos. Na ausência de contra-indicação do paciente ao procedimento cirúrgico, a ressecção em bloco envolvendo o esôfago e linfonodos regionais, continua sendo o tratamento padrão para o câncer de esôfago. Os procedimentos cirúrgicos envolvendo este órgão são atualmente realizados com maior segurança, apresentando redução significativa na morbidade e mortalidade operatória, porém não isento de possíveis complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: F.I.G.S, 51 anos, sexo masculino, submetido a esofagectomia videolaparoscópica por carcinoma de células escamosas com reconstrução do trânsito alimentar através de tubo gástrico. No 2º DPO evoluiu com drenagem de secreção entérica por dreno torácico, sendo então aventado a hipótese de necrose do tubo gástrico. Foi então submetido a terapia endoscópica à vácuo, na primeira endoscopia foi observado necrose do tubo gástrico bem como a perda da continuidade total da anastomose de parte do segmento da parede do tubo gástrico, sendo introduzido um fio guia pelo dreno torácico e em seguida resgatado pelo endoscópio a fim de manter o vácuo. Após 1 semana, foi realizado nova endoscopia que, por sua vez, evidenciou área de necrose diminuída, tubo gástrico com maior patência porém com fistula proximal presente, sendo mantido o vácuo no orifício da fistula e passado SNE pós duodenal. Após 10 dias: tecido apresentava granulação devido ao fenômeno de microdeformação ocasionado pela pressão do vácuo, sendo formado um septo na região da fistula, sendo então realizado, neste momento, septotomia com bisturi monopolar. Após 32 dias: nova EDA mostrou ausência de orifícios fistulosos e tubo gástrico cicatrizado. Durante todo o tratamento foi mantido o vácuo e o paciente manteve nutrição enteral. Paciente recebeu alta após este período com alimentação via oral, sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma das possíveis complicações da esofagectomia é a necrose da anastomose e do tubo gástrico que, juntos, elevam as taxas de mortalidade. Sendo assim, este caso traz uma terapia endoscópica de baixo custo para uma complicação que possivelmente levaria a um desfecho negativo, fazendo com que o paciente mantenha seu suporte nutricional e tenha melhor prognóstico.</p>	<p>REALIZAÇÃO DE HEMICOLECTOMIA ESQUERDA E COLOSTOMIA A HARTMANN EM PACIENTE COM DIVERTICULITE COMPLICADA</p> <p>Daniel Gontijo Sousa Silva, Camila de Oliveira Parreira, Lais Ribeiro Vieira, Igor Diego Carrijo dos Santos, Letícia Maiara Nunes de Araújo, Pedro Henrique Alves Mendes, Jessica Barbosa de Oliveira, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A incidência do processo inflamatório que acomete a doença diverticular aumenta com a idade, com equidade entre os gêneros. A diverticulite complicada está relacionada com a inflamação do divertículo seguida de formação de abscesso, fistulização ou perfuração deste. Desta forma, estes se referem a uma média de 15% dos casos de diverticulite aguda. Para os casos em que há acometimento peritoneal, é indicada a abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 47 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Foi admitido com história de dor abdominal em região hipogástrica com irradiação para o dorso esquerdo, associada à febre, náuseas, vômitos e constipação, há 4 dias. Encontrava-se anictérico e acianótico com abdome semigloboso, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor e hipertimpanismo à palpação superficial. O hemograma inicial revelou leucocitose (22.000 leucócitos) com presença de bastonetes. Além deste, realizou-se uma radiografia de abdome a qual obteve uma imagem sugestiva de pneumoperitônio. Desta forma, o paciente foi diagnosticado com abdome agudo perfurativo e submetido à laparotomia exploratória. No ato operatório foi encontrado uma peritonite difusa, com grande quantidade de secreção purulenta e extenso processo inflamatório envolvendo cólon descendente, sigmoide e porção superior do reto e aderências de epíplomo em toda a extensão comprometida, além de divertículos colônicos. Foi realizado colectomia esquerda + sigmoidectomia + colostomia à Hartmann + limpeza da cavidade peritoneal. Encaminhado peça cirúrgica para exame anatomopatológico. Apresentou boa evolução no pós-operatório e recebeu alta hospitalar em boas condições, com encaminhamento para o ambulatório de proctologia para seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: A causa da formação do divertículo e a origem da evolução do processo inflamatório diverticular ainda permanecem desconhecidas, de maneira a possuir associações com alterações da microbiota intestinal e consumo de fibras. Os sintomas mais comuns da diverticulite complicada são: dor na região inferior do abdome, náuseas, vômitos, febre com leucocitose e mudanças no trânsito intestinal. O local de acometimento mais comum é o cólon sigmoide. O tratamento indicado para casos de diverticulite complicada associada a peritonite é a colectomia. A realização da técnica por meio de anastomose primária irá dificultar-se quando na presença de achados inflamatórios e em função de não haver preparo colônico prévio à cirurgia de urgência, optando-se na maioria das vezes pelo procedimento à Hartmann. Possui um bom prognóstico, apesar da elevada incidência de colostomia definitiva.</p>
<p>PO 531-1</p> <p>GIST DE ESTOMAGO</p> <p>BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, CAROLINA FALCÃO LOPES MOURÃO, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, DIEGO CARVALHO MACIEL, FRANCIELLE GARIBALDI JACKSON SILVA, BRUNO DA SILVEIRA ALMEIDA, PAULO ANDRADE LADEIA</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estomais gastrointestinais (GISTs) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato digestivo. Eles são responsáveis pela maioria dos tumores intramurais e podem variar amplamente na aparência, desde pequenas lesões intraluminais até massas exofíticas que se projetam para a cavidade peritoneal, comumente com áreas de hemorragia ou necrose. GISTs se originam dentro da camada muscular lisa na parede do trato gastrointestinal tubular e podem crescer principalmente para o serosa e menos frequentemente em direção à mucosa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 71 anos, previamente hipertensa refere que há cerca de 1 ano iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito, diariamente, grau 8 de intensidade, com piora ao alimentar-se e à palpação de hipocôndrio direito, associada à presença de abaulamento local. Refere perda ponderal de cerca de 16 kg em 1 ano. Nega náuseas, vômitos e outros sintomas associados. Ao exame presença de abaulamento de 4 cm em região epigástrica, móvel, doloroso à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito. Realizou tomografia de abdome superior e pelve (04/10/18), cujos achados foram a presença de lesão expansiva de aspecto lobulado no hipocôndrio e flanco direitos de limites bem definidos e aspecto levemente hiperatenuante com algumas calcificações periféricas e realce heterogêneo pelo agente de contraste iodado que contacta a região antro-pilórica gástrica e duodeno, sem componente infiltrativo evidente, contudo deslocando as estruturas adjacentes, inclusive o cólon, medindo 9,1x7,6x8,4 cm. Paciente submetida à laparotomia exploradora e, ao inventário da cavidade foi vista tumoração de contornos lobulados aderida ao antro gástrico, sendo realizada gastrectomia parcial. Laudo da anatomia patológica mostrou neoplasia mesenquimal, centrada na camada muscular própria, com infiltração de serosa, medindo 9,5cm, padrão fusocelular, margens livres de neoplasia. Ligamento redondo livre de neoplasia. Achados morfológicos sugerem GIST.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento curativo padrão do GIST é a ressecção cirúrgica completa com margem negativa do tumor. O risco de recorrência e metástase dependem de vários fatores incluindo localização do tumor, taxa mitótica, tamanho do tumor e ruptura do tumor. Os GISTs são raros e representam 0,1-3% de todas as neoplasias malignas do trato gastrointestinal. Os GISTs têm melhor prognóstico que os EGISTs, que são os tumores extra gastrointestinais.</p>	<p>PO 531-3</p> <p>ADENOMA TUBULO-VILOSO COM EVOLUÇÃO PARA PROLAPSO RETAL</p> <p>DAVID PESSOA MORANO, JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA, PEDRO HENRIQUE CALUÊTE DOS SANTOS, LARA MARGARIDA ARAÚJO TAVARES, TARSILA LÍVIA PAZ E ALBUQUERQUE, MAÉLY PRISCILA DE OLIVEIRA MENEZES, RAVENNA FERNANDES FURTADO</p> <p><i>HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os adenomas são os mais frequentes entre os pólipos neoplásicos de cólon - 2/3 dos pólipos colônicos são do tipo supracitado - e boa parte da população geral (30 a 50%) os desenvolverão ao longo da vida, sendo mais incidentes naqueles com fatores de risco como obesidade, gênero masculino, dieta rica em lipídios em detrimento de fibras e idade avançada - fator fortemente associado ao grau de displasia. A maioria é assintomática e são achados incidentais em exames de rotina. No entanto, encontramos uma paciente cujo quadro clínico destoa dos casos que habitualmente envolvem essa patologia, logo, achamos válido compartilhá-lo para contribuir com a literatura e enriquecer a prática clínica-cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: R.C.A., 62 anos, gênero feminino, ex-tabagista (32 maços.ano) foi admitida em nosso serviço com quadro de prolapso de reto e de alça intestinal, associada à dor local intensa e perda de peso não quantificável. Relata que episódios semelhantes de prociência já ocorreram (totalizando 10 vezes), sendo o primeiro há cerca de dois anos. Em todos os casos, conseguia reduzir manualmente o segmento exposto, porém, dessa vez, a irreducibilidade do prolapso a fez procurar auxílio médico. Foi submetida à TC de abdome total com contraste, que evidenciou: Prolapso de segmento de alça de sigmoide com formação nodular na região da mucosa da extremidade inferior exteriorizada do prolapso, sofrendo realce homogêneo pelo contraste e assumindo aspecto polipóide viloso, que mede cerca de 3,0 cm de espessura e 6,0 e 4,2 cm de extensão. Posteriormente, com o intuito de avaliar o grau de expansão, foi submetida à TC de pelve com contraste, que mostrou: Prolapso retal, com herniação de alça intestinal, gordura e vasos mesentéricos, sem caracterização de captações anômalas ao meio de contraste endovenoso e/ou processos expansivos. Ainda, foi colhido material para análise histológica, tendo como resultado: Adenoma túbulo-viloso com atipias citoarquiteturais de alto grau. A paciente foi então transferida para o serviço de referência e submetida à retossigmoidectomia perineal (cirurgia de Altemeier), evoluindo no pós-operatório sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A princípio, diante do quadro clínico e do histórico de perda de peso e tabagismo, foi levantada a hipótese de carcinoma colorretal, motivo pelo qual iniciamos o estadiamento. Corroborava com a nossa suposição o fato de que prociência retal não é uma complicação tão comum de doença poliposa, especialmente em se tratando de adenoma, o que gerou surpresa na equipe responsável pela paciente. Assim, visto que casos como o descrito acima, em que o pólipo adenomatoso se desenvolve a ponto de evoluir com prolapso retal dificilmente são encontrados na literatura, e lançar luz sobre esse tipo de complicação que não está isenta de acontecer é importante para aprimorar o manejo terapêutico da enfermidade.</p>

PO 532-1	PO 532-2
<p>INGESTÃO INADVERTIDA DE CORPO ESTRANHO COM TRANSFIXAÇÃO DE PAREDE DUODENAL E PROJEÇÃO NO INTERIOR DA VEIA RENAL DIREITA</p> <p>TAYNAN FERREIRA VIDIGAL, ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA E SILVA, THÁIS ROCHA DE SENA</p> <p><i>HOSPITAL FELÍCIO ROCHO - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpo estranho é uma situação bastante comum na prática médica. É encontrada mais frequentemente entre crianças de 6 meses a 6 anos, podendo também ser vista em adultos e idosos. Nos adultos, em sua grande maioria, ocorre de forma acidental, sendo o corpo estranho ingerido juntamente com alimentos. Entretanto, a ingestão pode ser proposital, como acontece com maior frequência em pacientes psiquiátricos, detentos e indivíduos alcoolizados. Diagnóstico precoce e tratamento adequados são fundamentais para o manejo ideal, conferindo segurança e prevenindo complicações mais graves.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 67 anos, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Felício Rocho no dia 01/09/2018. Queixava dor epigástrica leve e lombar à direita há 2 semanas, após ingestão de doce de milho verde; além de febre iniciada no dia anterior. Foi submetido à tomografia de abdome que evidenciou corpo estranho perfurante (palito) transfixando a parede posterior da segunda porção duodenal, com extremidade projetada no interior da veia renal direita, associado a processo inflamatório perirrenal com provável abscesso do parênquima. Foi internado e iniciada antibioticoterapia venosa com melhora clínica. Após discussão com a equipe de endoscopia optou-se por remoção endoscópica sob anestesia geral em ambiente cirúrgico. Nova tomografia de abdome mostrou trombose parcial da veia renal direita e redução dos sinais de processo inflamatório local. No dia 10/09 foi submetido à endoscopia digestiva alta com retirada do corpo estranho sem complicações imediatas evidentes. Cerca de 10 minutos após o procedimento, o paciente evoluiu com bradicardia grave e queda da saturação de O₂, necessitando de medidas de suporte intensivo e aminas vasoativas. A hipótese de tromboembolismo pulmonar foi confirmada por angioTC. O paciente teve alta hospitalar após 8 dias do procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: A história clínica do paciente não levantou suspeita do diagnóstico, sendo confirmado pelo método de imagem. Frente a uma situação clínica inusitada como esta, muitos questionamentos se fazem a respeito da melhor abordagem. A primeira se refere à via de acesso para a remoção do objeto. Devido ao risco de sangramento o acesso laparotômico poderia ser mais seguro; no entanto, mais agressivo. Por outro lado, a remoção endoscópica parecia mais simples, embora a possibilidade de complicações hemorrágica fosse um risco real sem que houvesse acesso rápido ao local. Outra questão se refere à conveniência do uso de anticoagulantes uma vez que a possibilidade de trombose e sangramento estão envolvidas. Nesse caso não foram utilizados. O TEP ocorreu como grave complicação, porém foi prontamente manejado, já que o paciente se encontrava sob anestesia geral no bloco cirúrgico. Lesões como a do caso relatado acima são pouco descritas na literatura e de difícil manejo, sendo portanto, necessária avaliação de equipe multidisciplinar, além de um ambiente equipado com os recursos necessários, para melhor condução do caso.</p>	<p>REIMPLANTE URETERAL COM TÉCNICA LICH-GREGOIR EM PACIENTE COM ESTENOSE DE JUNÇÃO URETEROVESICAL - RELATO DE CASO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL</p> <p>Kislla Gondim Barreto, Marcelo Regis Lima Corrêa, Ana Julia de Medeiros Fernandes, Natália Maria Dias de Sá, Gabriela Branco da Rocha Silveira, Marília Silva Ferreira dos Santos, Mariana Furtado Rodrigues, Horácio Tamada</p> <p><i>Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica de Rondônia - LACCRO - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A estenose da junção ureterovesical (JUV) apresenta-se como uma constrição no ureter junto a entrada na bexiga, causando obstrução total ou parcial ao fluxo da urina para a bexiga. Ela faz parte de 8% nos casos de obstruções urinárias, sendo esta malformação relatada em 23% dos casos como a segunda maior causa da hidronefrose. O diagnóstico é feito através de uretrocistografia e a tomografia computadorizada com contraste venoso. A correção cirúrgica tem o intuito de aliviar a obstrução e preservar as funções dos rins. O implante ureteral feito pela técnica de Lich-Gregoir foi escolhido devido sua baixa incidência em complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Através de ultrassonografia materna foi constatada dilatação da pelve renal e ureter direito fetal. Minuciosa avaliação dos exames no neonato confirmaram dilatação da pelve renal direita acrescida de dilatação ureteral e ausência de refluxo vesicoureteral. Na cirurgia, confirmou-se ureterohidronefrose e concluiu-se pelo diagnóstico de estenose de JUV. Desse modo, optou-se pela cirurgia reparadora através da técnica de Lich-Gregoir, baseada em três princípios: visar uma técnica antirrefluxo, ressecar o ureter estenosado, criar um túnel intravesical e anastomose ureterovesical sem tensão, promovendo uma simples execução e menor manipulação. Introduzido cateter de duplo J. No quarto dia teve alta hospitalar utilizando sonda vesical até desaparecimento da hematúria macroscópica. Retirada ao duplo J após cinco semanas.</p> <p>DISCUSSÃO: O implante ureteral tem como uma das técnicas principais a descrita por Lich-Gregoir, e dentre os casos há sucesso em 75 a 95% das vezes. Assim como neste relato de caso, a paciente teve sucesso no pós-operatório. A técnica proporciona mínima manipulação da bexiga para obter um túnel submucoso com o intuito de evitar o refluxo vesicoureteral, prevenindo contra complicações do tipo fistula ureteroverical associada. Paciente não apresentou qualquer complicação trans e pós-operatória.</p>

PO 532-3	PO 532-2
<p>RELATO DE CASO: INTUSSUSCEPÇÃO EM RETOSSIGMOIDE SECUNDÁRIA A LIPOMA</p> <p>Rafaella Alcântara Alves Melo, Milena Macedo de Sousa, Marcelo Mendes Ribeiro, Lessandra Muniz Diógenes de Lemos, Breno Wellington Mesquita Silveira, Keyvin Alisson Nascimento Gurgel, Giovanna Karen Colares de Menezes, Lívia Borges Olinda Batista</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção consiste na invaginação de uma porção do intestino sobre outra, sendo relativamente comum na população infantil. Entre adultos, representa apenas 5% dos casos de obstrução intestinal e, em geral, é secundária a outras condições. O caso relatado corresponde a um quadro de intussuscepção do cólon sigmoide até o reto médio, secundária a lipoma do retossigmoide.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 55 anos, hipertenso e diabético, deu entrada em consultório queixando-se de distensão abdominal há 20 dias, associada a diarreia e enterorragia, além de hiporexia e perda ponderal não mensurada, negando náuseas e vômitos. No exame físico, foi observada presença de ruídos metálicos em fossa ilíaca esquerda, massa palpável em reto médio (a aproximadamente 6 cm da borda anal), com abdome indolor a palpção superficial e profunda. Foi solicitada colonoscopia, cuja realização foi impossibilitada devido a piora da distensão abdominal durante preparo, e radiografia, que evidenciou padrão obstrutivo com presença de níveis hidroaéreos. Também foi realizada gasometria, a qual indicou acidose metabólica compensada. Diante do quadro e dos exames complementares, foi optado por laparotomia exploratória de urgência, cujos achados intraoperatórios foram de moderada quantidade de líquido ascítico citrino, do qual o material coletado para pesquisa negatividade presença de células oncológicas, e de intussuscepção do cólon sigmoide até o reto médio com importantes dilatações de alças. Foi realizado retossigmoidectomia com linfoadenectomia, de margens cirúrgicas livres, com colostomia Hartmann, posterior lavagem da cavidade e fechamento por planos. No estudo anatomopatológico do retossigmoide, foram constatadas secções de neoplasia mesenquimal por células adiposas maduras, compatível com lipoma, com linfonodos sem indícios morfológicos de malignidade. Paciente prosseguiu com pós-operatório em UTI com recuperação favorável e segue em remissão.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção em adultos é uma condição rara e seu diagnóstico e tratamento precisam de astúcia, já que sua patogênese pode comprometer a vasculatura do lúmen intestinal e complicar com obstrução, processo inflamatório ou mesmo isquemia. As causas mais comuns são neoplasias benignas, como o lipoma, neoplasias malignas e pólipos adenomatosos ou extraluminais. Todavia, devido a sua natureza adiposa, o diagnóstico radiológico de lipoma pode ser um desafio, por sua semelhança com o tecido local. O caso relatado demonstra que a agilidade da intervenção cirúrgica, apesar da incerteza diagnóstica, pode constituir fator chave para uma abordagem médica eficaz.</p>	<p>TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE DUPLICIDADE GÁSTRICA: RELATO DE CASO</p> <p>Luana maia costa, Lucas Barcelos Denadai, Barbara Donaria Silva Gonçalves, Conrado Ribeiro Freitas, José Renato Dias Federici, Sâmela Nunes Alecrim de Souza, Gerliano Marçal Luz Gonçalves</p> <p><i>Santa casa misericórdia de cachoeiro de itapemirim - cachoeiro de itapemirim - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As duplicações gástricas é uma doença congênita, sendo mais diagnosticada na infância. Podem ser esféricas ou tubulares e ocorrer em todo trato gastrointestinal. Relatamos um caso de duplicidade gástrica em paciente pediátrico, em investigação de dor abdominal, submetido à ressecção laparoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente H.S.M, 7 anos, feminina, natural de Cachoeiro de Itapemirim, deu entrada no pronto socorro do Hospital Infantil São Francisco de Assis, no dia 06/02/19, com queixa de dor abdominal difusa de forte intensidade, sendo pior em região epigástrica, de início há 3 dias. Ao exame físico paciente encontrava-se em bom estado geral, abdome flácido, doloroso a palpção superficial e profunda de região epigástrica, com presença de massa palpável em epigástrio, não pulsátil, com contornos mal definidos, de consistência endurecida e fixa, sem sinais de irritação peritoneal. Foram realizadas ultrassonografia e tomografia de abdome total que evidenciaram formação cística com conteúdo homogêneo, localizada no epigástrio, junto ao antro gástrico medindo 6,6 x 3,6 x 5,6 cm. Correspondendo a possível cisto de duplicação. Em seguida foi realizada gastrectomia parcial atípica ao longo da grande curvatura na região antral por videolaparoscopia. Paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta após dois dias. No seguimento ambulatorial paciente encontra-se assintomática com boa evolução clínica. Anatomopatológico com ausência de malignidade em mucosa gástrica.</p> <p>DISCUSSÃO: O primeiro relato desta anomalia foi descrita por Calder em 1733, mas o termo "duplicação" foi definido inicialmente por Ladd em 1937 englobando anomalias congênitas. Estas variam de acordo com localização, tamanho, tipo de mucosa, e sua relação com o tubo digestivo, além disso, podem ser acompanhadas de outras malformações. A duplicação gastrointestinal é uma rara anomalia congênita, localizada mais frequentemente no íleo. Representa cerca de 2-8% das duplicações, com cerca de 100 casos descritos, sendo mais rara no duodeno. Anatomicamente apresenta uma estrutura tubular ou cística na grande curvatura, em íntimo contato com o estômago, podendo ou não se comunicar com a luz gástrica, contendo camada muscular e nutrição sanguínea própria. Como formam massas, às vezes palpáveis, elas podem comprimir os órgãos vizinhos, levando a sintomas obstrutivos, comuns na infância. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como a videolaparoscopia, permitem tratar de modo menos invasivo e com muita segurança grande parte das afecções abdominais em crianças e com menores complicações pós-operatórias. A ressecção cirúrgica e o estudo histopatológico podem confirmar a presença da Duplicidade Gástrica, muitas vezes só reconhecidas em ato operatório praticado na suposição de um problema mais comum. Ratificamos a importância dessa patologia como diagnóstico diferencial de massas císticas do trato gastrointestinal, pois a possibilidade de malignidade nesses cistos, mesmo que raro, deve ser considerada.</p>

PO 533-3	PO 534-1
<p>SINDROME DE OGLIVIE: UM RELATO DE CASO.</p> <p>André Jaccoud de Oliveira, Nimer Ratib Medrei, Eddi Sofia Sericia Mejias Medrei, Daniel Petriz</p> <p><i>COREME-ESCS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pseudo-obstrução intestinal ou Síndrome de Ogilvie, condição rara caracterizada por dilatação colônica sem causa mecânica, tipicamente encontrada em paciente crítico, cirúrgico ou do trauma. Perfuração e isquemia são as complicações mais graves desta entidade, o que motiva intervenção. Manejo desta pode ser conservador ou intervencionista. Este trabalho visa relatar o caso de paciente manejada conjuntamente com Ortopedia do Instituto Hospital de Base (IHB/DF) e Cirurgia de Coluna do Hospital Regional Leste (HRL/DF) que evoluiu com síndrome de Ogilvie, requerendo intervenção conjunta da Cirurgia Geral para melhor manejo.</p> <p>RELATO DE CASO: CGC, feminina, 34 anos, obesa com depressão crônica em tratamento irregular e antecedentes de tentativas de suicídio. Nova tentativa com saltando de altura dia 04/02. Na admissão no IHB identificadas fraturas de corpos vertebrais, quadril à direita e calcâneos. Encaminhada ao HRL para artrodese de coluna. No intraoperatório recebeu duas bolsas de concentrado de hemácias. No pós-operatório, permaneceu em UTI por 3 dias com analgesia opioide e, após, enfermaria. Alta para acompanhamento ambulatorial de fraturas em 25/02. Regressa ao HRL em 27/02 com infecção de ferida operatória, distensão e dor difusa abdominal, negando flatos há dois e fezes há um dia. Realizada analgesia opioide e TC de abdome com contraste, evidenciando distensão de cólon e ceco (11,3cm), sem líquido livre ou pontos de obstrução. Suspeitada Síndrome de Ogilvie. Por insucesso de medidas conservadoras, não dispomos de equipe de colonoscopia e risco de perfuração cecal, indicada laparotomia exploratória. No transoperatório, ceco, cólon ascendente e transversos distendidos, porém viáveis; cecostomia e colocação de sonda de Foley nº24 para decompressão. Em seguida, desbridamento da FO de artrodese pela coluna. Manteve-se na UTI por oito dias, com regressão da analgesia opioide, progressão da dieta e enema para estímulo evacuatório. Atualmente na enfermaria da Cirurgia Geral com gradual evolução da motilidade intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: Caso notável pelas múltiplos fatores de risco para síndrome de Ogilvie: paciente politraumatizada, restrita ao leito (devido às fraturas de calcâneo e quadril), necessidade de analgesia opioides prolongada, hipoperfusão com necessidade de concentrado de hemácias na primeira cirurgia. Intervenção cirúrgica para Síndrome de Ogilvie é exceção, como corrobora o Guideline da Society of Colon and Rectal Surgeon, sendo necessário nesta paciente devido a refratariedade ao manejo conservador, ausência de colonoscopia e imagem de TC compatível com Síndrome de Ogilvie e distensão cecal com risco de perfuração. Síndrome de Ogilvie se mantém desafio clínico devido a literatura limitada e dados conflitantes entre estudos. O reconhecimento precoce e o manejo adequado são importantes para o desfecho do paciente. Este trabalho ilustra paciente típico e esperamos que possa auxiliar na conduta médica e em trabalhos futuros sobre o tema.</p>	<p>PNEUMATOSE GÁSTRICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO</p> <p>ROMULO COSTA SANTOS BANDEIRA, SOFIE HONERMAN, LUCAS ALVES PORFIRIO, FERNANDO CRISTIAN LINS, IVO MELO PESSOTTI, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, ANDRE S FAISNTEIN, RICARDO GUIMARAES SILVA, CAROLINA C. MAFRA, RICARDO D SIMÕES, DANIELI C. MENEZES</p> <p><i>Hospital Naval Marcílio Dias - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pneumatose gástrica é uma entidade clínica rara caracterizada por ar na parede gástrica. As causas exatas dessa patologia ainda não são claras, podendo estar associada à invasão por microrganismos produtores de gás, coexistência com outras doenças do trato gastrointestinal e do tecido conjuntivo, algumas medicações e, raramente, doenças malignas. Relatamos a seguir o caso de um adenocarcinoma gástrico associado a pneumatose gástrica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente S.T., 79 anos, masculino, da entrada no departamento de emergência do Hospital Naval Marcílio Dias, com quadro vômitos de coloração escura há 10 dias com piora noturna e emagrecimento não quantificado há meses. Como antecedentes morbi-possuía esquizofrenia era tabagista há mais de 20 anos. Fazia uso dos seguintes medicamentos: risperidona, carbamazepina, alprazolam, biperideno, diazepam, bromoprida, ranitidina. Realizado exames laboratoriais que evidenciaram hemograma dentro da normalidade e função renal prejudicada, inviabilizando realização de TC com contraste. Foi submetido a endoscopia digestiva alta, a qual demonstrou lesão gástrica ulceroinfiltrativa Borrmann III com acometimento bulboduodenal, cujo material foi colhido para biópsia, demonstrando adenocarcinoma gástrico. Foi submetido a TC de abdômen que evidenciou volumosa distensão gástrica com ponto de STOP aparente próximo a válvula pilórica e pneumatose gástrica. Paciente evoluiu durante a internação com choque séptico refratário, sendo transferido para UTI, sendo deliberado pela comissão de oncologia para suporte paliativo. Ser classificada como idiopática (15%) ou secundária (85%), sendo 55% devido a úlcera péptica relacionada a obstrução pilórica e apenas 3,3% devido a neoplasia maligna (TGJ). No caso relatado foi detectado a pneumatose gástrica secundária a malignidade. A pneumatose gástrica é geralmente assintomática, porém pacientes podem apresentar sintomas gastrointestinais, como desconforto, distensão e dor abdominal, sangramento retal, constipação, meteorismo e emagrecimento, que variam de acordo com a gravidade, localização e com a presença de uma doença de base. Neste caso apresentado o diagnóstico foi dado através de uma TC abdominal. Na literatura foi documentado outros métodos diagnósticos, como raio X de abdômen, USG, RNM, endoscopia com contraste de bário. Não há um tratamento específico para esta doença, porém se presente a doença de base deve ser tratada. A terapia conservadora pode envolver antibióticos, oxigenioterapia ou punção endoscópica. O objetivo destas terapias é suprimir a causa etiológica. Tratamento cirúrgico deve ser evitado a não ser que a doença de base tenha indicação.</p> <p>DISCUSSÃO: Em resumo, a pneumatose gástrica é uma patologia rara e neste contexto a neoplasia maligna se faz presente como uma das causas etiológicas em pacientes sintomáticos e marcadores tumorais elevados. REFERÊNCIAS.</p>
<p>PO 534-2</p> <p>TRAUMA DUODENAL EM CRIANÇA: RELATO DE DOIS CASOS</p> <p>Acimar Gonçalves da Cunha Júnior, Ana Carolina Souza Sisnando de Araujo, Ana Paula Amaral Souza, Flávia de Azevedo Belesa, Gabriela Resende Horbilon, Maurícia Caetano Cammarota, Nadia Tomiko Anabuki, Wallace Acioli Freire de Gois</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma duodenal na criança é raro (1 a 4% dos traumas abdominais), pois a localização retroperitoneal do duodeno confere a este órgão uma proteção a impactos. A maior parte desses traumas decorre de contusões e quedas. As manifestações clínicas não são específicas, o que torna o diagnóstico difícil e dependente de exames de imagem. O tratamento precoce e eficaz ainda é um desafio.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: MPC, 2 anos e 8 meses, feminino, história de queda de fogão sobre o abdome. Apresentava dor abdominal e oligúria. Realizou TC de abdome com contraste que evidenciou hematoma subcapsular hepático e pneumoretroperitônio sugerindo lesão de duodeno. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora com achado de trauma duodenal em 2ª porção, acometendo cerca de 75% de sua circunferência, com preservação da papila. Realizadas duodenorrafia, colecistectomia, drenagem da via biliar e duodenostomia na terceira porção. Apresentou boa evolução pós-operatória, obtendo alta no 22º DPO. Caso 2: AMM, 2 anos e 10 meses, feminino, quadro de vômitos, dor, distensão abdominal e hematoma em dorso, com história de queda da cama há uma semana. TC de abdome com contraste mostrou espessamento da parede abdominal, líquido livre na cavidade, pâncreas sem alterações e fecalito em apêndice cecal. Submetida a laparotomia e apendicectomia (apêndice cecal edemaciado, sem necrose ou perfuração, com abcesso). No 4ºDPO apresentou distensão abdominal importante; raio-x mostrou pneumoperitônio. Reabordagem cirúrgica evidenciou lesão em 3ª e 4ª porções do duodeno. Feita duodenorrafia, gastrostomia descompressiva com cerclagem do piloro, jejunostomia alimentar e colocação de dois drenos abdominais. Necessitou de reintervenção por deiscência, sendo realizada duodenectomia da 3ª e 4ª porções, mantendo-se a parede lateral e posterior da segunda porção, onde foi anastomosada alça de jejuno proximal e peritoneostomia por impossibilidade de fechamento da parede abdominal. Uma 4ª abordagem cirúrgica com jejunorrafia, fechamento de peritoneostomia e drenagem de cavidade abdominal foi realizada. A paciente evoluiu com melhora lenta e progressiva, obtendo alta no 32ºDPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Enquanto em adultos a maior parte das lesões duodenais ocorre por objetos perfuro cortantes, na população pediátrica essas lesões se devem a contusões (quedas, queda de bicicleta, lesão pelo cinto de segurança em acidentes automobilísticos e violência doméstica). O trauma duodenal é de difícil diagnóstico, necessitando de exames de imagem para esclarecer a natureza e extensão da lesão. Nos casos de hematoma duodenal sem perfuração a conduta pode ser expectante, enquanto nas perfurações duodenais o tratamento é cirúrgico, complexo e envolve várias estratégias de acordo com o tipo e extensão da lesão. A TC com contraste permite um diagnóstico preciso e rápido, essencial para o pronto estabelecimento da conduta, visando melhores resultados em um tipo de lesão cuja morbi-mortalidade é alta.</p>	<p>PO 534-3</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO</p> <p>NAIARA PORTUGAL DIAS BICALHO, Munhan-Gara MOÇAMBITE MAIA, ADRIANA NASCIMENTO GARCIA, Debora de Sousa Guedes Lopes, Felipe Pastana Mano, MARCELO HENRIQUE DOS SANTOS, CLÁUDIO DE PAULA MATOS</p> <p><i>UNIVERSIDADE NILTON LINS - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é um distúrbio inflamatório intestinal, crônico, progressivo de etiologia desconhecida, com alterações genéticas, imunológicas e influências ambientais. Sua incidência tem aumentado constantemente nas últimas décadas. Os sintomas marcantes incluem dor abdominal, diarreia e fadiga, perda de peso, febre, falha de crescimento, anemia, fístulas recorrentes ou manifestações extraintestinais tais como artropatia (axial e periférica), pioderma gangrenoso e eritema nodoso, uveíte, esclerite e episclerite, colangite esclerosante primária.¹ Durante o curso da doença um paciente apresenta flutuação nas manifestações clínicas, podendo experimentar períodos oligossintomáticos ou de intensa sintomatologia.² Quadros graves podem ser refratários ao tratamento clínico quando então a abordagem cirúrgica apresenta-se como alternativa.³</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ECSJ, 18 anos, pardo, regular estado geral, 45kg, 1,75m, encaminhado pelo gastroenterologista ao serviço de Coloproctologia do Hospital Militar de Área de Manaus. Lesões aftóides dolorosas em mucosa oral desde primeira infância. Aos 14 anos diagnosticado com espondilite anquilosante devido quadro de dor e edema recorrentes em joelhos, tornozelos e falanges. Identificação de doença de Crohn aos 15 anos quando se seguiram diversas internações hospitalares devido intensas dores supra umbilicais associada a náuseas, vômitos, anorexia e hematoquezia. Utilização de adalimumabe, sulfassalazina, mesalazina e aziatoprina desde 2015, porém sem controle satisfatório da atividade da doença sendo iniciado vedolizumabe e após quarta dose iniciado planejamento cirúrgico. Devido risco nutricional grave, foi submetido a nutrição parenteral hiperproteica e hiper calórica por 15 dias no pré operatório, além de melhora nos índices hematimétricos e antibioticoterapia. Estudos de imagem entre os quais enterorressonância que demonstravam espessamento parietal do cólon ascendente, ceco e aproximadamente 15 cm de íleo terminal além de linfonodomegalias mesentéricas. Submetido a hemicolectomia direita duplo-gramepada por videolaparoscópica com permanência de 6 dias em UTI e alta hospitalar ao completar o 12º dia de pós operatório já com ótima aceitação da dieta via oral, regularização do apetite, 2 evacuações diárias, abdome levemente doloroso sobre cicatrizes operatórias.</p> <p>DISCUSSÃO: A doença de Crohn é uma importante causa de morbimortalidade, levando em consideração sua alta capacidade debilitante e a possibilidade de desenvolver inúmeras sequelas, inclusive fatais. O tratamento cirúrgico está reservado às complicações da doença, como as obstruções intestinais e na doença refratária ao tratamento médico, porém, cerca de 75% dos pacientes eventualmente necessitarão do procedimento invasivo.⁴ Cerca de 1/4 dos pacientes seguem para uma segunda cirurgia e esta ocorre em até 5 anos.⁵ Esses pacientes podem se beneficiar de técnicas poupadoras de intestino e abordagens minimamente invasivas.⁶</p>

PO 535-1	PO 535-3
<p>RELATO DE CASO: CANCER COLORRETAL E COMO PROCEDER</p> <p>Juan Furtado Lopes, Antônia Fernandes Silva, Caio Nascimento Ouriques, José Ferreira Lima, Luis Siqueira Arruda, Sara Jesus Araújo, Gerterson Bezerra Moreira, José Nascimento Costa</p> <p><i>UNINTA - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) é caracterizado por tumores que acometem o intestino grosso, sendo a quarta neoplasia maligna mais comum nos Estados Unidos. No Brasil de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), essa neoplasia ocupa a terceira e quinta posição em taxa de mortalidade em mulheres e homens, respectivamente. Na maioria das vezes o câncer colorretal ocasiona metástase para o fígado, pulmões e peritônio. Se estas metástases não podem ser removidas devido ao tamanho ou quantidade, a quimioterapia está indicada antes da ressecção cirúrgica, a fim de reduzir o tamanho e quantidade de tumores. No presente relato de caso a seguir, a paciente foi diagnosticada com CCR com metástase em mais de 3 nódulos no fígado, entretanto a ressecção cirúrgica foi indicada como primeira opção do tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: M.S.P, 71 anos, feminina, procedente de Granja-CE relata que a 6 meses iniciou um quadro de diarreia recorrente, anemia e dores abdominais difusas mal caracterizada, associada a perda ponderal de 12kg nesse mesmo período. A paciente chega ao hospital Santa casa da Misericórdia Sobral com endoscopia digestiva alta evidenciando esofagite erosiva (GRAU B DE LOS ANGELES), Hérnia hiatal de pequenas proporções, pangastrite enantematosa discreta e bulboduodenite enantematosa discreta, colonoscopia evidenciando extensa lesão vegetante em ceco e válvula ileocecal, compatível com neoplasia localmente avançada, estenose secundária da válvula ileocecal, e pólipos retais (Paris 0-LP). Após realização de biópsia foi constatado que a lesão se trata de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasivo. Ao exame físico a paciente encontra-se em EGR, hipocorada (2+/4+), eupneica, afebril e abdômen flácido, doloroso a palpação profunda em FIE, RHA+, fígado palpável a 2cm abaixo do rebordo costal. Com base no quadro clínico e na colonoscopia da paciente foi solicitado o estadiamento do tumor através de uma TC com contraste do abdômen superior e inferior. O estadiamento demonstrou que o tumor se encontra no estágio 4, com numerosas metástases hepáticas que contraindica a ressecção cirúrgica como 1º opção de tratamento. Porém, como o tumor estava com riscos de obstruir a válvula ileocecal a hemicolectomia direita foi realizada através de uma laparotomia, visando impedir a obstrução da válvula e piora do quadro clínico. Além disso, foi feito também linfadenectomia à direita paraórtica até a renal.</p> <p>DISCUSSÃO: A decisão da hemicolectomia através da laparotomia foi precisa e rápida, impedindo as consequências que uma obstrução de válvula poderia causar. Desse modo, sendo um tratamento eficaz e rápido que proporcionou melhores condições clínicas a paciente.</p>	<p>RELATO DE CASO: CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE APENDICE</p> <p>FRANCISCO ANTONIO SANTOS GRAZZIOTIN, PAULO CESAR DA COSTA DUARTE, LUMMENIG FERREIRA DESIDERIO, RAMON DAL LANHO DE OLIVEIRA, BARBARA ELIAS PRADO, NICOLE BAIROS SILVA, GUSTAVO CHIARADIA RIBEIRO DUARTE, JOSE EMILIO DE ARAUJO MENEGATTI</p> <p><i>HOSPITAL TEREZA RAMOS - LAGES - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor neuroendócrino de apêndice corresponde a 0,5% das neoplasias gastrointestinais e são encontrados em 1% das apendicectomias. A maioria dos casos se apresentam como quadro de abdome agudo, na forma de apendicite aguda, e o diagnóstico de tumor neuroendócrino é um achado anatomopatológico após apendicectomia. O presente relato visa descrever sobre uma paciente da Serra Catarinense que apresentou essa patologia e discutir as condutas tomadas diante dessa paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente B.F, 23 anos, feminina, vem para serviço de referência cirúrgica após quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID), vômitos e inapetência de início há aproximadamente 2 dias com piora progressiva. Ao exame físico trazia de notável sinal de blumberg e rovsing positivos. Paciente submetida à apendicectomia sem intercorrências, já evidenciando apêndice cecal anômalo e peça encaminhada ao serviço de Patologia para anatomopatológico. Após aproximadamente 10 dias, recebido o anatomopatológico evidenciando Neoplasia neuroendócrina do apêndice pT3pN0M0 com margens cirúrgicas comprometidas, realizado busca ativa na paciente a qual é encaminhada ao serviço referência de oncologia e submetida a hemicolectomia direita e linfadenectomia, com resultado de anatomopatológico sem evidências de malignidade. Após, paciente encaminhada ao serviço de oncologia clínica no qual segue acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O Tumor neuroendócrino (TNE) de apêndice é um tumor raro (porém sendo o segundo sítio mais comum de tumores neuroendócrinos no aparelho digestivo) estima-se a incidência em 0,12/100.000/ano, com prevalência no sexo feminino na faixa etária adulta, corresponde a 0,5% das neoplasias gastrointestinais e são encontrados em 1% das apendicectomias. A maioria dos casos se apresentam como quadro de abdome agudo, na forma de apendicite aguda, e o diagnóstico de tumor neuroendócrino é um achado anatomopatológico após apendicectomia. Os tumores neuroendócrinos de apêndice geralmente possuem um comportamento de crescimento lento e de baixa malignidade, assim, excepcionalmente caracterizando uma síndrome carcinoide, o que as diferencia dos tumores neuroendócrinos de intestino que são mais agressivos. Pacientes portadores de TNE apendicular possuem risco 29% maior de desenvolver neoplasia sincrônicas ou metacrônicas, não sendo exclusivo do trato gastrointestinal. Devido a esse risco aumentado, é necessário rastreamento para outras neoplasias nesses pacientes. Em relação ao tratamento cirúrgico de TNE de apêndice, quando menor de 2 centímetros, localizado no ápice do apêndice e sem invasão de mesoapêndice a cirurgia tem intenção curativa. Também há a possibilidade de uma hemicolectomia direita indicada quando: diâmetro tumoral maior que 2 centímetros, invasão profunda do mesoapêndice, margens cirúrgicas positivas. Estadiamento em pacientes tratados deve ser mantido para o resto da vida, e nos primeiros 5 anos semestralmente, sendo necessários exames de imagens e laboratoriais.</p>
<p>PO 536-3</p> <p>GANGRENA DE FOURNIER EM PACIENTE COM MIELOMA MULTIPLO: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Costa De Lima, Ingrid Albuquerque Egito, Camila Temporim De Alencar, Jae De Oliveira Silva</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana rara associada a fasciite necrotizante que acomete os tecidos moles profundos da região perineal. Manifesta-se de forma aguda com destruição tecidual, progredindo rapidamente para toxicidade sistêmica, com importante letalidade. Comumente identifica-se fatores predisponentes da síndrome, ratificando a importância de uma investigação clínico-cirúrgica minuciosa. O mieloma múltiplo (MM) apresenta-se como causa incomum, sendo suspeitado na presença de lesões de órgão-alvo: ossos, rins, sistema hematológico e neurológico, especialmente os sinais de compressão medular. O tratamento abrangente e oportuno da síndrome e de sua causa subjacente são cruciais para reduzir a sua elevada taxa de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: E.C., sexo masculino, 67 anos, foi admitido em Hospital Público do Distrito Federal com queixa de dor em abdome inferior e MMII associada a diarreia e surgimento de lesão ulcerada em região glútea. Relatava hipotensão recorrente e febre não aferida no dia anterior. Tem história de paraparesia, retenção urinária e parestesia há 6 meses, evoluindo há 2 meses com paraplegia. Foi submetido a desbridamento profundo de área necrosada em nádega e base escrotal e confecção de colostomia em alça. No pós-operatório, evoluiu com edema peniano e aumento da hiperemia e empastamento, sendo necessário novo debridamento cirúrgico, com exposição óssea e tendínea. Foi submetido a TC de tórax e coluna lombar, que evidenciaram múltiplas lesões ósseas líticas. Mielograma mostrou hiperclularidade de medula óssea para a idade com presença de 40% de plasmócitos, sendo diagnosticado mieloma múltiplo. Paciente foi encaminhado a serviço de Oncohematologia, onde encontra-se internado até o momento.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Fournier é uma infecção necrotizante rara cuja incidência varia de 0,3 a 15 casos por 100 000 habitantes. 70% dos pacientes são homens, em particular os idosos, nos quais as lesões podem se estender para escroto e pênis. Embora indivíduos hígidos possam ser acometidos, sabe-se que pacientes com algum déficit imune como malignidade são afetados com maior frequência, tornando importante a investigação de comorbidades subjacentes. Desse modo, o mieloma múltiplo, apesar de infrequente, é fator risco para essa condição. Trata-se de neoplasia plasmocitária que se apresenta com lesões ósseas líticas, insuficiência renal, anemia e hipercalemia. Em fases tardias, há sinais de compressão medular como dor radicular, disfunção esfincteriana e paraplegia. O diagnóstico é confirmado pela plasmocitose medular $\geq 10\%$. Cabe ressaltar que as infecções bacterianas são a principal causa de morte no MM assim a antibioticoterapia, abordagem cirúrgica de urgência com remoção do tecido desvitalizado e, eventualmente, derivação do trânsito fecal e/ou urinário são determinantes no prognóstico do paciente.</p>	<p>PO 537-1</p> <p>PANCREAS ECTÓPICO EM ANTRO GÁSTRICO MIMETIZANDO GIST EM PACIENTE COM ATRESIA DE ESÓFAGO CONGENITA: RELATO DE CASO E BREVE REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>Angélica de Oliveira Cardoso, Augusto Albanese Pellicoli, Everton Janoski de Menezes, Rafael Costa e Campos, Marcelo Garcia Toneto</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pâncreas ectópico é definido como a presença de tecido pancreático fora do local anatômico, sem contiguidade com o pâncreas, com vascularização e sistema ductal próprios. Apesar de ser considerado raro, sua frequência exata é desconhecida e o diagnóstico é habitualmente acidental. O objetivo deste relato de caso é salientar a importância de considerar a hipótese de pâncreas ectópico como diagnóstico em casos de lesão gástrica submucosa, principalmente no diagnóstico diferencial com Tumores de Estroma Gastrointestinal (GIST). As características das lesões nos diferentes métodos de imagem podem auxiliar na diferenciação diagnóstica. Além disso, fomentamos a discussão sobre a possível relação entre a atresia de esôfago e as malformações pancreáticas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 22 anos, com atresia de esôfago congênita e correção após o nascimento. Realiza endoscopia anualmente, sendo constatada lesão submucosa em antro gástrico no último exame. A tomografia computadorizada contrastada demonstrou lesão bem delimitada, endofítica, medindo 3,1 centímetros. A paciente perdeu seguimento durante 1 ano e foi reavaliada com nova endoscopia, com presença de duas lesões submucosas em antro gástrico, uma delas com 2,5 centímetros de diâmetro, com orifício central e outra com 4,0 centímetros. A ressonância magnética demonstrou arredondamento submucoso na transição entre antro e corpo gástrico, medindo 2,1 centímetros, com impregnação pelo meio de contraste, sugerindo GIST como hipótese diagnóstica mais provável. Pela alta suspeição de GIST e pela falta de disponibilidade de ecografia endoscópica, foi realizada Gastrectomia Parcial com Reconstrução em Y de Roux. A paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. A análise histopatológica da peça cirúrgica foi compatível com pâncreas ectópico.</p> <p>DISCUSSÃO: O pâncreas ectópico é uma malformação rara e de difícil identificação. Nos últimos anos temos visto grandes melhorias tanto em exames de imagem quanto na endoscopia diagnóstica. No entanto, o diagnóstico diferencial entre pâncreas ectópico e GIST continua sendo um desafio para a equipe médica. O diagnóstico diferencial é importante porque pode alterar a conduta terapêutica. As características de imagem por tomografia computadorizada, ressonância magnética ou radiografia baritada podem auxiliar na diferenciação diagnóstica, sendo a umbilicação central um achado específico para o diagnóstico de pâncreas ectópico. Por fim, é de extrema relevância a suspeição deste tipo de malformação em pacientes com sintomas digestivos altos vagos e massa gástrica submucosa. Além disso, a presença de outras malformações de trato gastrointestinal, como a atresia de esôfago, deve servir de alerta para considerar o pâncreas ectópico como hipótese diagnóstica.</p>

PO 537-3	PO 538-1
<p>HEMICOLECTOMIA DIREITA ASSOCIADA A DUODENOPANCREATECTOMIA EM BLOCO COMO TRATAMENTO DE TUMOR DE COLON LOCALMENTE AVANÇADO – RELATO DE CASO</p> <p>GUILHERME FERRARINI FURLAN, RAFAEL AUGUSTO IORIS, MARINA BAKRI, IGOR LUNA PEIXOTO, GUILHERME DIAS FRANZEN</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de cólon é de grande incidência no ocidente, sendo que o tumor de cólon localmente avançado responde bem à ressecção multi visceral em bloco, com maior sobrevida e menor morbimortalidade. Esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de hemicolectomia direita associada à duodenopancreatectomia em bloco em um paciente com tumor de cólon direito localmente avançado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 54 anos, procura atendimento médico por história de dor abdominal difusa há 2 meses, com piora nos últimos dois dias, quando iniciou com náuseas. Sem evacuar há dois dias, eliminando apenas flatos. No dia do atendimento apresentou vômitos amarelo-esverdeados pela manhã. Perda de 20 kg nos últimos 3 meses. Ao exame físico abdome doloroso a palpação de hipocôndrio e flanco direito, com endurecimento local importante, RHA reduzidos e maciez à percussão. Foram realizadas medidas para suboclusão e jejum. A tomografia computadorizada de abdome e pelve que apresentou suboclusão e tumor volumoso de cólon ascendente. Submetido à laparotomia exploratória e realizada hemicolectomia direita associada à duodenopancreatectomia em bloco por invasão em órgãos adjacentes</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer de cólon localmente avançado é uma afecção frequente caracterizada por aderências neoplásicas em órgãos adjacentes, ocorrendo principalmente no sigmoide e reto, podendo invadir diversas vísceras. A aderência em órgãos adjacentes no câncer de cólon direito e transverso proximal é presente em 11% a 28% dos casos, podendo invadir o duodeno e cabeça do pâncreas. O tempo de sobrevida após ressecções multiviscerais é em média de 40 meses, com taxa de sobrevivência de 54% em 5 anos livre da doença. Já o by-pass paliativo possui média de sobrevivência de 9 meses, e a ressecção incompleta 11 meses. Pelo seu benefício de sobrevida e menor morbimortalidade, a gastroduodenopancreatectomia é realizada frequentemente para tumores malignos periampulares, e também deve ser considerada em tumores não periampulares em pacientes com ausência de metástase à distância e boa condição clínica. Esse longo período de sobrevida pós-ressecção multivisceral em bloco pode ser explicado pela ausência de metástase em linfonodos regionais, em 45% dos casos. A ressecção multivisceral em bloco é o tratamento de escolha, conforme a literatura, quando o paciente tiver boas condições clínicas e não apresentar metástase, mesmo sendo uma intervenção de grande complexidade. A taxa de mortalidade associada à duodenopancreatectomia vem diminuindo gradativamente, aumentando a segurança e as indicações desse procedimento. Em um estudo com 14 pacientes que realizaram duodenopancreatectomia e colectomia direita não houve nenhuma complicação associada à colectomia direita e, quando houve complicações pela duodenopancreatectomia, nenhuma teve impacto clínico significativo ao paciente.</p>	<p>ACHADO OCASIONAL DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL EM APEDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO</p> <p>DAVID SMANGOSZEWSKI MARTINS, CINTIA DE SOUZA IMPROTA, FELIPH MIQUÉIAS ALCÂNTARA DE SOUZA, JOAO ABNER MARINS MUNHÓS, CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO, LUCAS REIS ANGST, ANA CLARA LEAL SOARES, JOSÉ ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor Estromal Gastrointestinal (TEGI) é uma neoplasia que pode variar desde graus indolentes até tumores que progredem rapidamente. O TEGI pode acometer todo o trato gastrointestinal (TGI), as localizações mais comuns são nas regiões gástricas e de intestino delgado. Raramente (<5% dos casos) essa neoplasia surge na cavidade abdominal sem nenhuma comunicação com o TGI. A incidência anual é de cerca de 10 por milhão de habitantes, ocorrendo em qualquer idade, porém com mediana de idade por volta de 65 anos e raramente (<0,5%) acomete menores de 20. A apresentação clínica do paciente varia desde assintomáticos até casos com taquicardia, síncope, dor abdominal, melena ou hematêmese quando há sangramentos intensos pelo tumor. O diagnóstico confirmatório é realizado através de imuno-histoquímica. A excisão cirúrgica é utilizada como tratamento definitivo em até 60% dos casos com tumores localizados, mas quimioterapia adjuvante ou neoadjuvantes podem ser utilizadas dependendo do estadiamento da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.H. masculino, 73 anos, vem ao consultório de cirurgia geral com quadro de com dor abdominal há 24 horas, iniciada em região de epigastro e irradiando para a fossa ilíaca direita, acompanhada de náuseas, anorexia, leve distensão abdominal, negando diarreia ou queixas urinárias. Ao exame físico, apresentava abdome plano, flácido, doloroso em fossa ilíaca direita, sinais de Blumberg e Rovsing presentes. Exames laboratoriais sem alterações, ultrassonografia de abdome evidenciando imagem tubular em fossa ilíaca direita e sem líquido livre na cavidade. Na laparoscopia foi identificado apêndice cecal em fase inflamatória, sendo realizada apendicectomia, na revisão da cavidade se evidenciou lesão vegetante e pediculada na parede anterior do corpo gástrico, sendo optado pela ressecção do mesmo utilizando grameador laparoscópico linear com margem de segurança de 1,0 cm. Não foi realizada drenagem da cavidade. Paciente permaneceu com sonda nasogástrica no 1º dia pós-operatório, sendo iniciada dieta no 2º, paciente com boa evolução, recebendo alta hospitalar. O resultado da anátomo patologia teve como conclusão uma neoplasia fusocelular de baixo grau e o painel Imuno-histoquímico, associado aos aspectos histológicos, de TEGI, além de atividade mitótica não significante.</p> <p>DISCUSSÃO: A revisão da cavidade abdominal é de fundamental importância independentemente do tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado, achados de massas anaxiais durante a laparoscopia exigem esclarecimentos diagnósticos anatomopatológicos para excluir neoplasias malignas. A excisão cirúrgica de tumores pequeno é seguro e permite a resolução do caso em apenas um momento. O TEGI pode se apresentar de forma assintomática e recomenda-se ser pesquisada em pacientes com idade mais avançada que irá passar por algum procedimento cirúrgico seja ela aberta ou videolaparoscopia.</p>
<p>PO 538-3</p> <p>MELANOMA DE MARGEM ANAL: RELATO DE CASO</p> <p>Kelwin Madson da Silva, Thiago Alexandre Martins Marques, Leticia Amorim Lucena, Fernando Moura Lima, Omar Jacobina de Figueiredo, Victor Lira de Oliveira, Raquel Kelner Silveira, Cristiano Souza Leão</p> <p><i>IMIP - Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma anorretal é um tumor raro, representa menos de 2% de todos os melanomas e cerca de 1 a 2% dos tumores do canal anal. Podem localizar-se na região retal (rara), anorretal e anal. O diagnóstico é comum entre a sexta e a oitava décadas de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, M.A.A., 58 anos, feminino, apresentou ardor e prurido anal associado à mudança de hábito intestinal para constipação há 4 meses, sem perda ponderal. Ao exame físico foi evidenciado lesão hiperocrômica de contornos irregulares, com extensão de 2 cm, em quadrante lateral esquerdo de borda anal, a biópsia, complementada com imuno-histoquímica, foi compatível melanoma maligno. Nos exames de estadiamento, TC de tórax e abdome superior, não foi evidenciado doença à distância, em RNM de Pelve, foi identificado lesão ao nível de margem anal em quadrante posterior esquerdo, com extensão axial máxima de 0,8cm e mínima indefinição dos planos musculares do esfíncter externo circunjacente, e, em PET/CT, ausência de área com aumento patológico do metabolismo do 18F-FDG A paciente foi submetida a ressecção abdominoperineal (RAP) do reto. O anatomopatológico mostrou margens cirúrgica livres, sem acometimento linfonodal. Encontra-se livre de doença há 3 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: O melanoma é um tipo raro de câncer da região anal, o baixo número de relatos de casos desta afecção (cerca de 600 em todo o mundo, de 1857 até os dias atuais), torna difícil definir um consenso referente ao rastreio, diagnóstico e tipo de tratamento para esta condição clínica. Pode apresentar-se como lesão hiperocrômica (15 a 40% podem ser amelanocíticas), associado a sangramento, prurido, secreção anal, dor anal, alteração do hábito intestinal e fezes em fita. Por vezes o medo, pudor ou ignorância por parte do paciente, atrasa o diagnóstico, o que colabora para piorar a sobrevida e proporcionar baixos índices de cura. A disseminação pode ser hematogênica (fígado, pulmão, cérebro e ossos) ou linfática (cadeia inguinal, mesentérica e para-aórtica), e não tem relação com o tamanho da lesão. Após confirmação histológica, é necessário estadiamento para avaliar acometimento à distância, com tomografia de abdome e tórax e RNM de pelve ou USG endoanal. Atualmente, a ressecção local ampla e a RAP, são as propostas de tratamento existentes. Acredita-se que a RAP reduza a chance de recorrência, com controle de disseminação para linfonodos mesentéricos e obtenção de margem negativa maior, por isso, essa foi a opção de tratamento escolhida. Quimioterapia e radioterapia não tem benefício. O prognóstico, tendo em vista o grande número de paciente em estágios avançados, é muito ruim, varia de 3 a 15% de sobrevida em 5 anos, com média em torno de 20 meses. Com a escassez de trabalhos referentes a esse tema, fica evidente a necessidade de mais estudos para padronização do diagnóstico e tratamento, visando melhora da qualidade e aumento da expectativa de vida desses pacientes.</p>	<p>PO 539-1</p> <p>MEGAGASTRIA DECORRENTE DE ESTENOSE BULBAR: RELATO DE CASO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Marina Mendes Fick, Mario Gomes de Campos Neto, Renato Miranda Ramalho Filho, Patrícia Alves Mangueira, Paulo Henrique Dias Moraes</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Úlceras pépticas correspondem à lesões da mucosa do trato gastrointestinal decorrente da ação corrosiva da hipersecreção de ácido gástrico. Uma de suas complicações é a Estenose Píloroduodenal, que corresponde a uma dificuldade parcial ou total do esvaziamento gástrico devido a fatores mecânicos ou funcionais e que se apresenta de forma subaguda e progressiva. Tal obstrução tem como consequência a estase do trânsito gastrointestinal, o que pode desencadear uma série de eventos, como distensão gástrica e estase, o refluxo gastroesofágico. Nesse tipo de situação, a abordagem cirúrgica está indicada, visando a inibição da secreção ácida através da vagotomia, gastrectomia subtotal (retirando antro, píloro e pequena porção duodenal) e reconstrução gastrointestinal. Sabendo-se que apenas 1 a 2% dos pacientes portadores de úlcera péptica são submetidos a este tipo de correção cirúrgica, este trabalho visa não só descrever um destes casos, com destaque a tamanha distensão do tecido gástrico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 75 anos, branco, compareceu ao hospital com quadro de hemorragia digestiva alta, inapetência há 4 dias, disfagia, caquexia e distensão abdominal. Refere ainda perda ponderal progressiva e vômitos em "borra de café", além de piora dos sintomas gástricos nos últimos 2 anos. Relata ter diagnóstico prévio de úlcera duodenal, tratada cirurgicamente com vagotomia e piloroplastia, há aproximadamente 25 anos. Ao exame, encontrava-se lúcido e orientado, hipocrorado (3+/4+), taquipnéico, taquicárdico, ruídos hidroaéreos presentes, abaulamento epigástrico com dores à palpação. Internado para investigação, realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), onde foi encontrada lesão esofágica (Esôfago de Barrett, após biópsia) e estenose bulbo duodenal. Durante a estabilização de um quadro agudo de anemia, o paciente passou a apresentar disfagia progressiva, culminando na realização de uma Seriografia Esôfago Estômago Duodeno, que evidenciou também estenose esofágica. Para o tratamento cirúrgico da estenose bulboduodenal, foi realizada uma Gastrectomia subtotal com reconstrução e "Y de Roux". Durante o procedimento, onde foi encontrado importante dilatação gástrica (em média 3 vezes o tamanho normal). O paciente seguiu com boa evolução pós-operatória, mas pela queixa remanescente da disfagia, foi submetido a uma nova EDA com Dilatação esofágica por balão pneumático. Com boa evolução e sem outras intercorrências, o paciente recebeu alta hospitalar. O resultado anatomopatológico (AP) mostrou a porção de estômago com áreas de fibrose e hialinização em parede pilórica.</p> <p>DISCUSSÃO: Com o advento das medicações inibidoras da secreção ácida associada a erradicação do <i>Helicobacter pylori</i> com uso de antibióticos, os casos de úlcera péptica e suas complicações vem sendo cada vez mais manejados clinicamente. O presente caso evidencia um dos poucos casos em que a cirurgia teve que ser optada e aborda ainda outro desdobramento da estenose: o refluxo de conteúdo gástrico ao esôfago.</p>

PO 539-2	PO 539-3
<p>O CARCINOMA DE CELULAS ACINARES EM UM PACIENTE PEDIATRICO</p> <p>Pedro Henrique Cardoso Dall Agnol, Laetitia Moraes Trindade, Lucas Pastori Steffen, Júlia Tonietto Porto, Vítória Bonzanini Bernardi, Ana Carolina Weber de Menezes, Marina Slongo, Isadora Linck da Silva Ramos</p> <p><i>Ulbra - Canoas - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma de Células Acinares (ACC) é uma neoplasia epitelial maligna composta por células com semelhança morfológica com células acinares e com evidências de produção de enzimas exócrinas pelas células neoplásicas. ACC é um tumor extremamente raro e agressivo: representa cerca de 1% de todas as neoplasias pancreáticas e a taxa de sobrevida global de 5 anos encontra-se inferior a 10%. Esse relato justifica-se não só pela rara ocorrência da doença, mas também pela escassa literatura acerca dos conhecimentos da patologia estudada. Além disso, o ACC é um tumor com difícil diagnóstico e extremamente agressivo; o tratamento dessa doença continua sendo aprofundado, uma vez que novos estudos sugerem a presença de micrometástases - indetectáveis em exames de imagem - em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica total com margens negativas.</p> <p>RELATO DE CASO: G.P., 9 anos, masculino, faz acompanhamento no Hospital Criança Conceição (HCC) desde os primeiros meses de vida por refluxo vesico uretral e hidronefrose. Histórico de infecções do trato urinário (ITU) de repetição até os 2 anos de idade, mãe nega procedimentos cirúrgicos relacionados as alterações renais. Fazia uso de profilaxia para ITU. Em 2017 fez uma ecografia de rotina com achado ocasional de massa abdominal, iniciou investigação da referida massa no HCC com diagnóstico de tumor neuroendócrino bem diferenciado em pâncreas, não sendo possível ressecção do tumor no referido hospital. Mãe refere que paciente apresentava náuseas como única alteração. Exame físico sem alterações. Veio transferido ao Hospital da Criança Santo Antônio para realização do procedimento. Foi realizada pancreatectomia e esplenectomia em Fevereiro de 2018 tendo no anatomo patológico Carcinoma de células acinares com limites cirúrgicos livres. Paciente segue tratamento com quimioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: Quase a totalidade das neoplasias do pâncreas que apresentam células acinares são sólidas e malignas. Essa patologia não apresenta predisposição por nenhuma área específica do pâncreas, ela possui distribuição de forma uniforme pela glândula. No entanto, há relatos mostrando uma maior incidência na região da cabeça deste órgão. A etiologia dessa doença é desconhecida e não há evidência de lesões precursoras. Dentre os tumores de pâncreas nos pacientes pediátricos, o ACC possui incidência de aproximadamente 15%. Os achados clínicos são inespecíficos podendo apresentar características como dor abdominal, perda de peso, náusea, vômito, melena, fraqueza, anorexia, diarreia e inchaço. O diagnóstico de tal carcinoma pode ser feito por análise laboratorial, imagens radiológicas, biópsia por aspiração, achados macroscópicos e microscópicos, imuno-histoquímica e achados moleculares. O tratamento indicado para o ACC é a ressecção cirúrgica com margens negativas em pacientes em estágios iniciais, associado a um melhor prognóstico.</p>	<p>ADENOCARCINOMA DE COLON COM METASTASE EXCLUSIVA PARA PELE - RELATO DE CASO</p> <p>Ricardo Gomes Camacho, Raissa F Guimarães Dias Soares, Mariani Correa Mendes, Wilton Cardozo Schmidt, Maria Ivone Otsubo Hayasida, Marco Antonio Pereira Mariano, Getulio Soiti Obara</p> <p><i>Complexo Hospitalar Padre Bento - Guarulhos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma de cólon com metástase exclusiva para pele é incomum, ocorrendo em apenas 5% dos casos. Relatamos um caso operado em nosso serviço em que o paciente apresentava lesão cutânea semelhante a lesão encontrada no cólon.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.R.S., 78 anos, sexo masculino, internado em unidade hospitalar terciária, Complexo Hospitalar Padre Bento em Guarulhos, há 1 mês iniciou com lesão ulcerada friável em região mandíbula e esquerda com tumoracao em região torácica e dorsal de forma irregular. Há 1 semana iniciou com dor abdominal em região de mesogastrio associada a hematologia e obstipacao intestinal, com perda de 15kg em 6 meses. Foi submetido a colonoscopia que evidenciou adenocarcinoma de cólon transverso proximal, além de adenoma tubular com displasia moderada de cólon descendente e reto. O paciente 5 dias após colonoscopia foi submetido a biópsia de face, tronco e região dorsal sendo evidenciado na anatomia patológica metástase de adenocarcinoma de origem colônica. O paciente evoluiu com metástase para couro cabeludo e piora clínica, entrando em óbito no trigésimo terceiro dia após biópsias.</p> <p>DISCUSSÃO: A disseminação do carcinoma metastático mais recorrente é a via linfo-hematogênica, afetando principalmente o fígado, pulmões, ossos e sistema nervoso central. Contudo, também pode ser disseminada por contiguidade ao peritônio ou a órgãos intra-abdominais. Bálamo e Formiga descreveram metástase de adenocarcinoma colorretal no maxilar. O carcinoma metastático pode assumir aparências como violáceo, nódulos incoloros, firmes ou múltiplos, mimetizando cistos epidérmicos, linfoma e neurofibromas. Os dados de lesões microscópicas cutâneas do carcinoma colônico são escassas na literatura. A identificação de metástase cutânea a partir de uma malignidade interna é considerada sinal de mau prognóstico. A sobrevida após o diagnóstico de metástase cutânea varia de 1 a 34 meses, e dos pacientes com câncer de cólon é de 18 meses, segundo Lookingbill et al..</p>
<p>PO 540-1</p> <p>LEIOMIOMA GASTRICO: RELATO DE CASO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, JOSÉ CARDOSO CAVALCANTE JÚNIOR, MATHEUS LEITE ROLIM, ANNA KAROLINE ROCHA DE SOUSA, REGINALDO MELO FILHO, MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE, MARCOS ALENCAR TAVARES, CLAUDIO MOURA</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Leiomiomas são tumores benignos originários de células do músculo liso, com maior frequência encontrados no útero, sendo as manifestações extrauterinas raras. No trato gastrointestinal são mais comuns no esôfago e representam cerca de 2,5% das neoplasias gástricas. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de leiomioma gástrico em topografia incomum, além de discutir os possíveis diagnósticos diferenciais.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 76 anos, encaminhado para o ambulatório de cirurgia oncológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) por queixa de dor abdominal em queimação, localizada em hipocôndrio esquerdo com irradiação para região epigástrica e retroesternal de início há dois anos e importante perda ponderal. Ao exame físico apresentava dor a palpação superficial e profunda do hipocôndrio esquerdo e epigástrico, sem demais alterações. Endoscopia digestiva alta demonstrava lesão de submucosa de corpo gástrico com cerca de 5 cm de extensão e de caráter endurecido, a hipótese levantada foi de Tumor de Estroma Gastrointestinal (GIST). Tomografia de abdome total evidenciando imagem de formato oval em parede do estômago, com densidade de partes moles, medindo 3,9x3,5x4,6 cm em seus maiores eixos, com realce ao contraste endovenoso e causando falha de enchimento. A conduta adotada foi a de realização de Gastrectomia em Cunha Laparoscópica com retirada parcial do corpo e fundo gástrico. Estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico da peça definiram o diagnóstico de leiomioma gástrico. Evolução satisfatória no pós-operatório, e obteve alta hospitalar sem complicações. Em seguimento ambulatorial, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Os leiomiomas verdadeiros do estômago são raros, se apresentando mais frequentes entre os 50 e 70 anos de idade, não havendo predileção por gênero. A maioria das lesões é assintomática, a depender da topografia. No caso relatado o paciente apresentava idade superior àquela descrita pela literatura, além disso, era sintomático. A primeira hipótese levantada foi a de GIST, nesse aspecto, a diferenciação entre ambos é clinicamente importante pois leiomiomas são benignos, já o GIST está associado a um risco variável de progressão e de metástase. Neste caso, os exames demonstraram que não havia nenhuma lesão metastática. Após Imuno-histoquímica verificou-se que a lesão não apresentava receptor para c-KIT e forte e difusamente positiva para desmina e actina do músculo liso, o que é característico dos leiomiomas. A gastrectomia em cunha é o tratamento padrão ouro e, segundo a Associação Americana de Gastroenterologia (AGA), tumorações até 5cm o tratamento é por via laparoscópica, conduta adotada neste caso. Desta forma, diante de tumores gástricos, hipóteses como leiomiomas e GISTs também devem ser levantadas, pois o estabelecimento de um diagnóstico correto quanto as diferentes patologias é de extrema importância para o tratamento e prognóstico do caso.</p>	<p>PO 540-3</p> <p>FASCEITE NECROTIZANTE EM PACIENTE PORTADORA DE DIABETES MELLITUS: RELATO DE CASO</p> <p>Maria Eugênia Siquelli Soares, Desiree Cilião Crippa Calil, Pedro Cougo Samueli, Otavio Augusto Almeida Borges, Rebecca Neponucena Sobrinho, Mayara Padua Barbosa, Eduardo Garcia Pacheco</p> <p><i>Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fasciíte necrotizante é uma infecção bacteriana grave, de início súbito e evolução progressiva, que acomete os tecidos subcutâneos e fáscia muscular, com alto índice de mortalidade. A etiologia mais comumente relacionada é um abscesso perianal em pacientes com diabetes descompensado. Diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica de emergência e agressiva são determinantes para diminuir sua morbimortalidade, além de adjuvantes como antibióticos de amplo espectro, correção de distúrbios hidroeletrólitos e hemodinâmicos, suporte nutricional e controle glicêmico. Hiperglicemia está associada à má cicatrização, que pode prolongar a utilização de antibióticos e aumentar o número de debridamentos. O trabalho visa relatar o caso de uma paciente, portadora de diabetes mellitus e de outras comorbidades, com infecção perianal que evoluiu com fasciíte necrotizante, e teve sucesso nas medidas terapêuticas após controle glicêmico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, de 47 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e obesidade mórbida. Surgimento de abaulamento em nádega esquerda de crescimento progressivo associado à dor, edema e saída de secreção purulenta fétida, além de febre. Glicemia capilar de 389,0 mg/dL. Feita hipótese diagnóstica de abscesso anorretal, drenagem e debridamento. Colhidas biópsias e culturas. Alta com melhora do quadro algico e bom estado geral, porém ainda com dificuldade de controle glicêmico (glicemia capilar de 596,0 mg/dL). No retorno, apresentava permanência da dor, perineo com sinais flogísticos até região inguinal esquerda e lesão perianal esquerda profunda, com sinais de necrose e má perfusão tecidual e odor fétido. Diagnóstico de fasciíte necrotizante, sendo submetida a novo debridamento e antibioticoterapia de amplo espectro, além de controle glicêmico. Evoluiu com choque séptico, enviada para Centro de Terapia Intensiva, realizada intubação orotraqueal e drogas vasoativas. Glicemia média de 675,0 mg/dL. A lesão ficou mais extensa, com pontos necróticos e secreção purulenta fétida, sendo realizados novos debridamentos. Evoluiu com melhora hemodinâmica e foi extubada. A ferida permaneceu extensa e infectada, realizados novos debridamentos e curativo a vácuo, com variação de glicemia de 356,0 mg/dL. Após debridamentos, feita enxertia de pele em abdome inferior e perineo, com glicemia de 220mg/dL. Dias após, havia 80% de pega de enxertia de pele, com melhora progressiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Até a publicação desse relato, não há estudos suficientes que correlacionam diretamente os níveis de glicemia com melhora clínica e boa evolução cirúrgica da fasciíte necrotizante, mas sabe-se que o controle glicêmico melhora os resultados em casos graves como queimaduras extensas e traumas. No caso apresentado, embora a paciente apresentasse comorbidades que dificultariam um bom prognóstico, notou-se evolução favorável da ferida e das condições clínicas da paciente após se conseguir redução significativa da glicemia, com maior eficácia da enxertia.</p>

PO 541-1	PO 541-3
<p>REMISSÃO COMPLETA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO METASTÁTICO COM TUMOR DE KRUKENBERG APOS CIRURGIA PALIATIVA – RELATO DE CASO</p> <p>Amarildo Henrique Conceição Junior, Amanda Gogola Ferreira, Azul Maria Farinã, Bruna Silva Feitosa, Lorena Tavares Ferreira, Mylena Valadares Silva, Alessandra Vanessa Leite Silva, Rodrigo Nascimento Pinheiro</p> <p><i>Liga Acadêmica de Oncologia do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Krukenberg é uma neoplasia maligna metastática nos ovários que tem origem, na maioria das vezes, gastrointestinal. É caracterizado pela presença de células em anel de sinete produtoras de mucina. O sítio primário na maioria dos casos é o estômago, porém há casos mais raros descritos na literatura de origem em outros sítios como apêndice, cólon, reto, pâncreas e bexiga. Representa 1 a 2% de todos os tumores ovarianos. Os tumores de krukenberg podem apresentar-se de forma assintomática, ou mesmo com sintomas inespecíficos como dor abdominal e ascite. Devido ao quadro clínico genérico e muitos diagnósticos diferenciais, o diagnóstico inicial envolve TC e US abdominal e pélvico, seguido de biópsia de lesão suspeita e estudo anatomopatológico. Dada a natureza metastática e menor taxa de ressecabilidade, um tratamento de intenção curativa para o tumor de krukenberg ainda não foi formalmente estabelecido e, em alguns casos, o tratamento cirúrgico é realizado apenas com intenção paliativa em pacientes sintomáticos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 39 anos, tivera sido submetida a cirurgia para retirada de mioma e, durante a cirurgia realizou-se ooforectomia bilateral devido à suspeita intraoperatória de tumoração ovariana maligna, que foi confirmada na avaliação anatomopatológica. Foi realizada endoscopia digestiva alta com biópsia evidenciando adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete (Bormann IV). Apesar de ser uma doença metastática, pelo fato da paciente ser jovem, foi considerado tratamento cirúrgico primário. Foi então realizada gastrectomia total e enteroanastomose em Y de Roux. Após a cirurgia, foi submetida a quimioterapia adjuvante e foram realizadas tomografias de controle a cada 6 meses. Dois anos após a cirurgia, foram identificados sinais de carcinomatose peritoneal. Foi iniciado um novo esquema de quimioterapia paliativa em 8 ciclos. Após o último ciclo, identificou-se remissão da doença peritoneal. A paciente segue em quimioterapia de manutenção e encontra-se há 2 anos e 4 meses sem evidência de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Na literatura, apenas tumores precoces e sem metástase linfonodal poderiam ser considerados passíveis de cura com a ressecção tumoral. Uma vez que o tumor de Krukenberg, por definição, é de origem metastática, sua ressecção tem propósito apenas paliativo, devendo cada caso ser analisado individualmente, visto que não há consenso na literatura sobre o impacto na expectativa de vida. No caso da paciente, por se tratar de CA de estômago do tipo EC IV, a gastrectomia teria apenas intuito de diminuir dor, sangramentos e obstruções. Contudo, a associação da gastrectomia total e quimioterapia mostrou-se promissora e também aumentou a expectativa de vida. Assim, esse caso demonstra que pode ser importante considerar a cirurgia citorrredutora mesmo em pacientes com estadiamento IV, conforme já estabelecido em literatura oncológica para outras neoplasias gastrointestinais.</p>	<p>ADENOCARCINOMA ORDINARIO DE INTESTINO COM EXTENSA OSSIFICAÇÃO HETEROTOPICA BENIGNA</p> <p>RAIMUNDA RIBEIRO DA SILVA, LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFÍRIO, LARISSA KAROLYNNE RIBEIRO PORFÍRIO, DIOGO AGRA DE SOUZA, DAYSE EVELINE SANTOS SOUSA, GYL EANES BARROS SILVA, EVELINE BRANDÃO MADEIRA</p> <p><i>INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO - SÃO LUIS - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ossificação heterotópica (OH) é um termo usado para descrever uma formação óssea em um tecido que normalmente não ossifica, podendo ocorrer em lesão primária ou metastática (SHI et al., 2011). A patogênese é incerta, mas geralmente é considerada como um processo reativo a uma variedade de estímulos, dentre eles, neoplasias (KAPLAN et al., 2004). Nesse contexto, o adenocarcinoma intestinal pode secretar uma substância desconhecida que simula a formação óssea, originando uma metaplasia histologicamente benigna, provavelmente em resposta a processos reparativos, caracterizada por células com aparência de osteoblastos, na superfície de depósitos minerais, podendo se desenvolver de células mesenquimais preexistentes dentro do estroma tumoral, o qual se calcifica pela ação de enzimas, tais como fosfatase alcalina e anidrase carbônica (FENOGLIO-PREISER et al., 1998). O objetivo deste estudo é relatar um caso de Ossificação Heterotópica.</p> <p>RELATO DE CASO: EML, masculino, 52 anos, natural e residente de São Luís-MA, diagnosticado com adenocarcinoma de sigmoide, bem diferenciado pT3 pN2 M0. Iniciou tratamento com protocolo XELOX, evoluindo com regressão inicial e posterior processo expansivo à esquerda na projeção do sigmoide, com compressão do ureter distal e hidronefrose ipsilateral, evidenciado pela TC de abdome total e associado ao CEA de 15,5ng/mL. Reiniciado tratamento com protocolo FOLFIRI por 6 ciclos, seguindo-se com diminuição da lesão e CEA. Após 6 meses, PET-CT demonstrou massa retroperitoneal e atividade neoplásica. Indicada retossigmoidectomia, linfoadenectomia, colostomia e nefrectomia esquerda. Na análise anatomopatológica do retossigmoide: massa tumoral mal delimitada, de 6cm, consistência firme com áreas pétreas; e diagnóstico de Adenocarcinoma grau II associado à intensa ossificação heterotópica (extensas trabéculas laminadas de tecido ósseo). Paciente evoluiu com dor lombar, constipação e aumento do CEA para 95,1ng/mL. Foi internado devido episódios de vômitos e náuseas refratários à medicação, fístula entérica, dor intensa e obstrução intestinal, indo à óbito por choque não especificado.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se um caso pouco frequente e exuberante de Ossificação Heterotópica associada ao Adenocarcinoma de cólon com evolução rápida para óbito. O conhecimento acerca da OH relacionada a essa neoplasia é relevante para evitar um diagnóstico equivocado de outros tumores primariamente ósseos, cujo tratamento é diversificado.</p>
<p>PO 542-1</p> <p>SINDROME DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR: RELATO DE CASO</p> <p>Thais Lemos da Costa Dias, Heloisa Davanzo de Souza, Giovanni Rossi Araújo Chaves, Kim Soares Marinho, Juliano Grubert de Arruda, Ronald Reverdito</p> <p><i>Santa Casa de Campo Grande - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome da Arteria Mesentérica Superior (SAMS), ou Síndrome de Wilkie, é causa rara de compressão vascular extrínseca duodenal e pode se manifestar mais comumente com quadro crônico, dor epigástrica e vômitos pós-prandiais ou obstrução intestinal acima do ângulo de Treitz. O diagnóstico, muitas vezes é de exclusão e deve ser suspeitado na ausência de outras patologias mais comuns.</p> <p>RELATO DE CASO: A.R.R.A., 14 anos, masculino. Ao procurar atendimento, havia iniciado quadro de dor abdominal, associado a distensão acentuada e muitos episódios de vômitos escurecidos há 1 dia. Sem demais queixas, sem comorbidades prévias, sem alergias. Paciente apresentava intensa perda ponderal recente ao longo de 6 meses aproximadamente. Tentativa inicial de tratamento não operatório com medidas clínicas, apresentando sonda nasogástrica (SNG) com alto débito, escurecido, sem melhora do quadro. Exames iniciais demonstravam grande distensão gástrica e leucocitose acentuada. Optada pela realização de tomografia computadorizada de abdome para elucidação diagnóstica, a qual confirmou acentuada distensão gástrica e das 1ª e 2ª porções duodenais, com estenose da 3ª porção duodenal pela artéria mesentérica superior (AMS). Optada pela correção cirúrgica via laparotomia, com anastomose primária latero-lateral da 3ª porção duodenal proximal a AMS e porção jejunal a 15cm do Ângulo de Treitz, visando desvio do trânsito do local acometido. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório (PO), recebendo alta ao 7º dia de PO com boa aceitação de dieta leve. Em acompanhamento ambulatorial atualmente.</p> <p>DISCUSSÃO: A SAMS foi descrita pela primeira vez no século XIX e detalhada posteriormente por Wilkie, trata-se de compressão extrínseca da 3ª porção duodenal, anteriormente pela AMS e, posteriormente, pela coluna vertebral e aorta. Extremamente rara, com prevalência na população geral menor que 1%, mais comum em mulheres (2:3). A diminuição do ângulo entre a aorta e AMS configura a fisiopatologia da doença. Normalmente, esse ângulo varia de 25 a 60°, com distância de 10 a 28mm. Nos portadores da SAMS, a distância fica entre 2-10mm, com angulação de 6 a 16°. Os fatores que levam a redução da angulação são a perda ponderal significativa e rápida, variações anatómicas (congenitas ou adquiridas). As manifestações vão de insidiosas, com quadro de dor epigástrica e vômitos pós-prandiais, até agudas, como a obstrução intestinal. O tratamento inicial a ser tentado é conservador, porém em casos de refratariedade dos sintomas, ou demais complicações, opta-se por tratamento cirúrgico.</p>	<p>PO 542-2</p> <p>OSTEOMIELEITE CAUSADA POR INFECÇÃO URINARIA MAL TRATADA: UM RELATO DE CASO</p> <p>NAIZA MURIELLY PEREIRA BORGES, GUILHERME NASSIF CORREA, YAGO JOSÉ FAGUNDES FREITAS, IZABELLA GOMES SOUZA, ANA LAURA CARVALHO ALMEIDA, GERALDO SANTANA XAVIER NUNES NETO, JALSI TACON ARRUDA, CONSTANZA THAISE XAVIER SILVA</p> <p><i>UniEVANGÉLICA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A osteomielite consiste em uma inflamação da parte esponjosa do osso. Ela pode ser causada por diversos microrganismos, mas os principais são as bactérias piogênicas e micobactérias. As alterações morfológicas dependem do estágio da doença, classificados em agudo, subagudo e crônico. Essas podem alcançar os ossos através de três vias: circulação sanguínea, invasão direta e infecções dos tecidos moles adjacentes. A destruição do osso na osteomielite é gerada tanto pela toxicidade das bactérias quanto pela resposta inflamatória do sistema imunológico. Primeiramente, se caracteriza por uma infecção inflamatória aguda que gera necrose da região, de maneira que é possível se disseminar por meio dos canais de Havers até o periosteio. Em especial nas crianças, o periosteio está frouxamente preso ao córtex, de maneira que podem ser formados abscessos subperiosteais.</p> <p>RELATO DE CASO: N.M.P.B., sexo masculino, 13 anos, foi submetido à uma cirurgia de emergência em hospital de Goiânia-GO, acometido com osteomielite na fíbula do membro inferior direito. O paciente apresentou dor localizada, edema, rubor e febre, causando-lhe a impossibilidade de andar. Houve a emergência cirúrgica e a modificação dos antibióticos. Após a realização dos exames denominados bacterioscopia, cultura e antibiograma do líquido drenado, foi isolada a bactéria <i>Staphylococcus aureus</i>. Inicialmente diagnosticado com celulite e submetido a internação a base de antibióticos, foi encaminhado a ortopedia e diagnosticado com artrite séptica de tornozelo. Somente após o procedimento cirúrgico e drenagem do abscesso foi confirmada a osteomielite. Essa foi causada devido à uma infecção urinária tratada incorretamente no passado, na qual a bactéria foi resistente ao antibiótico utilizado no tratamento, permitindo que ela alcançasse a corrente sanguínea acarretando na doença. Atualmente o paciente encontra-se totalmente recuperado com perfeita condição dos movimentos dos membros inferiores, sem resquícios da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Conforme Street (2015), cerca de 27% dos diagnósticos são feitos clinicamente, mas em 66% dos casos são necessários exames radiológicos, que mostram um achado característico de foco lítico e destruição óssea. No entanto, cerca de 7% dos casos são diagnosticados com cirurgia. O patógeno mais comum é <i>Staphylococcus aureus</i>, majoritariamente não resistente a meticilina. Em uma análise epidemiológica, Ceroni (2014) determina que há uma prevalência de osteomielite em crianças, do sexo masculino, localizada nos ossos tubulares e longos. Nesse contexto, ainda é possível que as toxinas irradiem para a pele, induzindo um quadro de queloides.</p>

PO 543-1	PO 543-3
<p>RESSEÇÃO CIRÚRGICA DE LINITE PLÁSTICA GÁSTRICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Igor Pedroso Figueira, Lais Arraes De Carvalho, Luigi Sacardi Schiavinatto, Ingrid Dantas Soares Lima, Thamyres Rats de Souza Barbosa, Lindon Johnson Batista De Oliveira</p> <p><i>Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Linite Plástica (LP), também classificada como Borrmann IV, um tipo de adenocarcinoma gástrico infiltrativo e difuso, se manifesta com sintomas inespecíficos (dispepsia, náusea), insidiosos, e geralmente é diagnosticada em pessoas mais jovens e em estágio avançado. Além disso, costuma acometer todo o estômago, com células pouco diferenciadas e infiltradas principalmente na submucosa, espessando na parede do órgão (Garrafa de Courro). Tem péssimo prognóstico, principalmente pelo alto acometimento dos linfonodos e disseminação peritoneal. O diagnóstico é difícil e ainda se discute um possível padrão-ouro, já que a LP costuma apresentar a mucosa gástrica com alterações mínimas, tornando a visualização na Endoscopia Digestiva Alta (EDA) inconclusiva e a biópsia negativa para neoplasia em alguns dos casos. O tratamento da LP é muito discutido na literatura atual, questionando o emprego da cirurgia nesses casos. O objetivo deste relato é expor o caso de um homem, 56 anos, que realizou ressecção cirúrgica em Linite Plástica gástrica e está evoluindo para a cura.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 56 anos, atendido em 03/2018 apresentando os exames. EDA: Lesão Borrmann IV, com biópsia negativa para neoplasia. Posteriormente foi realizada nova EDA com biópsia, que dessa vez acusou a presença de adenocarcinoma gástrico. Feito o estadiamento com USG e TC, optou-se pela ressecção cirúrgica do câncer, por meio de gastrectomia total + linfadenectomia + omentectomia + Y de Roux + drenagem da cavidade, por videolaparoscopia. No 8º DPO, evoluiu bem, com evacuações, diurese e ingestão alimentar boas, dreno pouco produtivo, com secreção serosa. Optou-se pela retirada do dreno. No 20º DPO, continuou com boa evolução, peso: 65,4 kg, em uso de domperidona e se alimentando bem. No exame anatomopatológico, dos 38 linfonodos ressecados na cirurgia, 18 mostraram comprometimento. Foi encaminhado ao oncologista, que optou pelo tratamento complementar com radio e quimioterapia. O paciente evoluiu bem, com aumento ponderal expressivo. Peso de 80 kg, e sem sinal de recidiva da doença 12 meses após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Em concordância com a literatura atual, o caso de Linite Plástica apresentado foi diagnosticado em um paciente relativamente jovem (56 anos), já em estágio avançado, e apresentou desafios diagnósticos clássicos da doença, como a precariedade de sintomas e a biópsia negativa para a neoplasia. A terapêutica apropriada é a principal discussão na literatura atual. Há autores que sugerem que a cirurgia é pouco efetiva no aumento da sobrevida dos pacientes em geral, enquanto outros definem a ressecção cirúrgica como o único método potencialmente curativo e que deve ser parte do tratamento, pois uma parte dos pacientes tem melhora significativa na evolução. O relato apresentado é importante porque contribui para a principal discussão na literatura atual, devido à escolha do tratamento cirúrgico (ressecção total + linfadenectomia) e a evolução positiva do paciente.</p>	<p>LESÃO CÍSTICA RETRO-RETAL: RELATO DE CASO</p> <p>Monykelly de Sá CARVALHO, Ariane Castro Mendes LEÃO, Diego Castro MUSIAL, Silva Aparecida SILVA, Mychelly de Sá CARVALHO, Marcelo Carlos de Sá CARVALHO, Igor Castro Mendes LEÃO, Isadora Damasceno Mello Modesto</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tailgut Cyst (TC) é um raro remanescente embriológico do intestino posterior, em geral multiloculados, de parede delgada, mais comum em mulheres jovens e mais raro em crianças. acredita-se que sua predominância no sexo feminino se dá ao fato de mulheres se submeterem a exames de rotina, principalmente ginecológicos, em maior frequência que os homens. A maioria dos pacientes portadores do TC é assintomático, mas podem apresentar sintomas anorretais, perineais e sacrais. Por ser uma entidade patológica raramente encontrada na prática clínica, a maioria dos cirurgiões gerais irá lidar em média com um caso ao longo de uma carreira profissional. Embora seja uma patologia benigna, o tratamento de eleição dos tumores retro-retais é o cirúrgico, prevenindo-se complicações, como degeneração maligna, infecção e compressão nervosa. Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso de lesão cística retro-retal.</p> <p>RELATO DE CASO: J.C.F.R.R., 44 anos, sexo feminino, encaminhada por um Ginecologista devido queixa de dor pélvica de longa data. Relato hysterectomia devido endometriose há 10 meses, e episódios de drenagem de abscesso perianal prévios. Ao exame proctológico: indolor ao toque e presença de massa em parede lateral esquerda do reto. A Colonoscopia mostrou apenas um abaulamento parietal na parede lateral esquerda do reto. Sendo então realizada Ressonância Magnética (RNM) de pelve, que identificou formação cística multiloculada de contornos lobulados, com paredes e septos finos, apresentando lóculos com conteúdo espesso/hemático e sem projeções sólidas evidentes, localizada no espaço extraperitoneal retrorretal e pararretal esquerdo, pré coccigeo, medindo cerca de 8.3 x 6.3 x 3.8 cm. Com hipótese diagnóstica de TC. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica videolaparoscópica com exérese de lesão cística retro-retal. Evoluindo no pós-operatório (PO) sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 2º dia pós-operatório. O resultado do histopatológico confirmou TC.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico pode ser um achado ocasional em ultrassonografias ginecológicas, em exame pré-natal ou em exames médicos devido sintomas de ordem proctológica que exerçam efeito de massa. Quando diagnosticadas, a excisão cirúrgica completa é recomendada devido ao risco de recorrência, degeneração maligna e infecção crônica, mesmo em pacientes assintomáticos. Abscessos perianais e retro-retais recorrentes, assim como cirurgias oficiais de repetição devido ao diagnóstico equivocado de doenças oficiais, costumam fazer parte da história progressa dos pacientes. A contribuição de exames de imagem foram indispensáveis na avaliação da lesão, auxiliando deste modo na definição diagnóstica e programação cirúrgica. Os dados clínicos apresentados neste trabalho refletem a importância do alto nível de suspeição para um diagnóstico precoce e um tratamento cirúrgico correto.</p>
<p>PO 544-1</p> <p>SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA E A LONGO PRAZO APOS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MELANOMA MALIGNO PRIMÁRIO DUODENAL</p> <p>RODRIGO CAÑADA SURJAN, TIAGO BASSERES, IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA, SERGIO PRADO SILVEIRA, ELIZABETH SANTANA DOS SANTOS</p> <p><i>Hospital Nove de Julho - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Melanomas são tumores malignos que ocorrem em sua grande maioria na pele, uma vez que tem origem em células melanocíticas pigmentadas. Podem ter origem em outras localizações, como retina, meninges e mucosas. Melanomas de origem gastrointestinal são extremamente raros, sendo que existem na literatura apenas 8 relatos de melanomas originados no duodeno, entre eles, 2 originados na papila duodenal e 2 casos de lesões amelanocíticas. Sobrevida a longo prazo foi descrita em apenas 3 casos, sendo que em apenas dois deles acima de 3 anos. Relatamos o caso de paciente feminina com 40 anos de idade que foi submetida a pancreatoduodenectomia para tratamento de obstrução duodenal causada por grande melanoma primário de duodeno. Quatro anos após o procedimento, a paciente encontra-se livre de doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 40 anos de idade, com quadro clínico de dor abdominal, anorexia, perda ponderal significativa e anemia por 2 meses. Submetida a tomografia de abdome que mostrou massa suboclusiva de terceira porção duodenal (Figuras). Realizado estadiamento que não demonstrou outras lesões. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que demonstrou tumor duodenal ocupando quase a totalidade da luz do órgão, sugestivo de GIST (Figuras). Foi realizada biópsia da lesão durante a endoscopia. Antes do resultado anátomo-patológico, a paciente apresentou quadro obstrutivo duodenal e sangramento digestivo, sendo encaminhada para tratamento cirúrgico de urgência. Foi submetida a pancreatoduodenectomia (Figuras) sem intercorrências. A evolução pós-operatória foi adequada, recebendo alta no sétimo dia de pós-operatório. A anatomia patológica da lesão demonstrou melanoma maligno duodenal com 18 cm de diâmetro. A paciente não recebeu nenhum tipo de tratamento após o procedimento cirúrgico, e encontra-se livre de doença pelo período de 4 anos após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Melanomas malignos de origem gastro-intestinal são lesões raras, sendo a origem duodenal deste tipo de tumor a menos frequente delas. O tratamento cirúrgico é a opção terapêutica mais adequada. Relatamos a realização de pancreatoduodenectomia para tratamento de melanoma duodenal em paciente que não recebeu nenhum tipo de terapia adjuvante e que apresenta a maior sobrevida livre de doença já descrita para este raro tipo de câncer digestivo.</p>	<p>PO 544-3</p> <p>PERITONECTOMIA EM CARCINOMATOSE PERITONEAL POR RECIDIVA DE CANCER COLORRETAL:RELATO DE CASO</p> <p>Thiago Costa Maia, Lessandra Muniz Diogenes Lemos, Ana Elisa Biesek Leite, Eugenio Alves Rolim, Isabele Maria Jorge Freitas, Anny Costa Araujo Macedo Goes, Marcelo Leite Vieira Costa, Rodrigo Dornfeld Escalante</p> <p><i>Universidade Federal do Ceara - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neoplasia colorretal é a terceira mais freqüente no mundo, sendo a quarta causa mais freqüente de mortalidade associada a câncer, possuindo como principais fatores de risco o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, o tabagismo e a falta de exercícios físicos. Estima-se que 40% dos pacientes com câncer colorretal (CCR) evoluem com carcinomatose peritoneal (CP), segundo sítio mais comum de doenças metastáticas, podendo ocorrer por: implantação direta, como implantação espontânea de tumores T4 invadindo serosa e peritônio visceral; extravasamento de células tumorais por perfuração de tumor obstrutivo; perfuração iatrogênica do tumor no ato cirúrgico ou vazamento de células tumorais pela transecção de veia e linfáticos na cirurgia. O diagnóstico é feito, principalmente, pela tomografia, podendo ser feito também por RNM, PET – scan, laparotomia ou laparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Em Julho de 2015, a paciente havia realizado: omentectomia parcial e retossigmoidectomia VLP, com anastomose colon-retal duplo-grampeada e quimioterapia (QT) com FLOX devido a um CCR, classificado em pT3pN2. Após um ano, a paciente apresentou queixa de dor em abdome inferior, realizando tratamento com ciprofloxacino. Na US abdominal, mostrou: útero miomatoso; nódulos sólidos em abdome inferior, com lesão sólida entre útero e reto; presença de líquido livre no espaço retovesical. Assim, foi levantada a hipótese de recidiva pélvica. Então, foi realizada uma retossigmoidoscopia, detectando a recidiva, com tumor estenosante em descendente distal e histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Na RNM, evidenciaram-se: alterações morfológicas uterinas, correspondendo a prováveis leiomiomas; espessamento parietal colônico distal de forma difusa e inespecífica; coleção líquida de paredes espessadas, com áreas de realce nodular no recesso peritoneal suprapúbico. O aspecto foi sugestivo de implantes peritoneais secundários. Em junho de 2018, traz US com esteatose hepática; hidronefrose moderada a esquerda, estendendo-se até terço distal de ureter, sem fator obstrutivo. Dessa forma, a paciente foi internada e submetida a: Colectomia esquerda + hysterectomia + omentectomia + esplenectomia + peritonectomia + metastectomia hepática+ drenagem de tórax à direita + reimplante ureteral esquerdo. Atualmente, a paciente segue estável e em acompanhamento com a oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: Vê-se, então, que a incidência de carcinomatose peritoneal é mais alta na recidiva de CCR. Os avanços nos tratamentos estão aumentando a perspectiva de cura e diminuição da morbimortalidade. Atualmente, a cirurgia citoredutora e QT intraperitoneal hipertérmica vem apresentando bons resultados se comparados com o tratamento prescrito para a paciente do caso (cirurgia citoredutora + QT sistêmica). A peritonectomia ainda não é tratamento acordado entre os especialistas, devendo ter sua indicação individualizada, dependendo do caso.</p>

PO 545-3	PO 546-1
<p>TECNICA YORK MASON PARA CORREÇÃO DE FISTULA RETOURETRAL</p> <p>Ana Flavia Ferreira Dos Santos, Beatriz Stabile Martins, Monique Arantes Pereira, Pedro Henrique Cerqueira, Renato Hugues Atique Cláudio</p> <p><i>UFU - Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula retoaretral é um problema de difícil tratamento causada, em sua maioria, por lesões iatrogênicas que ocorrem durante procedimentos cirúrgicos, como prostatectomia radical. Disúria, cistite recorrente, pneumatúria e fecalúria são sintomas comuns aos casos, assim como distúrbios gastrointestinais como diarreia, dor abdominal e náusea. O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e, principalmente, métodos radiológicos e endoscópicos, como a citoscopia, essencial para localização correta da fistula. Uma das abordagens cirúrgicas utilizada para correção de fistula retoaretral é conhecida como York Mason. O procedimento consiste em: 1- incisão a nível da margem anal se estendendo para o cóccix; 2 - reparo e secção do músculo puborretal e dos esfíncteres anais interno e externo; 3 - secção da parede posterior do reto para expor a parede anterior, que permite identificação da fistula; 4 - separação da parede retal da uretra; 5 - fechamento da uretra com sutura contínua; 6 - correção da lesão do reto; 7 - síntese da parede posterior do reto; 8 - reconstituição do músculo puborretal e dos esfíncteres anais interno e externo.</p> <p>RELATO DE CASO: MCV, sexo masculino, 61 anos, hipertenso, diagnosticado com neoplasia de próstata, foi submetido a prostatectomia radical videolaparoscópica, apresentando, no pós operatório, laceração em reto baixo a 2 centímetros da borda anal. Durante a internação, apresentou enterorragia, insuficiência renal aguda e anemia por perdas, levando a politransfusão. Desenvolveu também, hematúria após um mês, submetido a citoscopia, apresentando uma fistula urinária para o reto. Após 7 meses da primeira cirurgia, foi encaminhado para o serviço de proctologia para correção de fistula vesicoretral via perineal (cirurgia de York Mason) e posterior reconstituição do trânsito intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: A fistula retoaretral é uma complicação incomum da prostatectomia radical, existindo, por isso, limitadas evidências científicas acerca das condutas necessárias no caso. Dessa forma, a apresentação clínica do paciente mostrou-se de grande importância no serviço, devido a dificuldade, a complexidade e a pouca quantidade de casos. As possibilidades cirúrgicas para a correção da fistula são via transanal, transabdominal, laterosagrada (Kraske), perineal ou York Mason. No caso descrito, a técnica cirúrgica escolhida pelo serviço foi a de York Mason, a qual exige uma grande preparação de toda a equipe envolvida, visto ser um método mais invasivo, porém que permite melhor visualização da fistula, possibilitando um procedimento mais efetivo.</p>	<p>TUMOR ESTROMAL GIGANTE DO ESTOMAGO</p> <p>Heitor Carvalho Guimarães, Pablo Tarceu Nunes de Melo, Herbert Ives Barretto Almeida, Luiz Vianna de Oliveira, Luiz Sérgio do Amaral Júnior, Fabrício Kobs, Daniel Lins Cohim, Jorge Luiz Andrade Bastos</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Edgard Santos (EBSERH) - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar um caso de tumor estromal gigante do estômago (GIST - 5,6 Kg) e avançado em paciente idosa, 73 anos, com evolução de 1 ano, tratado com ressecção tumoral associada à Gastrectomia Parcial e Colectomia Parcial.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino de 73 anos que foi internada na Enfermaria de Gastro Hepatologia apresentando volumoso abdome e perda de peso de +/- 10 Kg. Referia que havia procurado o ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos há 10 meses referindo aumento do volume abdominal, diminuição do apetite e perda de peso. Não referia náuseas e/ou vômitos; não referia dificuldade para defecar. Apresentava Ultrassonografia e Tomografia de Abdome que demonstravam imagem de volumosa tumoração sólida cística ocupando todo o abdome. Havia sido indicado a realização de uma Colonoscopia contudo houve dificuldade para a realização da mesma. Realizamos uma Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou imagem de compressão extrínseca na parede anterior da grande curvatura do estômago. Repetimos o CT de Abdome que demonstrou imagem de volumosa tumoração sólida cística em meso e hipogastro. Submetida à Laparotomia Exploradora encontramos volumosa tumoração com áreas sólidas e císticas. Procedemos a ressecção tumoral com uma Colectomia Parcial e anastomose colo cólica término-terminal. Identificamos ser o tumor proveniente da parede posterior da grande curvatura do estômago. Gastrectomia Parcial e Gastrorrafia. Após a retirada do tumor realizamos o inventário da cavidade peritoneal e não encontramos sinais de extensão da doença em outras vísceras, peritônio, diafragma e adenomegalias. Trompas e ovários com aspecto normal. O tumor pesou 5,6 Kg. No 5º DPO alta da UTI para enfermaria. No 3º DPO dieta líquida restrita progredindo para pastosa no 7º DPO. O dreno tubular foi retirado no 9º DPO e obteve alta hospitalar no 10º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores mesenquimais gastrointestinais são considerados raros e assintomáticos em quase 69% dos casos, sendo descobertos em exames de imagem, laparotomias e autópsias. O diagnóstico pela imagem é preferencialmente pela tomografia computadorizada do abdome. A Endoscopia Digestiva Alta, Ecoendoscopia e Colonoscopia acompanhadas com biópsia, quando positivas, podem fazer o diagnóstico. O estômago é a principal localização com 60% a 70% dos casos. a ressecção cirúrgica completa é o tratamento padrão para o GIST.</p>
<p>PO 546-3</p> <p>TUMOR DESMOIDE ASSOCIADO A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR</p> <p>Ana Flavia Ferreira dos Santos, Beatriz Stabile Martins, Monique Arantes Pereira, Pedro Henrique Cerqueira, Renato Hugues Atique Cláudio</p> <p><i>UFU - Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma síndrome autossômica dominante devido à uma mutação no gene APC situado no braço longo do cromossomo 5q21. Essa síndrome de câncer colorretal é caracterizada por múltiplos pólipos adenomatosos, progredindo para câncer aos 35 a 40 anos de idade. Entre as principais manifestações extracolônicas estão os pólipos do trato gastrointestinal superior, tumores desmóides, osteomas e tumores de partes moles. Nesse sentido, a singularidade do trabalho se mostra em razão da excepcionalidade do caso no serviço.</p> <p>RELATO DE CASO: EGF, 16 anos, feminino, com histórico familiar de PAF, foi submetida a colonoscopia em 2014, confirmando o diagnóstico de Polipose Adenomatosa Familiar. Em 2015, foi submetida à proctocolectomia total com anastomose ileoanal em bolsa e ileostomia protetora. A biópsia evidenciou adenomas túbulo-vilosos, com displasia de baixo e de alto grau com margem distal, proximal e íleo terminal livres de comprometimento por epitélio displásico. Reconstituição do trânsito intestinal foi realizada em 2016. Em 2018, apresentou aumento do volume abdominal, com massa palpável em região periumbilical, sem perda de peso ou outras queixas. PET-CT exibiu hipermetabolismo glicolítico em massa de aproximadamente 14x13,7x10cm, linfonodos e linfonomegalia abdominais de natureza, possivelmente, neoplásica. Foi submetida à cirurgia de ressecção parcial do tumor pélvico, não sendo possível a ressecção completa por envolvimento de raiz do mesentério. Foi submetida à quimioterapia com Tamoxifeno, sem nenhuma melhora. Atualmente, encontra-se medicada com Dexametasona (4mg/dia), Morfina (10mg 4x/dia) e Simeicona (até 4x/dia), e fazendo acompanhamento paliativo em centro de referência oncológico, visto que sua condição foi refratária aos tratamentos quimioterápicos.</p> <p>DISCUSSÃO: A PAF caracteriza-se pelo aparecimento precoce de múltiplos adenomas no intestino grosso, que se não tratada, progride para câncer colorretal. O tratamento envolve a cirurgia preventiva, podendo ser a colectomia total ou a proctocolectomia realizada no caso descrito. A prevenção do câncer colorretal por meio da cirurgia radical leva a um aumento da sobrevida. No entanto, os portadores ficam suscetíveis a outras neoplasias associadas a síndrome, principalmente tumor de duodeno e tumor desmóide. No caso descrito, a paciente desenvolveu um tumor desmóide, o qual se apresenta como uma massa abdominal de proporções exorbitantes que, apesar de não metastatizar, atinge e comprime as raízes do mesentério impossibilitando sua ressecção, e por não responder ao tratamento quimioterápico, mostra-se potencialmente fatal.</p>	<p>PO 547-1</p> <p>MANEJO DE LESÃO DUODENAL NO TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO : RELATO DE CASO</p> <p>RODRIGO ALVES ABREU COIMBRA, ISAAC PONDE BRAMBILA, RAIZA FERNANDA CARMO ABREU, REBECA FONTOURA ABREU, DAVID BRAGA BARBOSA RIBEIRO, LETICIA MARIA BARBOSA TUFU, EDUARDO TAKASHI GODA, GUILHERME GRICI HISATOMI</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRETOS - BARRETOS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão do duodeno corresponde a 3-5% de todas as lesões abdominais. Seu diagnóstico precoce é difícil, principalmente, quando a lesão duodenal ocorre isoladamente, como no caso relatado, para ser feito exige suspeita clínica, avaliação do mecanismo de trauma e exame de imagem. Quando confirmado deve-se proceder com a correção cirúrgica o mais breve possível, variando o procedimento de acordo com a localização, extensão e lesão de órgãos adjacentes, ainda assim apresentam elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Esse tema deve ser amplamente discutido a fim de aumentar a suspeição diagnóstica e o tratamento mais precoce possível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino 25 anos, sem comorbidades prévias, admitido no pronto socorro do hospital por acidente moto x auto. Hemodinamicamente estável, ECG 15-0, queixas de dor moderada em andar superior de abdome e em região coxofemoral esquerda. Solicitados exames laboratoriais e imagem (Rx e Tomografia de abdome), evidenciados fratura de cabeça de fêmur em radiografia e tomografia evidenciou pneumoperitônio com líquido livre abdominal, indicado laparotomia exploradora e posterior avaliação da ortopedia. No intraoperatório, foi visualizado lesão em primeira porção duodenal, grau II, optado por rafia primária de lesão duodenal e passagem de sonda naso entérica após segunda porção duodenal, locação de dreno túbulo laminar próximo ao local de sutura. Encaminhado ao CTI, e evolução com manejo multidisciplinar, sendo liberada dieta oral na segunda semana. Abordagem pela ortopedia sem intercorrências. Paciente recebeu alta da CTI, permanecendo por 3 semanas na unidade hospitalar, recebe alta em bom estado geral, boa aceitação de dieta oral, ferida operatória em bom aspecto e segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O trauma duodenal continua como um desafio diagnóstico, principalmente quando falamos de trauma abdominal contuso, "tatuagem" do cinto de segurança, fratura de Chance, contusão contra guidão de motocicletas, são alguns sinais sugestivos, todavia a tomografia de abdome, permanece como exame mais sensível e específico. Muitos autores discutem sobre a melhor abordagem quando feito o diagnóstico, ainda sem consenso, por conta do baixo número de trabalhos e de dados com graus significativos de evidência. A literatura apresenta como opções a rafia primária, associada ou não com exclusão pilórica. No caso discutido foi optado por rafia primária da lesão, apresentando evolução clínica satisfatória. Nos casos de trauma duodenal complexo, graus III, IV e V, as divergências são maiores, estudos experimentais têm demonstrado resultados semelhantes na utilização das duas técnicas, sendo a cirurgia de exclusão pilórica com maior morbidade.</p>

PO 547-3	PO 548-2
<p>NEOPLASIA MUCINOSA DE APENDICE CECAL: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM</p> <p>Rafael Luiz Doncatto, Luiz Miguel Doncatto, Weverton Aparecido Sousa Pereira, Manassés Soares Souza, Rafael Antoniazzi Abaid, Marina Tavares Ferreira</p> <p><i>Hospital Santa Cruz - Santa Cruz do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias mucinosas apendiculares são consideradas enigmáticas e de imprevisível potencial biológico. A imprevisibilidade reside no potencial de disseminação para o peritônio e vísceras na forma de depósitos de mucina gelatinosa que pode levar a pseudomixoma peritoneal. Além disso, sua classificação histológica e terminologia não possuem um padrão muito bem estabelecido entre os pesquisadores, o que complica as condutas após o diagnóstico. Desse modo, faz-se útil a apresentação do caso, uma vez que com maior número de relatos a probabilidade de estabelecer uma melhor classificação aumenta, ainda que o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado melhora a sobrevida do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 56 anos, vem ao plantão de emergência do HSC referindo desconforto abdominal em região epigástrica, quadro com 12 horas de evolução. Nega demais queixas. Na admissão hospitalar, o exame clínico apresentou leucocitose (13.900 mm³) e Proteína C reativa de 12,87 mg/dL, no exame físico apresentou dor a palpação profunda em FID, sem sinais de peritonismo e Blumberg ausente. Solicitou-se TC de abdômen que constatou apêndice cecal distendido, com diâmetro transversal em até 3,0 cm, contendo diminuído apendicolito no seu interior com paredes levemente espessadas e no interior do apêndice há imagem hipodensa, predominante cística, sinais inflamatórios adjacentes ao apêndice com infiltrado de gordura e mínima quantidade líquido livre, além de linfonodos do FID com discreto aumento. Realizou-se apendicectomia videolaparoscópica em que se observou apêndice com múltiplas aderências em íleo terminal e ceco, aumento difuso de tamanho, sem líquido livre ou aparente sinal inflamatório/infeccioso agudo. Anatomopatológico constatou neoplasia mucinosa de baixo grau associada a apendicite aguda supurada rota, com extensa ulceração da mucosa e necrose mural. Paciente com boa evolução pós-operatória, sem complicações e intercorrências, sendo liberado no 2º dia de internação. Encaminhado ao serviço de cirurgia oncológica para estadiamento e programação de ileocelectomia direita.</p> <p>DISCUSSÃO: A neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau é caracterizada por possuir um epitélio displásico produtor abundante de mucina, o acúmulo leva à dilatação cística do tumor com atenuação progressiva do epitélio de revestimento, que pode ou não provocar perda dos componentes musculares da parede e fibrose mural. Apesar de ter aparência branda, a neoplasia pode penetrar através do apêndice, provocar sua ruptura e progredir para pseudomixoma peritoneal. Sobre suas características clínicas, ocorre tipicamente em pacientes sexagenários, sendo a apresentação mais comum dor abdominal que mimetiza apendicite aguda. O relato apresenta semelhanças em relação aos aspectos epidemiológicos da literatura médica, entretanto, como ocorreu ruptura do apêndice, condutas mais especializadas como um tratamento de malignidades de superfície peritoneal deve ser indicado.</p>	<p>ASSOCIAÇÃO DA DOENÇA DE HIRSCHPRUNG A ATRESIA DE COLON: UM RELATO DE CASO</p> <p>Ana Carolina Souza Sisnando de Araujo, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Ana Paula Amaral Souza, Gabriela Resende Horbilon, Luciana Meireles de Azeredo Coutinho, Paulo Maurício Silva Lassance, Reinaldo Neves Júnior</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Hirschsprung (DH) é a causa mais prevalente de obstrução intestinal funcional em crianças, com incidência de 1:5.000 nascidos vivos. A atresia de cólon é uma das causas mais raras de obstrução intestinal em neonatos, representando de 1.8% a 15% das atresias gastrointestinais, com incidência de 1:20.000 a 1:66.000 dos nascimentos. O objetivo é apresentar o caso de um paciente que foi diagnosticado com doença de Hirschsprung associada a atresia de cólon, demonstrando a importância da biópsia durante a primeira abordagem cirúrgica para o diagnóstico e escolha da melhor conduta a ser tomada.</p> <p>RELATO DE CASO: D.L.O.S, masculino, 3 anos e 6 meses, aos cinco dias de vida foi internado apresentando quadro de vômitos biliosos, abdome distendido e doloroso, sem evacuar desde o nascimento. Realizou radiografia que evidenciou obstrução intestinal com distensão de alças do delgado e ausência de gás em ampola retal. O paciente foi submetido a laparotomia exploradora, com achados de bridas e atresia de cólon ascendente. Realizada anastomose ileocólica a Santulli. A primeira biópsia mostrou aganglionose no cólon transversal e no reto, com presença de células ganglionares no ceco e íleo. Com 1 ano e 11 meses foi submetido a relaparotomia exploradora com achado de íleo dilatado, cólon estreito e estenose da ileostomia. Realizadas biópsias de cólon, ressecção da anastomose do íleo e cólon transversal (Santulli) e re-confeção da ileostomia. As biópsias confirmaram o diagnóstico de DH. Após um ano foi submetido a abaixamento de íleo a Duhamel. Apresentou quadros de ileite de repetição, tratado clinicamente e com injeção de botox em esfíncter anal com boa evolução inicial.</p> <p>DISCUSSÃO: A doença de Hirschsprung (DH) caracteriza-se por um defeito embrionário na migração de células ganglionares a partir da crista neural, gerando um segmento aganglionar na extremidade distal do intestino. Já a atresia de cólon apresenta uma explicação controversa, podendo ser causada por uma interrupção do suprimento sanguíneo no segmento afetado no feto ou um defeito de recanalização do tubo intestinal. A associação destas duas patologias é extremamente rara, aproximadamente 1 caso a cada 10 milhões de nascidos vivos, e geralmente é descoberta após várias falhas de anastomoses intestinais ou quadros de obstrução. O diagnóstico precoce permite uma conduta cirúrgica assertiva e diminui sua morbimortalidade. Essa associação deve ser suspeitada em todos os casos de atresia colônica. Por ser rara, seu estudo é de grande importância, demonstrando também a alta relevância da biópsia de cólon para um diagnóstico precoce.</p>
<p>PO 548-3</p> <p>FISTULECTOMIA NA DOENÇA DE CROHN: UM RELATO DE CASO</p> <p>Rindler Souza, Jacqueline Marchi, Thalyta Serra</p> <p><i>Universidade Federal de Mato Grosso - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Doença de Crohn caracteriza-se por inflamação crônica da camada mucosa a camada serosa do trato gastrointestinal, de forma uni ou multifocal, tendo etiologia multifatorial. Pode ter consequências como formação de fístulas e não tem cura, afetando aspectos emocionais e físicos do paciente. O tratamento medicamentoso pode obter sucesso. Porém, quando há complicações como obstruções, supurativas, fístulas e doença refratária ao tratamento medicamentoso, pode-se lançar mão da intervenção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: J.P.R., 32 anos, feminina, amarela, natural e procedente de São José dos 4 Marcos (MT), há 8 anos (em 2011) iniciou quadro de diarreia (Bristol 7), 10 episódios por dia, sem sangue e sem muco, associada a dor em abdome inferior tipo cólica, fator de piora o uso de leite e derivados. Foi orientada a suspender leite e derivados e tratado com antiparasitários. Três meses depois, houve piora do quadro, com inapetência, hiporexia, perda ponderal (8 kg). Solicitada colonoscopia em dezembro de 2011, que evidenciou: Retite, colite de transversal e ascendente valvulite ileocecal de leve intensidade - biópsias para diferencial de RCUI e D. Crohn. Foi prescrito Mesalazina, porém relata não ter se adaptado ao medicamento, suspendendo seu uso por aproximadamente dois anos. Relata estabilização do quadro, não apresentando sintomas e fezes tipo 4 na escala de Bristol por aproximadamente 2 anos. Após esse período, surgiram fístulas peri-anais e de grandes lábios, acompanhadas de dor na região anal e vaginal e secreção de fezes pela vagina. Tratada com Infiximabe e Azatioprina. Porém, não houve melhora do quadro, sendo necessária a cirurgia, com a implantação de 3 sedenhos em agosto de 2016 e feita a retirada de 2 sedenhos em fevereiro de 2017. Ainda em 2017 apresentou celulite perianal, diagnosticada após consulta de retina no ambulatório de doença inflamatória intestinal. Apresentava quadro de sangramento em região anal e febre não aferida e ao exame físico possuía sinais flogísticos na região perianal, além de estenose retal. Apresentou resolução do quadro com o uso de antibióticos. Em fevereiro de 2019 ficou 8 dias internada por saída de secreção purulenta e fezes por via vaginal, perda ponderal de 4 kg em 10 dias e hiporexia. Foi tratada com metronidazol e ciprofloxacina, fazendo apenas exames de sangue.</p> <p>DISCUSSÃO: O quadro trata-se de Doença de Crohn com fístula perianal e retovaginal. A paciente teve doença fistulizante refratária ao tratamento clínico com Infiximabe e Azatioprina. Necessitou de tratamento cirúrgico com melhora. Entre 50% a 80% dos pacientes com DC necessitarão de cirurgia em algum momento da evolução da doença, sendo os principais motivos estenoses sintomáticas, refratariedade ao tratamento clínico ou complicações com fístulas e doenças perianais. O tratamento cirúrgico associado ao uso de terapia anti-TNF no tratamento de fístulas perianais simples, faz a cicatrização e evita novas fistulectomias, evidenciando-se assim, a abordagem multidisciplinar.</p>	<p>PO 549-2</p> <p>ANALISE CIRURGICA DE UMA ATRESIA JEJUNO ILEAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Humberto Ramos Crispim, Ana Laura Stahlhoefer, Beatriz Nogueira Porto, Cassiano Coelho Almeida, Matheus Ferreira de Sena Pedro, Ana Vitória Cordeiro Rocha, Décio da Silva Rocha Vidal, Olegário Indemburgo Rocha Vidal</p> <p><i>UniEVANGÉLICA - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A atresia é uma das principais causas de obstrução mecânica do intestino, no período neonatal. Atresia corresponde a cerca de um terço dos casos de obstrução intestinal em recém-nascidos (RN), sendo que a forma de atresia jejuno ileal é a mais comum. Esta tem distribuição de um caso para 5.000 nascidos vivos, sendo equivalente em homens e mulheres. Apresentam poucos defeitos congênitos concomitantes em outros sistemas, diferente de outros defeitos de formação. Entretanto sabe-se que em 30 % dos casos existe associação com má rotação intestinal. Objetiva-se fazer o relato de caso de uma atresia jejuno ileal corrigida cirurgicamente.</p> <p>RELATO DE CASO: RN nascido com boa vitalidade, a termo (Capurro de 37 semanas e 6 dias), apropriado para a idade gestacional. Pré-natal e parto cesáreo sem intercorrências. No exame físico evidenciou-se genitália externa feminina, com ânus tóxico e perfurado, com ausência de eliminação de mecônio; na avaliação abdominal constatou-se distensão abdominal. Após aleitamento materno houve piora da distensão abdominal, seguido por quadro de vômitos alimentares e biliosos. A suspeita de obstrução intestinal foi confirmada por radiografia de abdome com contraste, que evidenciou interrupção em nível jejunal. Após assinar o termo de consentimento materno, o RN foi submetido à correção cirúrgica de atresia jejuno ileal. Na cirurgia foi diagnosticado uma atresia jejuno ileal tipo IIIa (classificação Grosfeld et al) com má rotação intestinal incompleta (interrupção da rotação entre 90º e 180º). A técnica cirúrgica foi: enterectomia de aproximadamente 15 cm do segmento proximal dilatado. Foi realizado clampamento com pinça atraumática (Buldog) do intestino distal e injetado solução salina aquecida com o intuito de dilatação e aumento do diâmetro do intestino distal. Seccionou-se obliquamente a extremidade do intestino distal e foi feita anastomose término-terminal com fio polidioxanona em plano único com pontos separado. Drenou-se a cavidade com Penrose nº2. A conduta pós-operatório adotada foi manter dieta zero, nutrição parenteral total por cateter centrais inseridos perifericamente, antibioterapia e sintomáticos. RN apresentou boa evolução clínica ao pós-operatório, sem intercorrências cirúrgicas, com início da dieta trófica no 4º dia pós-operatório, e evolução lenta da dieta atingindo a TH 80 no 12º dia de vida, onde o RN e colocado no seio materno exclusivo. Recebe alta da cirurgia pediátrica no 15º dia pós-operatório com orientação para controle ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A laparotomia transversa supra-umbilical é preconizada pois permite bom acesso cirúrgico na maioria das atresias intestinais. A utilização da anastomose término-terminal em plano único, tem sido correlacionada a melhores resultados pelos menores índices de complicações funcionais quando comparadas com a término-lateral e a latero-lateral.</p>

PO 549-3	PO 550-1
<p>CIRURGIAO COMO FATOR PROGNOSTICO EM CIRURGIA ONCOLOGICA - RELATO DE CASO</p> <p>Gabriela Nascimento Cruz, Bárbara Andrade Borges, Gabriela Ferreira Cunha, Ana Paula Sousa Machado, Livia Mara da Silva, Iasmim Rodrigues Paula Silva, Luiz Carlos Furtado Almeida Junior, Guilherme Freire Angotti Carrara</p> <p><i>Universidade de Uberaba - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais incidente no mundo, mais frequente a partir da 6ª década de vida e a principal abordagem é o tratamento cirúrgico. Em oncologia, o cirurgião deve estar atento aos protocolos adequados e diretrizes a serem seguidas para um melhor prognóstico do caso abordado. O presente trabalho relata o caso de uma paciente submetida a colotomia com ressecção de adenocarcinoma colônico e sua evolução após a intervenção.</p> <p>RELATO DE CASO: A.S.S., 53 anos, feminino, teve quadro de hematoquezia, foi submetida a colonoscopia para elucidação do quadro, tendo-se visualizado pólipos em sigmoide, não passível de ressecção endoscópica. Paciente foi então submetida a videolaparoscopia por um cirurgião não oncológico, com a realização de colotomia com ressecção do pólipo e rafia primária. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma grau II com margens comprometidas. Frente ao resultado, foi encaminhada ao cirurgião oncológico que solicitou exames de estadiamento os quais apresentaram ausência de lesões a distância e antígeno carcino embrionário (CEA) de 1,9 ng/mL. Optado pela retossigmoidectomia em oncologia laparotômica (RO), que permitiu a visualização de implantes puntifformes em peritônio cujo anatomopatológico confirmou metástases de adenocarcinoma e adenocarcinoma residual (T4aN0M1b). Foi então instituído tratamento sistêmico adjuvante paliativo e após 10 meses, iniciou com quadro alérgico de forte intensidade em quadrante inferior direito do abdome. Foram solicitados exames de reestadiamento que apontaram CEA de 21,34 ng/mL e PET CT indicou hipermetabolismo em nodulações da musculatura abdominal, o local este da inserção de trocárter da videolaparoscopia anterior. Frente ao achado, ressecou-se o tumor da parede abdominal com margens livres, e anatomopatológico evidenciando metástases de adenocarcinoma colônico. Paciente segue em tratamento sistêmico paliativo, sem evidência de recidiva até o presente momento.</p> <p>DISCUSSÃO: Quando o tratamento de uma patologia envolve a intervenção cirúrgica, o cirurgião torna-se um fator prognóstico por atuar na evolução da doença, sobrevida do doente, possibilidade de recidiva e qualidade de vida do paciente no pós-operatório. O prognóstico de doenças neoplásicas está relacionado à dimensão do tumor ou comprometimento do órgão, ao acometimento dos linfonodos, presença de metástases à distância, invasão vascular e neural, como também à diferenciação celular. Portanto, é essencial que o profissional seja amplamente qualificado. Assim, quando se trata da abordagem de neoplasias, o cirurgião deve levar em consideração os princípios da cirurgia oncológica que incluem conhecimento da técnica adequada, proteção de ferida operatória com campos secundários, inventário da cavidade abordada, manuseio cuidadoso da área afetada, cuidado para que não haja lise tumoral, manuseio com margens de segurança entre outros. Com isso, a realização da colotomia com ressecção do pólipo no caso apresentado foi categórica no prognóstico da paciente.</p>	<p>Manejo endoscópico em paciente com adenocarcinoma gástrico e hemorragia digestiva alta: relato de caso</p> <p>Camilla Gatto de Oliveira Thomé, Caroline Barreto Cavalcanti, Mariana Nunes Gandara Pereira Morbeck, Wendel dos Santos Furtado</p> <p><i>Centro universitario de Brasilia - Brasilia - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico representa a segunda causa de morte por malignidade no mundo, principalmente em homens, os sintomas iniciais inespecíficos e a falta de rastreio contribuem para esse fato. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma. A perda brusca de peso e dor abdominal persistente, a presença de melena e hematêmese é pouco comum nesses casos (20%).¹ A metástase hepática é o sítio mais comum. O câncer gástrico é classificado de modo macroscópico pelo sistema de Borrmann (de I a IV - polipóide, ulcerado, ulcero-infiltrado e infiltrativo) e microscopicamente com a classificação de Lauren (nos tipos intestinal e difuso).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 76 anos, sexo masculino, ex-tabagista, origem asiática. Tendo como comorbidades diabetes, hipertensão, colecistolitiase, deu entrada no pronto socorro com quadro de dor em região epigástrica persistente associado a hiporexia e perda ponderal de 16 kg em 3 meses. Referiu episódio de hematêmese volumosa e melena com hemoglobina de 5,9 há 2 dias. Tendo realizado cerca de oito concentrados de hemácias. Na tomografia com contraste foi evidenciada a presença de linfonodos perigástricos, hepatopatia crônica com sinais de hipertensão portal, densidade hepática heterogênea evidenciando a suspeita de acometimento neoplásico. Na endoscopia foi realizada a escleroterapia para hemostasia e aspirado coágulos em estômago e evidenciou lesão úlcero-infiltrativa gástrica Borrmann III em incisura angular estendendo para parede anterior e grande curvatura, não sendo realizados biópsias, procedimento sem intercorrências e houve estabilização do quadro. Como conduta não foi indicada ressecção cirúrgica, mas realização da radioterapia hemostática e acompanhamento especializado devido ao diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma gástrico com metástase hepática e linfonodal.</p> <p>DISCUSSÃO: Nesse caso a presença de sangramento maciço no trato gastrointestinal (representando cerca de 1-5% dos quadros de hemorragia digestiva alta) não é uma apresentação incomum, pode estar associada a um quadro de malignidade ou causa de morte imediata. O tratamento se torna limitado devido ao grau de avanço da doença.² O método diagnóstico mais importante é a endoscopia digestiva com obtenção da amostra para análise histopatológica. O tipo de câncer gástrico demonstrado na endoscopia digestiva Borrmann III (aspecto úlcero-infiltrativo, com invasão de tecidos vizinhos e difícil limitação), representa um subtipo comum⁵ e está associado a quadro de hemorragia digestiva alta em pacientes metastático. A intervenção endoscópica é a que representa melhor prognóstico e evita a recidiva do quadro hemorrágico.⁶ O método cirúrgico representa a única forma curativa da doença, no entanto a maioria não se inclui nesse grupo 3, devido à presença de metástase, invasão de uma estrutura vascular maior como a aorta, oclusão da artéria hepática e do eixo da artéria esplênica, sendo fatores que contraindicam a ressecção cirúrgica.</p>
<p>PO 550-2</p> <p>RARA ANOMALIA DE PAREDE TORACOABDOMINAL EM RN: RELATO DE CASO</p> <p>Maria Luiza Ibrahim Rocha Guimarães, Luiz Eduardo Luz Sant'Anna, Marcos Raíces, Michelle Rafaelle Andrade Gurgel, Nathalya Batista Casanova, Raphael Richardson Gomes Silva, Gabriela Coutinho Amorim Carneiro, Luana Lara Farias de Jesus Neves</p> <p><i>Universidade Ceuma - São Luis - Maranhao - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores que afetam o recém-nascido diferem dos encontrados em períodos mais avançados da vida pela incidência, localização, apresentação clínica, tipo histológico, grau de diferenciação, história natural, resposta ao tratamento e prognóstico. Geralmente no período neonatal as massas ovarianas são cistos, ocasionalmente tumores, e quase nunca neoplasias. Eles podem ocasionar manifestações clínicas diversas desde dificuldade respiratória por compressão diafragmática em consequência do volume exuberante, torção de ovário e anexas homolaterais, sangramento, evolução para choque hemorrágico, perfuração e peritonite.</p> <p>RELATO DE CASO: Recém-nascida, 1 dia de vida, a termo, mãe primigesta adolescente, APGAR 8/9, apresentou malformação na parede torácica e desconforto respiratório com exteriorização de massa tumoral bilateral com suspeita de hipoplasia pulmonar. Na CT de tórax mostrou formação nodular com densidade de partes moles em plano cutâneo/subcutâneo da parede toracoabdominal anterolateral e na US de abdome foi identificado coleção de grossos debrís em parede do abdome superior bilateralmente, sugestivo de seios dérmicos comunicando-se com a cavidade abdominal. Foi realizada cirurgia após 8 dias de nascida para a exérese de tumoração de parede abdominal bilateral e acesso venoso central. Assim, foi realizado ressecção das lesões contendo pequena área cística e estrutura tubulosa com vascularização própria. As tumorações foram enviadas para o histopatológico no qual constatou fragmento irregular de tecido paracêntrico e firme, medindo 2,0 X 1,3 X 0,7 cm ao lado direito de malformação arteriovenosa e 2,8 X 1,9 X 0,9 cm ao lado esquerdo de segmento ovariano e tubário meio a fibrose. A paciente evoluiu bem do ponto de vista cirúrgico, apesar do desconforto respiratório no pós-operatório, permanecendo na UTI neonatal com alta após 30 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Assim, a apresentação desse caso clínico tem como finalidade relatar um raro tipo de tumor em recém-nascido de restos embrionários de localização anômala e chamar a atenção para uma investigação detalhada pré-natal para o diagnóstico precoce ainda in utero para melhor manejo pós-natal.</p>	<p>PO 551-1</p> <p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DO TIPO FUSOCELULAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Caroline Barreto Cavalcanti, Camilla Gatto de Oliveira Thomé, André Luiz de Aquino Carvalho, Victor Paiva Pires, Wendel dos Santos Furtado</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são raras neoplasias gastrointestinais (1-2%) que podem estar em qualquer parte do trato gastrintestinal. São mais comuns no estômago, no intestino delgado e no cólon/reto. Esses ocorrem mais em adultos acima de 50 anos e idosos. A apresentação clínica depende do local, tamanho e crescimento tumoral, tendo sintomas inespecíficos. A biópsia tumoral é indicada na suspeita de diagnósticos diferenciais ou quando há necessidade de tratamento neoadjuvante. O tratamento é feito por meio da ressecção cirúrgica, podendo ou não ser seguido por quimioterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 56 anos, masculino, há 5 dias apresentou queixa de astenia, dificuldade de se alimentar e deambular, negando vômitos, febre ou dispneia. À admissão apresentava exames laboratoriais com leucocitose de 19.700, 1% de bastões, hemoglobina de 5,1, hematócrito de 16%, plaquetas de 490.000. O paciente evadiu do hospital e regressou, após um dia, queixando-se de hematêmese, melena, dor em baixo ventre, fraqueza e lipotímia. Foi realizada EDA com biópsia gástrica. EDA evidenciou grande lesão submucosa gástrica com ulceração central podendo corresponder a GIST e lesão submucosa em corpo gástrico, além de realizar tomografia de abdome que demonstrou formação nodular polipóide levando à invaginação do fundo gástrico para a região do corpo gástrico. Foi submetido à gastrectomia parcial atípica de fundo gástrico por laparotomia exploradora com ressecção de lesão pediculada em fundo gástrico. De acordo com o resultado da anatomia patológica trata-se de neoplasia fusocelular medindo no maior eixo tumoral 6,5cm, celularidade moderada, não evidenciado necrose, 4 mitoses/campo (baixo grau), margens livres, invasão vascular e necrose não evidenciadas. Atualmente, paciente segue em acompanhamento com a oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O GIST decorre do crescimento da musculatura própria do trato gastrintestinal devido a alterações nas células de Cajal, cujas são células-tronco mesenquimais pluripotentes controladoras da motilidade intestinal. O GIST gástrico é o mais comum (60% dos GISTs) cursando com a menor incidência de sintomas agudos/emergenciais, além de ter o prognóstico mais favorável. O quadro clínico depende do local acometido e crescimento tumoral. O GIST gástrico tem como principais sintomas a hematêmese, melena, anemia, fadiga, dor abdominal, tal como ocorre no paciente do caso, e outros como náuseas/vômitos, massa abdominal, distensão abdominal, constipação e diarreia. O método diagnóstico mais usado é a tomografia de abdome para visualização de massas ou metástase, sendo a biópsia tumoral por endoscopia feita quando a lesão é acessível, como é a do caso. O tratamento para os GISTs gástricos ≥ 2 cm e localizados é a ressecção cirúrgica em cunha ou segmentar com margens negativas, como realizado no presente caso, tendo uma taxa de cura de 60%, não sendo necessário dissecação dos linfonodos por raras chances de metástase (< 5 mitoses/campo e <10cm).</p>

PO 552-2	PO 552-3
<p>CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ONFALOCELE GIGANTE EM RECEM-NASCIDA COM TÉCNICA DE SCHUSTER</p> <p>KLEBER SAYEG, VICTOR LUIS DO VALE BRAZ, BEATRIZ JARDIM DE SIQUEIRA BRANCO, GILBERTO NUNES DE OLIVEIRA JUNIOR</p> <p><i>HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO - SPDM - MOGI DAS CRUZES - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A onfalocela consiste em um defeito da linha média da parede abdominal onde o conteúdo abdominal exteriorizado está envolto por saco membranoso contíguo ao cordão umbilical, formado por uma membrana interna de peritônio e outra externa de âmnio, que pode conter intestino, estômago e/ou fígado. Esse defeito é classificado como pequeno (sem o fígado), gigantes (incluem o fígado) e rotas (rompimento do saco membranoso). Outras propostas da literatura os classificam em pequenos (<5cm), grandes (>5cm) e gigantes (contendo todo fígado ou mais do que 75% em seu interior). A técnica mais amplamente empregada para correção cirúrgica consiste no fechamento da parede abdominal utilizando-se um "silo" de silicone, descrito por Schuster em 1967, para redução da onfalocela com mínimo de aumento da pressão intra-abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente recém nascida (RN) do sexo feminino, de mãe primigesta, 28 anos, com Idade Gestacional (IG) de 37 semanas pela USG, nascida via parto cesáreo eletivo por diagnóstico de onfalocela gigante. O diagnóstico veio através de USG Morfológica de 10 trimestre, realizada com IG de 13 semanas e 1 dia, com imagem ecogênica em parede abdominal inferior com fluxo ao Doppler, medindo 1,8 x 1,4 cm. Em nova USG de IG de 26 semanas e 2 dias foi identificada onfalocela com protusão hepática, caracterizando onfalocela gigante. RN nascida com Apgar 7, pesando 3035 g. Imediatamente após o parto, a mesma foi submetida à cirurgia para tentativa de redução completa da onfalocela, sem sucesso pelo grande volume. Optado por colocação de silo de bolsa de hemoderivados com sutura em borda aponeurótica e redução parcial do conteúdo da onfalocela por técnica de Schuster. Procedido com diminuição diária e progressiva do volume do silo. No 3o pós operatório, realizado segundo tempo de cirurgia com retirada do silo, seguida de redução completa da onfalocela. Paciente mantida em antibioticoterapia com Ampicilina, Gentamicina e Metronidazol nos 14 dias de internação hospitalar, evoluindo sem intercorrências, com alta hospitalar no 11o PO de redução completa com nutrição enteral.</p> <p>DISCUSSÃO: A maior dificuldade no tratamento das onfalocelas gigantes decorre do comprometimento do retorno venoso secundário à torção das veias supra-hepáticas e da veia cava inferior, que pode ocorrer ao reposicioner o fígado na cavidade abdominal. Outros problemas são a diminuição do fluxo sanguíneo visceral, a oligúria e a insuficiência respiratória. A técnica de Schuster é a mais empregada para as situações nas quais não é possível fechamento primário da parede abdominal. Porém possui algumas desvantagens: aumento do risco de peritonite pela abertura da cavidade abdominal, aproximação progressiva das bordas da parede abdominal e manutenção do silo para redução progressiva de seu conteúdo, que aliado à antibioticoterapia, manutenção da nutrição parenteral e tempo de intubação orotraqueal refletem no aumento da morbimortalidade. Neste caso, a técnica demonstrou-se efetiva, com benefício à paciente.</p>	<p>COMPLICAÇÃO POS COLONOSCÓPICA EM PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA DE COLON: RELATO DE CASO</p> <p>Helen Brambila Jorge, IGOR SPILKA, Felipe Antônio Goes Scorsioni, Marcel Depieri Andrade, Adrielle Andrade Pugas, Paulo Gardenal Teles, Bruna Pereira Correia, Hevíla Cristina Souza Amâncio</p> <p><i>UNOESTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colonoscopia é um exame de imagem que consiste na visualização da cavidade interna do reto, cólon e íleo distal, necessitando de preparo intestinal minucioso para seu sucesso³. É exame padrão ouro para o rastreamento das doenças colorretais em pacientes de médio a alto risco¹. É recomendada, para pacientes que tiveram câncer colorretal, a realização de exames anuais regulares após um ano da cirurgia oncológica¹. Por ser invasivo, conquanto, apresenta complicações, mesmo em um número estatístico baixo - 0,006% e 0,5% - relacionadas principalmente a morbidades graves, hemorragia e perfuração⁴.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.A.L., sexo feminino, 79 anos, encaminhada ao Pronto Socorro com dor e distensão após preparo de cólon pré colonoscopia de rotina, devido ao Adenocarcinoma Retal tratado cirurgicamente há 1 ano. Apresentava-se levemente descorada, com abdome distendido e doloroso à palpação, desconforto brusca positiva, hérnia incisional volumosa e ruídos hidroaéreos presentes. Foram solicitados exames de imagem de abdome agudo e laboratoriais. A paciente foi internada com hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo e hérnia incisional, e indicada, portanto, laparotomia exploradora de emergência. Na cavidade abdominal foi encontrada uma hérnia estrangulada paracolônica contendo o cólon transverso e descendente, com vários pontos difusos de necrose no cólon e dois pontos de perfuração com saída de fezes para a cavidade abdominal. Além disso, foram visualizadas múltiplas aderências causadas pela cirurgia prévia e, ainda, tumor (T4N1M1R1) de ângulo hepático perfurado e bloqueado para fígado com perda de fezes pelo orifício. Foram realizadas colostomia, colectomia total e ileostomia terminal. Não foi extirpado totalmente o tecido tumoral em região hepática devido à dificuldade da exêrese. Após a cirurgia, a paciente foi transferida para Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu por 8 dias, até o óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: A complicação durante a preparação do cólon para a realização da colonoscopia de rotina da paciente se deu em virtude de uma somatória de fatores. A massa do adenocarcinoma gerou uma sub-oclusão do cólon, com acúmulo fezes retrogradamente e grande produção de gás metano, causando distensão acentuada do cólon. A presença de hérnia incisional da cirurgia anterior fez com que parte da alça do cólon distendido fosse aprisionada, interrompendo sua irrigação. Ademais, a paciente apresentava uma recidiva do adenocarcinoma de cólon na flexura hepática, o que causou perfuração o órgão afetado em razão de sua fragilidade. No entanto, tal perfuração foi bloqueada pelo fígado, evitando repercussão clínica agressiva antes da preparação colonoscópica, que, ao gerar distensão da alça intestinal, ocasionou o desbloqueio. Assim, a realização do exame radiográfico de abdome agudo como pré requisito para realização de colonoscopia se mostra de suma importância para possivelmente evitar tais complicações.</p>

PO 553-2	PO 553-3
<p>INFESTAÇÃO MACIÇA POR ASCARIS EM CRIANÇA DE 3 ANOS</p> <p>Mônica Cristina Nascimento Silva, Mônica Cristina Nascimento Silva, Nelson de Siqueira, Nelson de Siqueira, Micaela Henriette Gaspar Souza, Micaela Henriette Gaspar Souza, Paula Bacelar de Carvalho, Paula Bacelar de Carvalho, Tarcisia Bezerra de Alencar, Tarcisia Bezerra de Alencar, Luma Solidade Barreto, Luma Solidade Barreto, Daniel Oliveira Coelho, Daniel Oliveira Coelho, Maria Claudia Pinheiro Rufino Ribeiro, Maria Claudia Pinheiro Rufino Ribeiro</p> <p><i>Ceuema - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ascariíase é a helmintíase com maior incidência e prevalência mundial, tendo como agente etiológico o <i>Ascaris lumbricoides</i> (A. lumbricoides). É considerada endêmica em países em desenvolvimento e está relacionada a baixas condições socioeconômicas. É ainda, a mais prevalente, principalmente nos pacientes pediátricos. Na infestação maciça, pode evoluir com complicações tais como obstrução intestinal e invasão das vias biliares. Na maioria das vezes a ascariíase é assintomática. Quando presentes, os sintomas decorrem de três status principais do parasito no hospedeiro: 1) migração pulmonar na fase larval durante o ciclo de Loss, quando causam uma pneumonite transitória por hipersensibilidade imediata e auto-limitada que se resolve em 2 semanas - a Síndrome de Löeffler; 2) obstrução intestinal devido a um elevado número de vermes adultos e 3) migração errática dos áscaris adultos. As crianças são mais predispostas a desenvolver obstrução devido ao menor diâmetro do seu lúmen intestinal. Em pediatria, 27% dos episódios de suboclusão intestinal por A. lumbricoides ocorre em áreas endêmicas.</p> <p>RELATO DE CASO: Criança D.S.S, 3 anos de idade, sexo feminino, procedente de Santa Inês-ma deu entrada na emergência do Hospital Juvêncio Matos com quadro de parada de eliminações de fezes, dor e distensão abdominal há 3 dias. Negou vômitos, febre e outras alterações. Genitora relata que estava eliminando "verme" pelas fezes. Ao exame físico: regular estado geral, desidratada, afebril, ativa; Abdome: distensão moderada, doloroso à palpação difusa e sinais de irritação peritoneal; Toque retal: ausência de fezes na ampola retal. Conduta: indicada laparotomia exploradora (sem necessidade de realizar exame de imagem). Achado operatório: perfuração de íleo terminal com presença de áscaris intraluminal na cavidade abdominal, áreas de necrose do segmento ileal. Realizado ressecção de aproximadamente 10 centímetros do íleo e apendicectomia (profilática), preservando válvula ileo-cecal, e anastomose término-terminal. A paciente teve boa evolução clínica, com resolução do caso descrito.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à endemicidade da Ascariíase no Maranhão e ao fato das complicações constituírem emergências na pediatria, é fundamental a familiarização com os achados clínicos e imagiológicos presentes nos casos de ascariíase complicada, para que seja instituído tratamento clínico-cirúrgico adequado em tempo hábil. Uma vez conhecendo sua apresentação e complicações o médico está apto a manejar adequadamente essa morbidade, contribuindo para diminuir a morbimortalidade infantil nas regiões endêmicas.</p>	<p>ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR TORÇÃO DE MESENTERIO ASSOCIADO A DIVERTICULO</p> <p>Thayná Soares Oliveira, Camila Secury Cerqueira, João Victor Pereira Gomes, Eric de Oliveira Soares Júnior, Juliane Lopes do Nascimento, Paulo Henrique Dias Moraes, Dórcia Pereira Martins, Patrícia Alves Manguiera</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Divertículos são herniações não complicadas da mucosa e submucosa colônica através da camada muscular bastante comuns na população adulta. Por se tratar de lesões adquiridas são denominadas falsos divertículos ou pseudodivertículos. Sua etiologia está relacionada ao aumento da pressão intracolônica e à fraqueza intrínseca da parede intestinal. A maioria dos pacientes com divertículos colônicos são assintomáticos, porém em casos de diverticulite aguda podem ocorrer episódios de hematoquezia, dor em quadrante inferior esquerdo do abdome, febre baixa, alterações do hábito intestinal e anorexia, já a doença diverticular evolui com constipação, diarreia, náuseas e vômitos. Dentre as complicações mais graves dos divertículos estão o fleimão, abscesso, fístula, perfuração, estenose, obstrução e peritonite, que uma vez diagnosticados o paciente deverá ser internado e submetido a terapia antimicrobiana ou intervenção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.M.S., masculino, casado, 69 anos, pardo, aposentado, hipertenso de longa data, encaminhado a Cirurgia Geral do Hospital de Referência com quadro clínico de Abdome Agudo Obstrutivo feito em cidade onde reside. Relata constipação há sete dias associada à parada na eliminação de fezes e relacionado a episódios de êmese. Nega febre, alergias ou cirurgia prévia. Ao exame físico: lúcido, orientado em tempo e espaço, regular estado geral, hipocorado, hidratado, acianótico, eupneico, afebril (36,4°C), frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 20 irpm; PA: 120x50 mmHg; Abdome: timpânico, doloroso a palpação superficial, distendido, com sinais de irritação peritoneal. Toque retal: próstata aumentada, fezes em dedo de luva, sem estenose ou sangramento. Realizada Rotina Radiológica para Abdome Agudo demonstrando a presença de níveis hidroaéreos e distensão de alças intestinais, confirmando quadro clínico proposto anteriormente. Paciente foi submetido à Cirurgia para Abdome Agudo Obstrutivo através de laparotomia exploratória com desvalvulação de mesentério, diverticulectomia e enterorrafia, com duração de três horas e diagnóstico intra-operatório de Abdome Agudo Isquêmico por Torção de Mesentério. O resultado histopatológico da biopsia de intestino delgado mostrou doença diverticular associada à diverticulite aguda.</p> <p>DISCUSSÃO: Geralmente a obstrução intestinal causada por divertículos colônicos é diagnosticada apenas no intra-operatório, como no caso descrito. Dessa forma, é imprescindível que haja uma história clínica detalhada, exame físico íntegro e conduta médica aprimorada que busquem excluir ou sugerir um diagnóstico precoce, para uma intervenção cirúrgica rápida que evite possíveis complicações ao paciente.</p>

PO 554-1	PO 554-2
<p>MAL FORMAÇÃO CONGENITA: DUPLICAÇÃO GÁSTRICA</p> <p>João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso, Bruno Henrique Alvarenga, Rodrigo Martins de Araujo, Cassia Rafaela Leão de Brito, Gabriela Cotta Lipiani, Matheus de Souza Nogueira, Aragana Ferreira Bento Cardoso Leão, Eduardo Nacur Silva</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cistos de duplicação gástrica (CDG) são anomalias congênicas raras, benignas, presentes geralmente na curvatura maior do estômago e decorrentes de alterações no início do desenvolvimento embrionário. Sua definição anatômica requer presença de estrutura tubular em íntimo contato com o estômago, contendo camada muscular e vascularização própria.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente T.A.V.A., sexo feminino, 28 anos, procedente de Divinópolis, foi encaminhada ao serviço terciário devido a episódios recorrentes de vômitos, associados a dor abdominal em andar superior do abdome, de início há longa data. Ao exame clínico, a paciente apresentou massa abdominal palpável em quadrante superior direito. Foi indicada, então, tomografia de abdome e endoscopia digestiva alta. À tomografia, evidenciou-se lesão cística de 427 cm3, em espaço sub-hepático, junto à vesícula biliar, comprimindo antro e região pré-pilórica do estômago. À endoscopia, observou-se compressão extrínseca das paredes posterior e lateral do antro gástrico. Assim, foi aventada a hipótese de duplicação de porção do trato digestivo e proposta intervenção cirúrgica, devido ao diagnóstico diferencial com "gastrointestinal stromal tumor" (GIST). A paciente foi submetida à laparotomia exploradora em janeiro de 2018, a qual evidenciou lesão cística em parede posterior do estômago, em íntimo contato com a curvatura maior, sem comunicação com o lúmen desse órgão. Foi realizada ressecção da lesão, com envio do material para estudo anatomopatológico, que confirmou o diagnóstico de CDG pelo encontro, na peça, de estrutura tubular, com paredes fibromusculares, revestida internamente de mucosa.</p> <p>DISCUSSÃO: Cistos de duplicação são anomalias congênicas que podem ser encontradas em todo o trato gastrointestinal, sendo mais frequentes no fígado e menos comuns no estômago (4% das duplicações de vísceras ocas). Podem ser tubulares, císticas ou esféricas; ter comunicação direta com o lúmen do órgão ou ser adjacentes a ele; possuir revestimento mucoso semelhante ao do órgão adjacente, ao de outro segmento do trato gastrointestinal ou ao de outro sistema orgânico. O cisto é, em geral, percebido incidentalmente por endoscopia, ultrassom ou outros exames de imagem, visto que sintomatologia é incomum. Quando presentes, sintomas incluem dor abdominal, náuseas, vômitos e perda de peso. Complicações são raras, incluindo disfagia, hemorragia digestiva alta, anemia, obstrução pilórica, pancreatite aguda, úlcera péptica, perfuração e formação de fistulas. Embora acredite-se que haja pouco potencial para malignidade, há relatos. O manejo de cistos assintomáticos geralmente é expectante, mas a ressecção cirúrgica tem sido recomendada baseada nos potenciais de complicação, incluindo transformação maligna. Entretanto, faltam estudos prospectivos avaliando sua história natural. Quando sintomáticos, podem ser tratados cirúrgico ou endoscopicamente.</p>	<p>LINFOMA NÃO HODGKIN INTESTINAL</p> <p>MÔNICA CRISTINA NASCIMENTO SILVA, Nelson de Siqueira, Micaela Henriette Gaspar Souza, Paula Bacelar de Carvalho, Maria Cláudia Pinheiro Rufino Ribeiro, Daniel Oliveira Coelho, Luma Solidade Barreto, Tarcisia Bezerra Alencar</p> <p><i>CEUMA - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfoma não Hodgkin (LNH) é um tipo de câncer que tem origem nas células do sistema linfático e que se espalha de maneira não ordenada. Existem mais de 20 tipos diferentes de linfoma não-Hodgkin. O sistema linfático faz parte do sistema imunológico, que ajuda o corpo a combater doenças. Como o tecido linfático é encontrado em todo o corpo, o linfoma pode começar em qualquer lugar. Pode ocorrer em crianças, adolescentes e adultos. Entre os linfomas, é o tipo mais incidente na infância. Os homens são mais predispostos do que as mulheres.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 11 anos, evoluiu com surgimento de massa em hipocôndrio direito, percebido pela mãe há cerca de dois meses, submetida à laparotomia exploradora (LE) em outro serviço de saúde, onde fora retirado um nódulo próximo à massa tumoral com laudo anatomopatológico inconclusivo. Deu entrada no serviço de emergência do Hospital Socorrão II, sendo submetida à uma nova (LE), realizado biópsia da massa tumoral que fechou o diagnóstico no biópsia de congelação e confirmado na parafina como Linfoma não Hodgkin. A paciente realizou tratamento quimioterápico entretanto não obteve melhora clínica e evoluiu para o óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: No presente trabalho, foi relatado um raro tumor do intestino delgado do tipo linfoma não-Hodgkin de difícil diagnóstico e com rápida evolução dos sintomas, que culminou com quadro de obstrução intestinal aguda. O estudo vem demonstrar que, apesar de a paciente ser jovem, a terapêutica quimioterápica não foi suficiente para melhora clínica da paciente. Casos como esse são importantes de serem descritos, devido sua rápida progressão e pior prognóstico.</p>
<p style="text-align: center;">PO 554-3</p> <p>RELATO DE CASO: INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCECAL EM ADULTO</p> <p>Raíssa Arcoverde Borborema Mendes, Camila de Oliveira Parreira, Daniel Gontijo Souza Silva, Humberto Gomes Tuyama, Mateus de Oliveira Passos, Yasmine Oliveira Vieira, Renan Shodi Kuramoto Sado, Paulo César de Sales</p> <p><i>Hospital Regional da Ceilândia - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção é uma condição rara em adultos, sendo responsável por 1% das causas de obstrução intestinal. Ocorre quando o segmento proximal do intestino invagina para dentro do segmento distal. Até 90% dos casos apresenta etiologia definida, sendo neoplasia a principal causa. Apesar de sugerir quadro de obstrução intestinal, a sintomatologia é bastante variável, inespecífica e crônica. Mucocele de apêndice é caracterizada por dilatação obstrutiva e acúmulo de secreção neste órgão. O diagnóstico de ambas é geralmente firmado durante a laparotomia. A intussuscepção é uma emergência cirúrgica, uma vez que pode evoluir como abdome agudo obstrutivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente puérpera, 21 anos, deu entrada no Hospital Regional da Ceilândia, 20 dias pós-parto, com história de dor abdominal em região periumbilical, irradiada para epigástrico e dorso, associada a febre há 5 dias. Ao exame, apresentava abdome flácido, dor à palpação em mesogástrico, fossa ilíaca direita (FID) e epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal e deiscência em terço final direito da ferida cirúrgica. Foi realizada USG de abdome que evidenciou presença de cisto piriforme com paredes grossas e regulares, preenchido por líquido anecóico em região mesogástrica. Paciente evoluiu com hiporexia, persistência da dor em mesogástrico e FID. Apresentava ainda anemia e espessamento em região periumbilical à direita. Indicada a realização de Tomografia Computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou volumosa intussuscepção ileocólica. Desta forma, 26 dias pós-parto, foi submetida a uma laparotomia exploradora com presença de cabeça de intussuscepção em ceco, até metade do cólon ascendente, com conteúdo apendicular em seu interior com mucocele de apêndice sem malignidade, confirmada por posterior biópsia. Sendo assim, foi realizada hemicolectomia direita e anastomose ileocólica término-terminal. Evoluiu com melhora da dor abdominal, eliminações preservadas e boa aceitação de dieta.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção intestinal é uma condição rara e geralmente apresenta fator etiológico associado. Pode ser dividida em 4 tipos, de acordo com a localização da lesão: entérica, ileocecal, ileocólica e colo-cólica. Até 30% dos casos são constituídos por intussuscepção ileocecal, com invaginação do apêndice, ceco e válvula ileocecal para o cólon ascendente ou transverso. Associado a isso, na mucocele o apêndice encontra-se fríavel e dilatado, piorando o quadro obstrutivo. Em ambas as entidades a dor abdominal é o sintoma mais comum, seguido por vômitos, sangramento e massas palpáveis. A TC é o método de imagem de maior acurácia. Os diagnósticos pré-operatórios são difíceis, sendo muitas vezes realizado durante a laparotomia. Esta é mandatória na intenção de identificar uma lesão orgânica, muitas vezes, de natureza neoplásica, comum na mucocele. A ressecção deve ser realizada nos casos de acometimento colônico e ileocecal pelas possibilidades de malignidade e de perfuração.</p>	<p style="text-align: center;">PO 555-1</p> <p>PNEUMATOSE CÍSTICA INTESTINAL: RELATO DE CASO</p> <p>CLAUDIO HENRIQUE REBELLO GOMES, VIRGINIA SOUSA BRITO, BRUNA RAPHAELA PEREIRA ARCANJO, RENATA CORREA SANTOS</p> <p><i>Faculdades Unidas do Norte de Minas - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pneumatose cística intestinal (PCI) é uma doença rara, com incidência 3: 10.000 indivíduos, caracterizada pela presença de ar na camada subserosa e submucosa do intestino. Apresenta-se com manifestações clínicas isoladas em 15% dos casos, sendo denominada primária ou idiopática e quando está associada à outra doença é considerada como secundária. Para o diagnóstico é necessário à correlação entre exames de imagem e achados clínicos. O tratamento na maioria dos casos é conservador.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 56 anos, histórico de úlcera gástrica há 12 anos, procura atendimento devido quadro de epigastralgia associado a empachamento, náuseas, vômitos, hiporexia e emagrecimento, com evolução clínica em 6 meses. Fez uso de omeprazol 40 mg sem melhora do quadro. Nega cirurgias prévias. Sem alterações ao exame físico e laboratorial. Em investigação do quadro foi solicitado uma endoscopia digestiva alta que concluiu: esôfago de Barret, pangastrite enantematosa grave e estenose pilórica com dificuldade de esvaziamento gástrico, anatomopatológico revelando metaplasia intestinal completa; e um REED que mostrou uma estenose na primeira porção do duodeno. O paciente foi submetido à laparotomia evidenciando-se uma estenose duodenal péptica e presença de lesões bolhosas de vários tamanhos, transmural e em serosa, em seguimentos saltados do intestino delgado e cólon. Foi realizada a gastrojejunostomia e biópsia das lesões bolhosas que concluiu por tratar-se de PCI.</p> <p>DISCUSSÃO: A PCI é encontrada no intestino delgado em 42% dos casos, no grosso em 36% e difusamente em 22%. Em 85% dos casos há associação com outras patologias - doença de Crohn, úlceras gástricas, gastrites, collagenases, agentes imunossupressores, e endoscopias. Existem teorias etiopatogênicas que justificam a PCI, entre elas a teoria mecânica, decorrente de traumas, cirurgias, endoscopias ou obstruções intestinais causando o aumento da pressão dos gases no espaço intraluminal sob a parede, como na estenose hipertrófica do píloro. Devido à apresentação clínica ser inespecífica, encontrando queixas como desconforto abdominal, empachamento, epigastralgia, hiporexia, enfiema subcutâneo e hematoquezia, o diagnóstico se torna mais difícil, sendo necessário à correlação entre exames de imagem e achados clínico-laboratoriais. A radiografia de abdômen, ultrassonografia, endoscopia e tomografia computadorizada (TC) são os principais exames, sendo a TC mais sensível, pois é capaz de identificar sinais da presença de ar na parede intestinal, bem como perfuração e obstrução. O tratamento envolve sintomáticos, suporte hemodinâmico, hidroeletrólítico, antibioticoterapia com cobertura anaeróbica e oxigenoterapia hiperbárica. Porém, diante de uma condição clínica grave ou casos não responsivos, há necessidade de intervenção cirúrgica através de videolaparoscopia ou laparotomia exploradora. Este caso acredita-se tratar-se de um achado incidental, visto que o paciente se encontra assintomático apesar das bolhas permanecerem.</p>

PO 555-3	PO 556-1
<p>FISTULA EM ANASTOMOSE COMO COMPLICAÇÃO DE HEMICOLECTOMIA</p> <p>RODRIGO Leonardo Passos Carvalho Bahia SAPUCAIA, Paula Toledo Almeida, BRUNA L FERREIRA, MARIA JULIA P LEME, ELAINE Tavora Miranda, MARIA CAROLINA FERNANDES, KARLA H P NATARIO, Barbara mançor lacerda silva</p> <p><i>Hospital Heliópolis - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Há complicações que decorrem de intervenções cirúrgicas sobre o intestino grosso, envolvendo conexões sistêmicas ou regionais, podendo ter associações diretas ou indiretas com o procedimento em si. As fístulas anastomóticas, dependendo da sua topografia e de sua gravidade, constituem-se numa das principais causas de morbimortalidade nas operações de reconstrução do trânsito intestinal. Nas operações coloproctológicas, as deiscências de anastomoses podem resultar em comunicação com a pele, vagina e trato geniturinário masculino. Dependendo da localização do orifício de saída, a fístula bem formada tem resolução espontânea. Assim, a abordagem inicial desse tipo de complicação deve ser sempre expectante, com controle da infecção através de antibioticoterapia, dieta alimentar suspensa ou com baixo teor de resíduos e medidas de suporte com proteção para a pele.</p> <p>RELATO DE CASO: L.M.S. 46 anos, deu entrada no pronto-socorro de um hospital de São Paulo em meados de janeiro de 2019 com queixa de diarreia há uma semana, sem muco ou sangue. Negava queixas de náuseas, vômitos, dor abdominal e febre. Paciente sem comorbidades ou alergia, referindo apenas uso crônico de laxativos. A colonoscopia, realizada posteriormente evidenciou uma lesão vegetante, bocelada, de limites imprecisos, friável, ocluindo totalmente o colón a 85 cm da borda anal (transverso). A tomografia (TC) de tórax, abdome e pelve realizadas para estadiamento, mostrou discreta opacidade homogênea subsegmentar basal direita, podendo ser considerada atelectasia. O colón direito possuía espessamento mural sólido, nodular, com até 34 mm de espessura, com discreto aumento da gordura peritoneal adjacente. O marcador tumoral CEA era de 1,7. A biópsia posterior evidenciou adenocarcinoma. Foi realizada hemicolectomia à direita com anastomose primária ileotransversa com omentectomia parcial direita, sem intercorrências, com tempo anestésico de 3 horas. Ressecção não completa do tumor devido invasão localmente avançada para músculo psaos e grandes vasos. Paciente evoluiu com fístula anastomótica no sexto pós-operatório, de baixo débito, e orientada devido dreno alocado sendo optado então por tratamento conservador e introduzida nutrição parenteral total (NPT), com melhora clínica e resolução da fístula espontaneamente, sendo suspenso NPT e introduzida dieta líquida, com boa aceitação, sendo progredida até a alta hospitalar, com seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A partir desse caso, podemos confirmar o que já se discute com certa frequência no meio científico, que seria como tratar uma fístula. De maneira conservadora, ou abordagem cirúrgica. No caso em questão pudemos ver que o tratamento conservador, devido a diversos fatores, sendo o principal o baixo débito e a orientação da fístula, foram suficientes para o tratamento completo. Sem necessidade de nova reabordagem.</p>	<p>GIST RECIDIVANTE E RESISTENTE A QUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Wendon Rodrigues Rocha, Daniel Rodrigues Correia, Giovanna Karen Colares de Menezes, Nara Conceição Parente, Matheus Zaián Rodrigues de Fonseca Lira, Felipe de Oliveira Vasconcelos, Anya Costa Araújo de Macedo Goes, Marcelo Leite Vieira Costa</p> <p><i>Universidade federal do Ceará - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) é o sarcoma mais comum do aparelho digestivo, podendo originar-se desde o esôfago até o ânus. Tem origem nas células intersticiais de Cajal e se desenvolve principalmente por uma mutação do gene KIT. Seu comportamento biológico é heterogêneo, tendo como principais fatores prognósticos tamanho, índice mitótico e localização anatômica. Cerca de 80% são benignos e prevalecem entre a 5ª e 6ª décadas de vida. Estima-se que, no Brasil, a incidência esteja em torno de 2 a 2,5 casos novos por 100 mil habitantes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 46 anos, abriu o quadro em setembro de 2017, sendo diagnosticada com GIST em pequena curvatura gástrica. Foi submetida à ressecção da neoplasia e de parte da aponeurose do músculo reto abdominal e segmento III do fígado devido ao acometimento tumoral. Após a cirurgia, iniciou tratamento com Mesilato de Imatinibe, não apresentando regressão da doença mesmo após aumento da dose. Em novembro de 2018, foi novamente internada por quadro de obstrução intestinal alta, diarreia e ascite volumosa. À tomografia, foram evidenciados volumosos implantes tumorais comprimindo o estômago remanescente e na pelve, além de acometimento hepático e sinais de sarcomatose peritoneal difusa. Paciente seguiu internada na enfermaria cirúrgica de Hospital Universitário da região nordeste, com medidas para melhora do conforto e nutrição, como paracenteses de alívio e nutrição por sonda nasoenteral. A dose do Imatinibe era de 800 mg/dia, porém, como não apresentava boa tolerância gastrointestinal à droga e nem regressão da doença, foi decidido, junto aos cuidados paliativos e equipe de oncologia clínica, suspender o medicamento e manter medidas de alívio dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: O local de origem do GIST correspondeu com a literatura, já que 70% dos casos ocorrem no estômago. A ressecção completa R0 (ausência de doença residual) do tumor é o tratamento primário e o único com poder de cura. Entretanto, estima-se que mais de 50% dos casos apresentam recidiva ou metástase, como ocorreu com a paciente, sendo o fígado e o peritônio os principais sítios-alvos. A droga de escolha para o controle de GIST recidivante, metastático ou irressecável é o Mesilato de Imatinibe. Entretanto, apesar da melhora do prognóstico com o medicamento, o tumor do caso relatado se mostrou bastante agressivo a despeito da terapêutica. Outros inibidores da tirosina quinase (Sunitinibe) podem ser utilizados em casos de refratariedade ao Glivec, porém, ainda são drogas de alto custo e pouco disponíveis no Sistema Único de Saúde do Brasil. Assim, mais estudos e investimentos são necessários para otimizar o tratamento da doença em questão.</p>
<p>PO 556-2</p> <p>CHWANNOMA ENDOBRONQUICO: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Fabio Nishida Hasimoto, Fabiana Guedes Akaki, João de Freitas Neto, Gabriela Vasconcellos Oliverio, Elisa de Freitas</p> <p><i>Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Schwannoma é um tumor originário das células neurais de Schwann. Raramente tem localização intratôrica, e quando presente geralmente envolve o mediastino, sendo a localização endobrônquica extremamente rara. Corresponde a cerca de 2% dos tumores traqueobrônquicos benignos. Pode acometer qualquer porção do trato respiratório incluindo a traqueia, brônquios, bronquíolos e alvéolos. Possui duas variantes: a Antoni tipo A, com tecido denso, rico em células e Antoni tipo B com tecido com menor densidade e pobre em células. Ocorre preferencialmente em adultos jovens. O diagnóstico frequentemente é tardio devido aos sintomas inespecíficos, como tosse, estridor, dispnéia, hemoptise, dor torácica. O Schwannoma deve ser considerado como diagnóstico diferencial no caso de sintomas persistentes das vias aéreas superiores.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 23 anos, feminina, com dor em terço inferior de hemitórax esquerdo há dois meses, ventilatório dependente, negava tosse, hemoptise, febre, emagrecimento ou dispnéia. Negava tabagismo e etilismo, sem comorbidades. Realizada radiografia de tórax, que evidenciou uma opacidade heterogênea paracardiaca em terço médio do pulmão esquerdo. À tomografia de tórax mostrou formação nodular lobulada hipodensa no hilo pulmonar esquerdo com cerca de 6 x 2,5 cm, associada a linfadenomegalia hilar ipsilateral. Submetida à broncoscopia que mostrou lesão vegetante de aspecto perolado em parede anterior de brônquio lobar superior esquerdo, que invadia a luz da língua, causando oclusão de aproximadamente 90%, friável ao toque. Realizado biópsia, com perfil imuno-histoquímico, positivo para proteína S100, negativo para Cromogranina e CK7, compatível com Schwannoma. Optado pela toracotomia com lobectomia superior esquerda associada à linfadenectomia. Evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta no sétimo dia de pós-operatório. O anátomo-patológico confirmou Schwannoma. No seguimento ambulatorial apresenta-se assintomática, sem evidências de recidiva na broncoscopia e tomografia computadorizada.</p> <p>DISCUSSÃO: O primeiro caso de Schwannoma endobrônquico foi descrito por Strauss e Guckien em 1951 como uma forma de tumor neurogênico benigno raro. A broncoscopia é o método diagnóstico de escolha, sendo essencial para determinar o nível da lesão, aspecto morfológico e para realização de biópsias. Macroscopicamente, os schwannomas são lesões recobertas por mucosa brônquica normal ou hipervascularizada. O diagnóstico diferencial inclui os hamartomas, tumores carcinóides, pólipos fibrosos, leiomiomas, pseudotumores inflamatórios, histiocitomas fibrosos, entre outros. Tumores com envolvimento intra e extra luminal são tratados com a ressecção cirúrgica completa por lobectomia ou pneumonectomia. A ressecção inadequada pode levar à recorrência local. Para os tumores com envolvimento intraluminal apenas os pacientes com risco cirúrgico elevado, pode ser realizado a ressecção por broncoscopia rígida associado ao plasma de argônio, Nd-YAG laser, crioterapia ou outros.</p>	<p>PO 557-1</p> <p>GASTRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCOPICA POR PANCREAS HETEROTOPICO – RELATO DE CASO</p> <p>CARLA MARIANA XAVIER FERREIRA, ARTUR BELO AZEVEDO, ANA MIELE PEREIRA MELO, DEBORA ARAUJO AGUIAR, MARCELLA DE ALBUQUERQUE WANDERLEY, ROBERIO SILVA MELO, TIAGO TORRES DE MELO</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pâncreas heterotópico é definido como presença de tecido pancreático em localização não habitual, sem continuidade anatômica com o pâncreas e possuindo vascularização e sistema ductal próprios. Sua incidência é de 0.1% a 0.2% em estudos de autópsia, com uma relação homens:mulheres de 3:1. Encontrado em 90% dos casos descritos no trato gastrointestinal (TGI) alto tendo como localização preferencial o estômago, porém pode estar localizado em qualquer parte do TGI. O quadro clínico é caracterizado por sintomas inespecíficos como dor abdominal, náuseas, vômitos, hemorragia e muitas vezes é assintomático. O diagnóstico pré-operatório não é feito, apesar dos avanços imagiológicos e endoscópicos. Assim, apenas o estudo histológico permite diagnóstico definitivo. A sua localização submucosa torna-o difícil de distinguir de outras entidades, como Tumor Gastrointestinal de Células Estromais (GIST). O objetivo deste trabalho foi relatar o caso clínico de um paciente portador de pâncreas heterotópico, no qual, a hipótese diagnóstica inicial foi GIST.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 58 anos com queixas dispépticas, foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou uma lesão elevada subepitelial com ulceração central de antro, medindo 3 cm de diâmetro. Foram realizadas biópsias e o histopatológico não demonstrou alterações neoplásicas. Realizou tomografia de abdome, a qual evidenciou uma lesão hipodensa exofítica de transição corpo-antro, heterogênea, medindo cerca de 6 cm, sugestiva de GIST. Demais órgãos sem alterações significativas. Realizados exames pré-operatórios laboratoriais e marcadores tumorais que não apresentaram alterações significativas. Foi submetido à gastrectomia parcial videolaparoscópica com grameador linear e sobressutura da área de grameamento, sem intercorrências. Ao 2º dia pós-operatório (DPO): dieta líquida. Progrediu para dieta líquidopastosa no 3º DPO. Recebeu alta no 4º DPO, entretanto, no 6º DPO foi necessário reinternação hospitalar por distensão abdominal e vômitos. Submetido à TC de abdome que não revelou alterações significativas, sendo iniciada a antibioticoterapia venosa e sintomáticos. Ao 8º DPO paciente referiu eliminação de flatos, sendo instituída dieta líquida. Evoluiu no 9º DPO eliminando flatos com abdome flácido e em dieta pastosa laxante, decidiu-se por alta hospitalar. Resultado do anatomopatológico revelou pâncreas heterotópico. Ao 15º e 30º DPO, paciente retornou ao ambulatório sem anormalidades.</p> <p>DISCUSSÃO: O Pâncreas heterotópico, apesar de possuir características pronunciadas na TC, apresenta semelhanças com lesões neoplásicas, como o GIST, que são os tumores mesenquimais mais comuns encontrados na submucosa intestinal, compreendendo cerca de 1% de todos os tumores do TGI. Assim, o pâncreas heterotópico deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões maciças gástricas e nos pacientes que apresentam sintomas gastrointestinais superiores vagos.</p>

PO 558-1	PO 558-2
<p>SINDROME DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BEZOAR ATÍPICO</p> <p>Aline Vaz Borges, Bernardo Luiz Campanário Precht, Isabella de Paula Brandão, Matheus Vieira dos Santos, Isabel Butter Amim, Leonardo Dinis de Albuquerque, Bruno Cesar Dias, Juliani Dourado de Almeida</p> <p><i>Hospital do Servidor Público estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoar é definido como um agregado de materiais não digeridos. Podem ser classificados em 4 tipos: fitobezoar (composto por fibras, cascas ou sementes), lactobezoar (formado por proteínas do leite), farmacobezoar (medicamentos) e tricobezoar (fios de cabelo e partículas de comida). Uma história clínica compatível e exame físico com achados de distensão abdominal, vômitos, massa palpável, halitose (devido ao material acumulado no estômago) auxiliam o diagnóstico mas não são conclusivos. O método diagnóstico padrão-ouro é a endoscopia digestiva alta (EDA), que permite não só a visualização do bezoar mas também possui finalidades terapêuticas, permitindo a remoção do material.</p> <p>RELATO DE CASO: ES, 62 anos, feminina com história de cirurgia prévia para hérnia de hiato em 2008 e 2014 (funduplicatura e re-abordagem por recidiva), sem outras comorbidades é admitida pela emergência com relato de cólica epigástrica de forte intensidade, associada a náusea e vômitos iniciados após almoço. Instalada sonda nasogástrica (SNG) na sala de emergência, com saída de 300 ml de líquido não biliar e resíduos alimentares sendo deixada em sifonagem com alívio parcial dos sintomas. Paciente se encontrava em bom estado geral, sem irritação peritoneal. Diante do quadro foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou imagem nodular heterogênea medindo 9,6cm no maior diâmetro em região antropilórica do estômago, determinando obstrução da luz em correspondência, com gastrectasia e nível líquido em seu interior. Paciente foi internada em unidade fechada, sendo realizada no dia seguinte endoscopia digestiva alta que evidenciou bezoar (casca de coco) ao nível do piloro. O material foi retirado por via endoscópica, com auxílio de basket. A paciente evoluiu satisfatoriamente após o exame, com resolução das náuseas e vômitos, aceitação da dieta e alta hospitalar após 1 dia.</p> <p>DISCUSSÃO: A associação de uma história típica (pós alimentar), um exame físico compatível e uma TC de abdome que excluiu diagnósticos alternativos passíveis de cirurgia (bridas, neoplasias) sugeriu a hipótese diagnóstica de bezoar. A EDA, como já mencionado, confirmou o diagnóstico e possibilitou a resolução de quadro de obstrução gástrica, tendo a paciente evoluído sem intercorrências após o procedimento.</p>	<p>TIMOLIPOMA MANIFESTANDO DOR EM HEMITORAX: UM RELATO DE CASO</p> <p>GABRIELA ARAÚJO FABER DA SILVA, HANE ESTEVES NEDIR, JULIANA FIGUEIREDO, MILLENA BRAGANÇA DE MELLO, WAGNER SANTOS DA SILVA</p> <p><i>UNESC - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os timolipomas (TLs) são tumores benignos raros do mediastino anterior, de crescimento lento, representando apenas 2–9% de todos os tumores do tórax. Os TLs apresentam tecido adiposo intercalados com pequenas áreas de tecido tímico, e são encapsulados com divisões septais. Apresentam curso indolente e assintomático, porém, muitas vezes, atingem dimensões massivas que se manifestam clinicamente por comprimirem estruturas adjacentes ou por apresentarem associações com doenças autoimunes, como Miastenia Gravis, anemia aplásica e Doença de Gravis. Por serem neoplasias benignas, a excisão cirúrgica completa se torna curativa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, de 62 anos, iniciou quadro de dor torácica súbita há um ano, limitada ao hemitórax esquerdo, de forte intensidade, não irradiada, com piora aos esforços e melhora parcial com uso de Paracetamol. A dor era associada a dispnéia progressiva. A paciente é tabagista há 50 anos (1 maço/ano) e etilista. Negou perda de peso. Inicialmente foi avaliada pelo cardiologista, pelo qual não evidenciou alterações cardíacas. Persistindo os sintomas, realizou consulta com pneumologista que notou apenas diminuição de murmúrio vesicular em base bilateral na ausculta pulmonar. Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de tórax que revelou massa homogênea em mediastino anterior medindo 3,3 X 3,7 X 11 cm, sem realce ao meio de contraste ou invasão de estruturas adjacentes, de aspecto inespecífico (sugerindo tumor de células germinativas ou timoma), sendo então encaminhada ao cirurgião torácico que indicou tratamento cirúrgico. A paciente foi submetida a toracotomia lateral direita com excisão completa da lesão. O tumor foi enviado ao estudo histopatológico, confirmando timolipoma.</p> <p>DISCUSSÃO: O termo timolipoma (TL) foi introduzido na literatura em 1949 por Hall, classificado como um tumor raro, benigno, sem diferenciação de gênero em sua incidência e sem prevalência de faixa etária. Apresenta crescimento lento, representando de 2-9% das neoplasias tímicas. O cenário clínico é bastante heterogêneo, indo desde quadro assintomático a quadros mais graves por compressão de estruturas vitais adjacentes. Sendo assim, dispnéia, dor torácica, infecções de via aérea superior de repetição e sensação de peso no peito são os sintomas mais frequentes relacionados ao TL. No estudo radiológico, os TLs quando pequenos, não apresentam sinais específicos para suspeição clínica, apenas em tamanhos maiores que podem apresentar hipotransparência em mediastino. Assim, a TC de tórax é o exame mais usado pois permite a diferenciação de possíveis massas malignas em mediastino anterior, além de avaliar possíveis invasões do tumor, sendo crucial para a ressecção completa do mesmo. O acesso para a excisão total da lesão pode ser feito através da toracotomia ou esternotomia e quando disponível, por videotoroscopia. O resultado após a remoção é excelente e nenhum caso de transformação maligna ou recidiva local do TL foi relatado.</p>
<p>PO 558-3</p> <p>ADENOCARCINOMA SINCRÔNICO DE COLON: RELATO DE CASO E REVISÃO DE ATUALIZAÇÕES DA TERAPÊUTICA</p> <p>Amanda Guedes Assis Dutra, Mylena Valadares Silva, Ana Karoline Mendes Rossetto, Alexandre de Souza Rocha Alcântara, Beatriz Carneiro Habbe, Laura de Lima Crivellaro, Bruno José de Queiroz Sarmiento, Rodrigo Nascimento Pinheiro</p> <p><i>LAONCO IHB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia que acomete segmentos do intestino grosso. A prevalência do tumor sincrônico de cólon é de 3-5% em relação aos casos de CCR. O prognóstico do tumor de cólon sincrônico não apresenta diferença se comparado ao tumor solitário. Os fatores de risco do CCR são: histórico familiar, em geral com surgimento precoce e agressivo, além da dieta, etilismo, tabagismo e obesidade. É a quarta causa de óbito por câncer no mundo com prevalência em idosos. A progressão é lenta, em média 10 anos desde o surgimento até o diagnóstico. Apesar de grande parte dos casos serem assintomáticos, alterações de hábito intestinal, perda de peso e dor abdominal configuram-se como sinais de alerta. A abordagem cirúrgica com realização de colectomia e linfadenectomia é o melhor tratamento. Este trabalho relata um caso de tumor sincrônico de cólon, cuja motivação seja a singularidade do caso por haver duas variações histológicas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.G.V., 70 anos, sexo masculino, procura pronto-socorro de hospital público com histórico de perda ponderal de 12 quilos nos últimos 6 meses. Queixa de dor abdominal crônica com piora há 3 dias e quadro associado a anorexia, episódios de vômitos e diarreia, vinculados a enterorragia. Neqa febre ou sintomas infecciosos. Foi realizada endoscopia e colonoscopia, com resultados de presbiõesôfago e lesão úlcero-vegetantes em cólon direito e sigmóide, respectivamente. Na Tomografia Computadorizada, tumor colônico sincrônico de cólon direito e esquerdo, sem sinais de metástase. As biópsias evidenciaram lesão de ceco do tipo adenocarcinoma com componentes mucinosos e em anel de sinete, sendo a amostra de mucosa do cólon sigmóide também compatível com adenocarcinoma bem diferenciado e mucinoso. Paciente evoluiu com quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo submetido a colectomia total, ileostomia e cistostomia. Evidenciou-se adenomegalia retroperitoneal extensa, juntamente com carcinomatose peritoneal. Estadiamento TxNxM1b devido a presença de doença localmente avançada com metástase pulmonar.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma é o tipo mais comum dos cânceres colorretais. O subtipo mucinoso, presente na porção sigmoide do paciente, é caracterizado pela mucina extracelular em mais de 50% do volume tumoral, enquanto o segmento cecal apresenta células em anel de sinete, o qual é geralmente diagnosticado em estágios mais avançados, sintomatologia morosa, com pior prognóstico. Nessa perspectiva, ratifica-se a presença de tumor sincrônico, visto que é excluída a possibilidade de um ser metástase do outro. Fatores importantes na decisão terapêutica e prognóstico são: idade, presença de comorbidades, estado clínico e estadiamento do tumor. A ressecção cirúrgica padrão almeja margem distal livre de infiltração neoplásica, quando houver na peça operatória um limite de ressecção amplo e seguro.</p>	<p>PO 559-1</p> <p>DEGASTRECTOMIA PARA TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE COTO GÁSTRICO POS GASTRECTOMIA A BILLROTH LL DEVIDO DOENÇA ULCEROSA PEPTICA</p> <p>Matheus Vieira dos Santos, Aline Vaz Borges, Bruno Cesar Dias, Marcos Vinícius Passos Rodrigues Silvino, Isabel Butter Amim, Bernardo Luiz Campanário Precht, Adriana Cristina Vianna Alvarenga, Nayara de Arruda Cáceres</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais frequentes do aparelho digestivo, tendo prevalência e mortalidade elevadas. O câncer de coto gástrico foi definido como uma neoplasia que surge no estômago remanescente após cinco anos de gastrectomia para doenças benignas ou após dez anos da operação primária para doença maligna, ocasionada devido ao refluxo biliar-pancreático na área anastomosada, sendo esta a região preferencial para o crescimento tumoral. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a endoscopia com múltiplas biópsias de áreas relacionadas ao tumor, especialmente da região anastomótica. Embora o prognóstico do câncer de coto gástrico seja ruim, a sobrevida melhora drasticamente com detecção precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: A.E., masculino, 75 anos, ex-tabagista, vem ao PS relatando perda ponderal de 5kg, hiporexia, e dor abdominal difusa há 1 mês, evoluindo com náuseas e vômitos há 5 dias. Ao exame físico: BEG, desidratado 2+/4. Presença de abdome globoso, distendido, hipertimpânico em abdome superior e doloroso a palpação difusamente, sem sinais de peritonismo. Possui história de gastrectomia a BII (Há 40 anos – úlcera péptica). Diante do quadro de suboclusão gastrointestinal, o paciente foi internado para investigação. Foram realizados os seguintes exames: TC de abdome (05/03/2018): gastrectomia parcial com gastrojejunostomose sem alterações. Espessamento nodular da papila duodenal com dilatação moderada do duodeno e conteúdo líquido no seu interior; EDA (06/03/2018): Lesão elevada de aspecto infiltrativo envolvendo coto distal e boca anastomótica da alça aferente, com biópsia evidenciando: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasivo, com células em anel de sinete. Portanto, no dia 21/03/18, foi realizado Degastrectomia com Reconstrução em Y de roux. Não houve intercorrências. Recebeu alta no 10º PO com dieta via oral e condições clínicas satisfatórias. Ao exame anatomopatológico foi evidenciado na: (1) biópsia de mesentério: Adenocarcinoma infiltrando tecido adiposo, (2) peça cirúrgica de degastrectomia: Adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado, comprometendo segmentos colônicos de anastomoses com estadiamento: T4a.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste relato o paciente possuía 75 anos e teve o diagnóstico após 40 anos da realização da gastrectomia A BII devido a úlcera péptica, compatível com o que sugere o estudo de Lagergren (2012). O desfecho foi favorável mesmo após identificação da patologia em fase avançada, provavelmente diagnosticada tardiamente devido a falta de realização de endoscopias seriadas 10 a 15 anos após a cirurgia. Além disso, deve-se ressaltar que a realização de endoscopias seriadas com biópsias múltiplas, independentemente se há falta de sintomas e/ou alteração endoscópica deve ser realizada pois, embora o prognóstico do câncer de coto gástrico seja desfavorável, o diagnóstico antecipado da neoplasia melhora de maneira significativa o desfecho do caso e aumenta a sobrevida do paciente.</p>

PO 559-2	PO 559-3
<p>ENFISEMA LOBAR CONGENITO EM ADULTO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Lídia Batista Ribeiro Costa, Gabriel do Amaral Cavalcante, André Luis de Aquino Carvalho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O enfisema lobar congênito (ELC) caracteriza uma condição rara, com incidência de 1:20.000 a 30.000 nascimentos, definida pela "hiperinsuflação de um ou mais lobos pulmonares na ausência de uma obstrução brônquica extrínseca". O diagnóstico é feito tipicamente até os 6 meses de idade. Se apresenta mais em homens, em uma proporção de 3:1, e afeta principalmente o lobo superior esquerdo (mais de 43% dos casos), seguido pelos lobos médio (32%) e superior direito (20%). O diagnóstico pode ser feito pela associação entre clínica e radiografia simples de tórax, ou confirmado por Tomografia Computadorizada (TC) de tórax. O tratamento usual descrito na literatura consiste na lobectomia do segmento pulmonar acometido.</p> <p>RELATO DE CASO: G.S.F., masculino, 22 anos, não tabagista, iniciou quadro de dispneia aos grandes esforços e dor ventilatório-dependente desde a primeira infância. Foi diagnosticado pectus excavatum aos 6 anos, associado a perda de peso e um episódio de pneumonia comunitária no mesmo ano. Tem em seu histórico pré-natal fraturas costais não especificadas, devido à queda de sua mãe, ainda gestante. Durante toda a sua vida, G.S.F. apresentou episódios de gripe e tosse recorrentes. Há 2 anos o paciente desenvolveu novamente um quadro de pneumonia comunitária precedida de tosse forte por 1 mês. O paciente nega outras comorbidades. Em fevereiro de 2017, foi realizada uma TC de tórax, que evidenciou importante área de aprisionamento aéreo comprometendo praticamente todo o lobo inferior do pulmão direito, além de broncopatia inflamatória, o que sugeria a presença de enfisema lobar congênito. Foram então, prosseguidas as investigações. Realizaram-se outras duas TCs, duas ergoespirometrias e uma espirometria, diagnosticando a condição e fornecendo informações adicionais, como o desvio de mediastino contralateral, distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com aprisionamento aéreo e medida da DLCO com redução moderada. Os exames demonstraram ainda, teste cardiopulmonar máximo, com capacidade aeróbia reduzida, presença de reserva ventilatória no limite inferior da normalidade, associado ao aumento de VE/VCO2 slope e sinais de aprisionamento aéreo dinâmico. Foi discutido o caso em sessão multidisciplinar e, pela presença de tecido normal no lobo inferior e desvio contralateral do mediastino, o paciente foi submetido em 16/12/2018 à cirurgia de redução de volume do lobo inferior direito. Ato e pós-operatório sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O ELC geralmente é detectado do período neonatal até os 6 meses, o que torna o diagnóstico em adultos muito mais raro e pouco descrito. Além das alterações pulmonares, podem ser encontradas malformações cardíacas e defeitos da parede torácica, fato observado no presente caso. O relato de acometimento de lobo inferior direito não foi observado em nossa revisão. Além do tratamento usual por lobectomia existem casos manejados com tratamento conservador, no entanto, não foram obtidas descrições de tratamento cirúrgico por redução de volume.</p>	<p>POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: UM RELATO DE DOIS CASOS</p> <p>Ana Paula Amaral Souza, Ana Carolina Souza Sisnando de Araújo, Wallace Acioli Freire de Gois, Beatriz Souza Barros, Luciana Meireles de Azeredo Coutinho, Maria Clara Rocha Zica</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB e Hospital Materno Infantil de Brasília - HMBB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome genética de caráter autossômico dominante relacionado a mutação do gene APC (adenomatous polyposis coli). Sua incidência é de aproximadamente 1 caso para cada 8.300 nascimentos, afetando igualmente ambos os sexos. A importância do estudo da PAF se deve ao fato de afetar vários indivíduos de uma mesma família e, embora seja inicialmente benigna, evolui para câncer colorretal quando não tratada.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: K.O.F, 21 anos, feminino, história familiar de irmã com PAF e avó que morreu aos 23 anos de câncer de reto decorrente da polipose. Aos 12 anos: pólipos exteriorizados pelo reto com ressecção e 3 recidivas ao longo de 2 anos, sem sangramentos, dores ou febre. Aos 14 anos: colonoscopia evidenciou polipose colônica e a biópsia dos pólipos constatou adenomas tubulares com neoplasia intra-epitelial. A paciente foi então submetida a proctocolectomia total e ileostomia. Aos 16 anos: realizado abaixamento ileal com bolsa ileal e anastomose ileorretal para reconstrução do trânsito intestinal. Após 7 meses, a paciente apresentou quadro de obstrução intestinal e foi submetida à laparotomia exploradora com lise de bridas, apresentando boa evolução pós-operatória. Caso 2: J.F.O, 17 anos, irmã da paciente do caso 1. Aos 10 anos: apresentou quadros de exteriorização de pólipos pelo canal anal, sendo submetida à excisão destes. Apresentou recidivas às evacuações, associadas a sangramento e obstrução intestinal. Aos 15 anos foi submetida à colonoscopia com achados de pólipos colônicos procedendo-se à polipectomia. A biópsia mostrou numerosos pólipos pediculados, ausência de neoplasia invasiva, displasia de baixo grau, e margens cirúrgicas livres. Aos 16 anos: colectomia total com anastomose ileo-retal e confecção de reservatório ileal em J. Evoluiu bem e recebeu alta após 22 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A PAF pode ser classificada como clássica, atenuada e associada ao MYH. A PAF clássica está relacionada com a presença de centenas de pólipos colorretais adenomatosos que progredem para câncer colorretal se não tratado. A atenuada caracteriza-se por menos de 100 adenomas, sendo essas duas doenças autossômicas dominantes. A associada ao MYH configura-se por adenomas colorretais múltiplos que relacionam-se com mutações no gene humano homólogo MutY, gerando uma doença autossômica recessiva. Por ser, em duas de suas formas, uma síndrome autossômica dominante, as chances de ser transmitida para a prole são de, no mínimo, 50% caso um dos pais seja portador da doença. O screening familiar mostra-se importante para detectar precocemente as manifestações da PAF e, assim, realizar o tratamento profilático a fim de evitar o desenvolvimento de câncer colorretal.</p>
<p>PO 560-1</p> <p>SCHWANNOMA GASTROINTESTINAL: RELATO DE EXPERIENCIA DE DOIS CASOS CLINICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO EM BELEM/PARA</p> <p>GERALDO ISHAK, PAULO PIMENTEL ASSUMPÇÃO, LUIZ CLAUDIO CACAÚ MARTINS, EMANUEL GOMES DOS SANTOS JUNIOR, JOAO FELIPE LEITE ACIOLI, PAULA BARAUNA DE ASSUMPÇÃO, MARIELLE DE NAZARÉ GOLÇALVES DE LIMA E SILVA, Thais Suellen Ramos Allen</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os schwannomas são neoplasias de origem neurogênica, mesenquimais do trato gastrointestinal, originários e com características de diferenciação de células de Schwann, as quais são responsáveis pela formação da bainha de mielina nos nervos periféricos. Estes tumores tem caráter benigno, crescimento lento e assintomático 1-3. Estes tumores acometem geralmente o sistema nervoso periférico e o central, sendo raramente encontrado no trato gastrointestinal 1. Na imunohistoquímica obtém-se coloração positiva para a proteína S100, vimentina e geralmente para a proteína ácida fibrilar glial (glial fibrillary acidic protein, GFAP) e coloração negativa para actina de músculo liso, CD117/c-KIT e CD34 2-5. Entretanto, vale ressaltar que na maioria das vezes o diagnóstico é incidental.</p> <p>RELATO DE CASO: RELATO DO CASO 1: Paciente do sexo feminino, 52 anos, evoluindo há seis meses com queixa de epigastralgia e pirose, além de náusea e vômito. Iniciou investigação diagnóstica, realizando endoscopia digestiva alta com achados de abaulamento de parede em região de corpo e antro, com superfície regular e base alargada, podendo corresponder a alteração subepitelial, onde foi realizada tatuagem com corante tinta da China. A biópsia e imunohistoquímica sugeriram um provável GIST, sendo realizado então a ecoendoscopia, que mostrou lesão de 3 cm em antro atingindo camada muscular. Após análise e investigação de peça cirúrgica obteve-se resultado de um tumor fusocelular de baixo grau com margens livres e a imunohistoquímica revelou como um Schwannoma com atipias regenerativas S100 positivo, C-KIT negativo e Ki67 negativo. RELATO DO CASO 2: Paciente do sexo feminino, 38 anos, evoluindo há 11 anos com queixa de epigastralgia, acompanhada de episódios de náuseas e esporádicos episódios de vômito. Iniciou investigação diagnóstica, realizando diversas endoscopias digestivas altas (EDA) e em dezembro de 2016 a EDA revelou presença de lesão subepitelial séssil, com consistência endurecida, sinal da tenda positivo e superfície lisa, localizada em parede anterior de antro gástrico proximal. O histopatológico teve como resultado uma neoplasia gástrica fusocelular, com esclerose estromal, sem atipias na amostra examinada, com lesão sub-epitelial de camada submucosa de antro gástrico compatível com lipoma; por fim, a imunohistoquímica sugeriu um Schwannoma.</p> <p>DISCUSSÃO: Os schwannomas representam 0,2-1% de todos os tumores do trato gastrointestinal, surgindo em mais de 90% das vezes no estômago, seguido de, porém é raro, cólon e esôfago. Porém vale ressaltar que a maioria tem diagnóstico incidental, através de uma endoscopia digestiva alta indicada por outros motivos, como hemorragia digestiva alta, plenitude pós-prandial e epigastralgia. Desta forma, o diagnóstico de certeza dos tumores mesenquimais é feito somente com estudo anátomo-patológico e imuno-histoquímica da peça cirúrgica. Os pacientes tem um excelente prognóstico depois da ressecção cirúrgica completa, sendo a taxa de recorrência praticamente nula.</p>	<p>PO 560-2</p> <p>TIMOMA TIPO A: UM RELATO DE CASO</p> <p>GABRIELA ARAUJO FABER DA SILVA, JULIANA FIGUEIREDO, HANE ESTEVES NEDIR, MILLENA BRAGANÇA DE MELLO, WAGNER SANTOS DA SILVA</p> <p><i>UNESC - COLATINA - Espirito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Timoma (TM) é o tumor de mediastino anterior mais comum em adultos, derivado apenas do epitélio tímico. Cerca de metade dos TMs são assintomáticos e de achados incidentais, mas podem mimetizar uma diversidade de doenças com sintomas compressivos ou paraneoplásicos. Como é o caso desse relato, o tipo A, segundo a classificação histológica da Organização Mundial de Saúde (OMS), é derivado de células epiteliais, o mais raro e o de melhor prognóstico. São tumores de crescimento lento e a sua ressecção cirúrgica completa é a principal terapêutica curativa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, do sexo masculino, de 67 anos, tabagista e etilista de longa data, portador de fibrilação atrial crônica, com uso de digoxina e amiodarona, foi vítima de agressão física. Foi atendido no pronto socorro da cidade local estavelmente hemodinamicamente, apenas apresentando hematomas e dor ventilatório dependente. Foi então solicitado tomografia computadorizada (TC) de tórax para descartar possíveis complicações do trauma. Assim, constatou-se formação expansiva ovalada medindo 7,5 X 6,2 cm localizada no mediastino anterior lateralizada a direita, sugerindo teratoma mediastinal e fraturas nas regiões posteriores do nono ao décimo arcos costais esquerdos. Foi realizado tratamento para o quadro alérgico e encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica para investigação da massa mediastinal. Assim, foi optado pela retirada total da lesão. Após resultado histopatológico, foi confirmado timoma tipo A. O paciente evoluiu satisfatoriamente após o procedimento cirúrgico e não houve necessidade de terapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O TM é derivado de alterações neoplásicas das células epiteliais do timo, representando cerca de 50% dos tumores do mediastino anterior, sem prevalência de gênero, e com incidência aos 50-60 anos. A grande maioria não apresenta manifestação clínica, tendo seu diagnóstico por um achado incidental em exames de imagem. Porém, pode apresentar dor torácica, dispneia, síndrome da veia cava superior ou relacionado as síndromes sistêmicas imunológicas, sendo a miastenia gravis, a mais comum. Uma parcela do TM pode ser visível na radiografia de tórax simples, mas a TC de tórax é o método de escolha para avaliação da loja tímica, por fornecer a densidade e as relações do tumor com outras estruturas intratorácicas. Sendo assim, é uma ferramenta importante para a classificação da OMS e para o estadiamento de Masaoka, pois refletem características clínicas e funcionais do tumor, sendo útil para o diagnóstico pré-operatório e para o seguimento terapêutico. O TM tipo A, possui células epiteliais de forma fusiforme ou oval, apresenta poucos ou ausência de linfócitos T na extensão do tumor, é lobulado e bem encapsulado, não é invasivo, e é o que apresenta o melhor prognóstico entre todas as classificações. Por se comportar de forma benigna, o tratamento ideal é a exérese completa da lesão, não se tornando necessário o uso de radio ou quimioterapia.</p>

<p style="text-align: center;">PO 561-1</p> <p>FISTULA DE ANASTOMOSE ESOFAGO-JEJUNAL E PLEURA DIREITA – RELATO DE CASO DE TRATAMENTO CONSERVADOR</p> <p>MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL, MAURO HENRIQUE SA ADAMI MILMAN, ALAN MOUNZER, JOAO VICTOR PEGAS HUAYLLAS, ANGELA GENOEFA RUDELL, JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO, SAMANTHA CAVALCANTE DE BRITO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE COTIA - COTIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: a gastrectomia total é um procedimento seguro no tratamento de neoplasias gástricas, mas a ocorrência de fistula na anastomose esôfago-jejunal é dramática com taxa de mortalidade de 90%. O diagnóstico precoce e o tratamento efetivo contribuem para o desfecho favorável.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de Caso: paciente do sexo feminino, 44 anos, com história de plenitude pós prandial associada à pirose há 3 anos. Vômitos com restos alimentares e perda ponderal de 10 quilos nos últimos 6 meses. Negava comorbidades, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, paciente não apresentava alterações. Endoscopia Digestiva Alta identificou lesão gástrica de 5cm, cujo exame anatomopatológico confirmou adenocarcinoma gástrico com células em anel de sinete. Estudo tomográfico não evidenciou doença metastática. Foi submetida a gastrectomia total com linfadenectomia D2. Evoluiu no 7º pós operatório (PO) com dispnéia e febre, sendo identificado derrame pleural à direita em raio-x tórax. Realizada toracocentese que confirmou empiema pleural. Após drenagem de tórax, paciente manteve débito elevado no dreno, levantando-se a suspeita de fistula esôfago-pleural. Realizado teste com azul de metileno, com saída imediata do corante pelo dreno torácico, confirmando fistula no 21º PO. A endoscopia digestiva alta realizada no 26º PO identificou orifício fistuloso (<5 mm) em parede lateral direita da anastomose esôfago-jejunal. Durante este período paciente apresentava febre diária de 39°C de difícil controle. Foi optado por tratamento conservador com antibióticos de amplo espectro, associados à dieta enteral por sonda. No 47º PO foi realizado nova endoscopia que evidenciou fechamento de fistula e iniciado dieta via oral com boa aceitação. Paciente recebeu alta hospitalar no 49º PO de gastrectomia, com pleurostomia com débito seroso em pequena quantidade. Este dispositivo foi retirado após 3 semanas. Paciente evoluiu com estenose do Y-Roux com quadro de vômitos e desnutrição. Foi submetida à laparotomia exploradora (95º PO) para lise de bridas, colecistectomia (colectíase) e anastomose do Y com segmento jejunal distal. Recebeu alta hospitalar no 7ºPO.</p> <p>DISCUSSÃO: Discussão: as fistulas pós gastrectomia total têm alta morbimortalidade e exigem medidas terapêuticas imediatas: drenagem, nutrição parenteral total e suporte clínico.</p>	<p style="text-align: center;">PO 561-3</p> <p>DIVERTICULITE COMPLICADA POR FISTULA SIGMOIDOVESICAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Lucas Oliveira Cunha, Pedro Vasques Rodrigues Cotini, Gabriel Miranda Bezerra, Amanda Karine Santos Firmo, Paulo Henrique Dias de Moraes, Moacir de Sousa Lima, Patrícia Alves Mangueira</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A diverticulose é uma patologia caracterizada por herniações da mucosa e submucosa colônica através da camada muscular. Estima-se que 20% dos pacientes afetados pela diverticulose evoluirão com diverticulite no decorrer da vida, podendo ser classificada como complicada ou não complicada. Entre as complicações, a fistula colovesical surge como sendo incomum. Portanto, o presente relato pretende rememorar a patologia objetivando simultaneamente revisar cientificamente o caso.</p> <p>RELATO DE CASO: R. C. B., sexo masculino, 69 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial, procura a Unidade de Pronto Atendimento com história prévia de ITU queixando-se de dor em abdome inferior e pelve, em pontada, de forte intensidade, sem horário específico que piora ao urinar, concomitante à lombalgia direita e esquerda, associada a pneumatúria, sem feclúria ou outros sintomas miccionais. Paciente encaminhado para internação em hospital de referência, submetido a tratamento clínico com analgesia e antibioticoterapia recebendo alta no 9º DIH com melhora do quadro. Dois meses após o ocorrido retorna ao serviço de Urgência queixando-se de piora dos sintomas, sendo conduzido para internação. Em análise laboratorial, apresentava anemia (hemoglobina de 9,6g/dL), leucocitose de 12.520/mm3, com neutrofilia de 9.766/mm3. O EAS revelou leucocitúria (17.000/ml). Realizou USG de aparelho urinário que constatou leve hidronefrose à direita, massa adjacente à esclerocar em mesma topografia, litíase vesical e área ecogênica no interior da bexiga. Solicitada RNM da pelve que diagnosticou diverticulite no cólon sigmoide proximal com alterações peridiverticulares comprometendo a porção superior esquerda da bexiga contendo pequena quantidade de gás em decorrência de possível fistula sigmoidevesical. A colonoscopia confirmou a presença de divertículos em cólon esquerdo e presença de orifício fistuloso em sigmoide. Admitido eletivamente para cirurgia, paciente submetido a correção de fistula vesicocecal, drenagem de cavidade, ureterolitotomia e reimplante uretral direito.</p> <p>DISCUSSÃO: A diverticulite surge a partir da inflamação aguda dos divertículos por diversos mecanismos. Pode manifestar-se na forma não-complicada (75% dos casos) ou ainda na forma complicada através de fistulas (2% dos casos), destas as mais comuns são as colovesicais (23 a 65% dos casos). O presente caso trata-se de uma diverticulite complicada com fistula sigmoidevesical, a abordagem etiológica e diagnóstica se mostrou fundamental no processo até o tratamento cirúrgico definitivo. Optou-se por uma abordagem conjunta multidisciplinar entre cirurgia geral e urologia, a fim de chegar-se na terapêutica adequada.</p>
<p style="text-align: center;">PO 563-3</p> <p>SINDROME DE PEUTZ JEGHERS - RELATO DE CASO</p> <p>ANDRIA PAULA GOMES PEREIRA, MANUELA THAYS SILVA FONSECA, VALÉRIA CARDOSO PINTO</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ). A SPJ é uma doença rara, autossômica dominante caracterizada por pigmentação mucocutânea com melanina e pólipos hamartomatosos em trato intestinal, possuindo risco aumentado de desenvolvimento de câncer (2-10%) do estômago ao reto. Tem incidência de 1/150.000. Os pólipos podem levar a sangramento ou obstrução intestinal por intussuscepção, sendo necessária abordagem cirúrgica para remoção.</p> <p>RELATO DE CASO: R.C.T.S., feminino, 21 anos, solteira, técnica em segurança na construção civil, natural de Corrente-PI, residente no DF há 13 anos. Paciente deu entrada no HRC-Cirurgia Geral no dia 26/05/2009 às 9:00hs com queixa de enterorragia iniciada há meia hora, de início súbito, indolor e moderada intensidade, negava associação com traumas e fezes endurecidas. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, taquicárdica (FC = 110 bpm) e PA = 90x70 mmHg. Mucosa oral, lábios e região distal do I e II quirodáctilos da mão direita e esquerda com manchas melanóticas múltiplas sem sangramento. Em revisão de sistemas: hábito intestinal com evacuações diárias e de fezes pastosas; hematoquezia indolor esporádica, achados sugestivos de SPJ. Em retossigmoidoscopia foi detectado pólipos com diâmetro de cerca de 0,2 cm há 15 cm do ânus, sem sangramento ativo. Foi realizada colonoscopia com visualização de pólipos colorretais e biópsia com diagnóstico histológico de Pólipo de Peutz-Jeghers (PPJ) com foco de displasia de alto grau em ceco com margem excisional livre e PPJ em cólon transverso e reto. Nova colonoscopia para polipectomias e biópsia com diagnóstico histológico de hamartomas em cólon transverso e pólipo hiperplásico em reto, sem evidência de displasia ou malignidade. Paciente com boa evolução e em acompanhamento regular.</p> <p>DISCUSSÃO: A SPJ foi descrita pela primeira vez em 1921 por J.L.A. Peutz. A causa da síndrome é a mutação germinativa no gene localizado no cromossomo 19, posição 19p13.3, chamado LKB1/STK11, que codifica uma proteína multifuncional serina treonina quinase (gene supressor tumoral), na maioria dos casos (70-80%). Segundo a OMS, critérios devem ser seguidos para o diagnóstico da SPJ: 1) A presença de três ou mais PPJ confirmados histologicamente; 2) Qualquer número de PPJ com história familiar de SPJ; 3) Pigmentação mucocutânea característica com história familiar de SPJ, e 4) Qualquer número de pólipos de Peutz-Jeghers e pigmentação mucocutânea característica. O diagnóstico molecular do gene pode ser agregado, apesar de ser pouco acessível. Nossa paciente apresentava além da pigmentação mucocutânea em cavidade oral e quirodáctilos, pólipos, que por biópsia, levaram a pólipos de Peutz-Jeghers. O tratamento para a SPJ pode ser feito de forma conservadora, por polipectomia ou ressecções segmentares, ou através de meios mais invasivos como a cirurgia, que é mais utilizada quando da ocorrência de obstruções, sangramentos e intussuscepção.</p>	<p style="text-align: center;">PO 564-1</p> <p>INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS POR PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO</p> <p>Humberto Gomes Tuyama, Raíssa Arcoverde Borborema Mendes, Daniel Gontijo Souza Silva, Camila de Oliveira Parreira, Mateus de Oliveira Passos, Renan Shodi Kuramoto Sado</p> <p><i>Hospital Regional da Ceilândia - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpos estranhos é um quadro comum na prática clínica, nos atendimentos de urgência. Na maioria dos casos não são necessárias intervenções cirúrgicas, porém em cerca de 1% deles os procedimentos cirúrgicos são imprescindíveis, principalmente quando a situação evolui com complicações como perfuração intestinal, peritonite, obstrução intestinal, formação de fistulas. O objetivo deste estudo é relatar a história de um paciente que ingeriu múltiplos corpos estranhos (pregos), ressaltando as condutas adotadas, e evolução do mesmo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 19 anos, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, com queixa de ter engolido prego há um dia. Referiu desconforto abdominal. Negava vômitos, hematêmese, hemoptise ou dispneia. Apresentava-se sem alterações ao exame físico com abdome inocente. Histórico de uso de diversas drogas ilícitas e depressão. Após realização de radiografia de abdome agudo, foi evidenciado inúmeros pregos em topografia de estômago e intestino. Dessa forma foi indicada laparotomia exploradora de urgência. No inventário da cavidade foi evidenciado a presença de múltiplos pregos em estômago delgado e cólon, sem perfurações ou hemorragia em órgãos alvo. Realizada incisão em estômago, ceco e sigmoide sendo retirado manualmente 115 pregos no total de diversos tamanhos. Durante realização de procedimento cirúrgico foram realizadas várias radiografias intra-operatórias até confirmação de ausência de novos corpos estranhos. Paciente evoluiu bem clinicamente em pós-operatório, sendo reintroduzida a dieta em 4º DPO. Paciente evoluiu sem demais queixas, recebendo alta hospitalar no 10º dia pós-operatório, com encaminhamento para CAPS após avaliação psiquiátrica.</p> <p>DISCUSSÃO: A ingestão de corpos estranhos está mais relacionada a faixa etária infantil, porém acomete adultos com transtornos psiquiátricos, intoxicados por álcool e presidiários. Outro grupo importante é o dos usuários de próteses dentárias. No presente estudo, o paciente é portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas substâncias, conseqüente do uso de diversas drogas ilícitas, que associado ao quadro de depressão culminaram na ingestão voluntária de corpos estranhos para tentativa de autoextermínio. Os corpos estranhos pontiagudos são os que apresentam maior risco para perfuração intestinal, o que no caso descrito, não aconteceu, apesar da grande quantidade de pregos ingerida. A maioria dos corpos estranhos é expelida espontaneamente, em torno de cinco dias após a ingestão, recomendando-se conduta expectante enquanto o doente não manifeste sintomas clínicos compatíveis com complicações, salvo nos casos de corpos pontiagudos, nos quais podem ser indicadas eventual cirurgia ou remoção por endoscopia, visando prevenir perfurações no trato digestivo.</p>

PO 564-3	PO 565-3
<p>METASTASE CERVICAL ISOLADA DE CÂNCER DE COLON</p> <p>LEONARDO MACIEL DA FONSECA, TIAGO GIAJ-LEVRA VANDALETI, JUBERT JUNIOR MAGALHAES LIMA, MAX WELLINGTON SATIRO JUSTINO, DIEGO DERLY CACERES LESSA</p> <p><i>HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO - INDAIATUBA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: •CÂNCER COLORRETAL É A TERCEIRA CAUSA MAIS COMUM DE CÂNCER NO MUNDO. METADE DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL DESENVOLVEM METÁSTASES A DISTANCIA. SUA DISSEMINAÇÃO OCORRE VIA LINFÁTICA E HEMATOGÊNICA E TEM COMO PRINCIPAIS SÍTIOS, FIGADO E PULMÕES E OUTROS LOCAIS REPORTADOS (CAVIDADE ABDOMINAL, OVÁRIOS, ADRENAL, OSSOS E CÉREBRO). METÁSTASES ATÍPICAS FORAM PUBLICADAS EM PEQUENOS RELATOS DE CASOS. ESSE ARTIGO APRESENTA UM CASO RARO DE METÁSTASE CERVICAL ISOLADA DE CÂNCER DE CÓLON. NÃO HÁ DESCRIÇÃO PARECIDA NA LITERATURA.</p> <p>RELATO DE CASO: • SETE ANOS ATRAS, PACIENTE DE 62 ANOS DE IDADE, SUBMETEU-SE A SIGMOIDECTOMIA DEVIDO UM TUMOR OBSTRUTIVO. O ESTUDO HISTOPATOLÓGICO MOSTROU UM ADENOCARCINOMA MUCINOSO ESTAGIO III. POSTERIORMENTE, FOI REALIZADO QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE COM FOLFOX. NOS 3 ÚLTIMOS ANOS, FOI EVIDENCIADO DUAS RECORRÊNCIAS LOCAIS ONDE FOI SUBMETIDO A RESSECÇÃO R0 COM POSTERIOR REGIME QUIMIOTERÁPICO COM FOLFIRI-bevacizumab. • APÓS 06 MESES DA ÚLTIMA CIRURGIA, O PACIENTE INICIOU QUEIXA DE DOR OROFARÍNGEA. EXAME FÍSICO DEMONSTROU TUMOR EM REGIÃO CERVICAL, SUBMANDIBULAR A DIREITA. PASSOU POR CERVICOTOMIA, IDENTIFICADO TUMOR IRRESSECÁVEL EM ÁREA IA BILATERAL E IB A DIREITA. O ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICO DEMONSTROU UM ADENOCARCINOMA MUCINOSO, SIMILAR AO ADENOCARCINOMA DE CÓLON, COM ALTA INSTABILIDADE MICROSATÉLITE. PACIENTE EVOLUIU A ÓBITO 03 MESES APÓS INÍCIO DE NOVO TRATAMENTO.</p> <p>DISCUSSÃO: ESSE ARTIGO DEMONSTRA UM CASO RARO DE METÁSTASE CERVICAL ISOLADA EM CÂNCER DE CÓLON, DIAGNOSTICADO APÓS OCORRÊNCIAS DE DUAS RECORRÊNCIAS LOCAIS DE TUMOR. POUCO SE SABE SOBRE A DINÂMICA DAS METÁSTASES DURANTE O CÂNCER COLORRETAL. APENAS 3,4% DOS PACIENTES TIVERAM METÁSTASES ISOLADAS DISTAS LINFÁTICAS. ESTUDOS DEMONSTRAM QUE PADRÕES ESPECÍFICOS DE METÁSTASES PODEM REFLETIR NO PADRÃO INDIVIDUAL BIOLÓGICO DO TUMOR. MUTAÇÕES NO GENE KRAS E BRAF PODEM INFERIR DIFERENTES SÍTIOS DE METÁSTASES EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL. PARA METÁSTASES DE CÂNCER COLORRETAL, A MÉDIA DE SOBREVIVÊNCIA DE 5 ANOS ACONTECE COM O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PADRÃO. O NOSSO ARTIGO DEMONSTRA UM CASO RARO DE METÁSTASE CERVICAL ISOLADA.</p>	<p>PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA DE SIGMOIDE EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF)</p> <p>Erica Brito Marques Cruz, Lucas Pacheco Vital Calazans, Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Maria Clara Cavalcante Baltar Maia, Taciana Cavalcante Valente, Julia Beatriz Porto Ferreira, Alice França Resende Bulhões</p> <p><i>Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipomatose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome hereditária autossômica dominante, que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplos pólipos adenomatosos no cólon e reto. Devido à natureza adenomatosa e a enorme quantidade de pólipos, torna-se grande a possibilidade de degeneração maligna em pacientes não tratados, em que o desenvolvimento de câncer colorretal (CCR) é esperado, surgindo em média 10 anos após o desenvolvimento dos pólipos. A maioria dos pacientes são assintomáticos, mas ocorre sangramento retal, tipicamente oculto em casos reservados. Filhos de indivíduo afetado têm risco de 50% de herdar o gene. Sua incidência é estimada de 1 a cada 5000-10000 nascidos vivos, sendo responsável por menos de 1% dos casos de câncer colorretal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 62 anos, com história de emagrecimento e diarreia com sangue há 2 anos, queixa-se de ausência de fezes e flatos há 5 dias, associado a uma distensão abdominal. Foi medicada com laxante possuindo melhora do quadro. Após duas semanas, retornou apresentando os mesmos sintomas com adição de vômitos e dor abdominal em fossa ilíaca direita, de forte intensidade, contínua, em pontada. Foi encaminhada para realização de exames laboratoriais e ultrassonografia de abdome total. No exame de imagem, foi evidenciado massa sólida heterogênea, localizada em topografia de fossa ilíaca direita. Com diagnóstico clínico de obstrução intestinal de possível origem colônica. Foi submetida à laparotomia exploradora, sendo realizada colectomia esquerda por neoplasia maligna de sigmoide (adenocarcinoma), com colostomia proximal (Cirurgia de Hartmann). Sem intercorrências, evoluiu com alta no 13º dia pós-operatório. Posteriormente realizou colonoscopia do cólon residual, sendo evidenciado polipose colônica e retal difusa. Após 6 meses do procedimento de urgência submeteu-se a novo procedimento cirúrgico: proctocolectomia total com ileostomia definitiva. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no 10º dia pós-operatório. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Relata que possui um irmão e dois filhos também com PAF.</p> <p>DISCUSSÃO: Se não tratada adequadamente, a PAF desenvolverá neoplasia colorretal. Assim, é de grande importância o aconselhamento genético e o rastreamento familiar para o diagnóstico precoce e seu adequado tratamento pela colectomia profilática, antes da formação dos pólipos e sua evolução. O tratamento é feito pela colectomia total com ileorretoanastomose ou proctocolectomia total com ileoanastomose definitiva. Devido ao paciente possuir múltiplos pólipos no reto de características malignas evidenciados pela colonoscopia, foi optado pela proctocolectomia total com ileostomia definitiva.</p>
<p>PO 566-1</p> <p>ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO PRECOZE COMO ESTRATEGIA CURATIVA</p> <p>Renata Almeida Chaebub Rodrigues, Gláucio Tasso de Carvalho Junior, Luciana Almeida Chaebub Rodrigues, Caroline Domingos Pierazzo, Daniela Arbache Paulino, Rafael Pallerosi de Figueiredo, Carlos Alfredo Salci Queiroz, Juverson Alves Terra Junior</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Adenocarcinoma gástrico (AG) é o tipo histológico mais comum (mais de 90% dos casos) de neoplasia maligna do estômago. Apesar da sua etiologia ser desconhecida, vários fatores ambientais e individuais estão associados ao aparecimento desse tipo de tumor, como a infecção pelo H. pylori, dieta rica em nitrato, que podem agir na mucosa gástrica gerando gastrite crônica atrofica (GCA) e metaplasia intestinal (MI). Assim, é importante o conhecimento dos fatores de risco e manifestações clínicas para diagnóstico e tratamento precoces.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 55 anos, natural de Ituverava-SP, previamente diagnosticado com GCA, procura Gastroenterologista com dor epigástrica e piora progressiva, associada a náuseas, sialorreia, dispepsia, emagrecimento e melena. Nega tabagismo. Hábitos alimentares ricos em nitratos, como enlatados e embutidos. Grupo sanguíneo: A positivo. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que mostrou lesão ulcerada hemorrágica. À biópsia: adenocarcinoma tipo intestinal, ulcerado, em região de corpo/antro. Foco de metaplasia intestinal incompleta de foveola. Após 2 meses, foi realizada gastrectomia subtotal com gastroenteroanastomose em "Y" de Roux laparoscópica e toailete ganglionar a D2, dissecados 21 linfonodos sem doença (T2N0M0). Tomografia computadorizada (TC) e PET-Scan de controle sem metástase. Em acompanhamento clínico semestral.</p> <p>DISCUSSÃO: O AG é a segunda maior causa de morte por câncer no mundo. Na suspeita de AG, através da anamnese e exame físico, EDA e biópsia deverão ser realizadas e as lesões avaliadas com a classificação histológica de Lauren e macroscópica de Bormann. Esta subdivide o AG em 4 tipos, conforme o aspecto da lesão. Segundo Lauren, o AG pode ser subdividido em difuso, que acomete mais indivíduos jovens, apresenta células em anel de sinete, padrão infiltrativo, apresentando pior prognóstico. E o tipo intestinal, que acomete mais homens, idosos, tendo relação com a GCA e MI. Este é mais comum e tem melhor prognóstico. A TC de abdômen e tórax, com contraste, deve ser realizada para estadiamento adequado. Com intenção curativa, executa-se ressecção da lesão com margens livres e linfadenectomia à D2. A extensão depende do local e tamanho do tumor. Quando em terço distal do estômago, é feita gastrectomia subtotal em "Y" de Roux e quando proximal, gastrectomia total e esofagojejunoanastomose em "Y" de Roux. A via laparoscópica favorece ingestão oral precoce, diminui internação e influencia na morbimortalidade. O tratamento endoscópico pode ser indicado para tumores diferenciados, sem ulceração, com grau de invasão T1a e diâmetro menor ou igual a 2 centímetros. A gastrectomia profilática pode ser recomendada em portadores de mutação genética do gene CDH1 (caderina-E), para prevenir a morte por carcinoma invasivo. O estadiamento deve ser feito pelo sistema TNM, no qual, no pós operatório, N deve avaliar no mínimo 15 linfonodos para indicar o prognóstico e guiar terapia adjuvante, na tentativa de modificar a história natural da doença.</p>	<p>PO 566-3</p> <p>LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: RELATO DE DOIS CASOS E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>PEDRO GABRIEL PEDROSO MONTES, LEO DANTAS PEREIRA, JOSIANE HARUMI CIHODA LOPES, VANESSA FORESTO MACHADO, OMAR FÉRES, JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO ROCHA, PAULO MARTINS REIS JUNIOR, MARLEY RIBEIRO FEITOSA</p> <p><i>FUNDAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS- UFT - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Lipossarcoma retroperitoneal (LR) é uma neoplasia rara, de crescimento lento e detecção tardia. Geralmente assintomático, até que atinja grandes proporções e determine sintomas obstrutivos. Pode apresentar recidiva de até 50%, dependendo do momento diagnóstico. O objetivo do presente estudo é apresentar dois casos de LR, correlacionar tipo histológico e prognóstico, além de discutir aspectos diagnósticos e terapêuticos atuais.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: mulher, 60 anos, compareceu à consulta de rotina e, ao exame físico, percebeu-se massa abdominal volumosa, endurecida, ocupando todo hemiabdomo à direita. Tomografia computadorizada mostrou massa retroperitoneal medindo 24x16x11cm com atenuação predominante de gordura, múltiplas septações e áreas com densidade tissular e calcificações, compatível com diagnóstico de LR. Submetida à laparotomia exploradora (LE) com ressecção da massa, sem necessidade de ressecção visceral associada. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de LR bem diferenciado. Recebeu alta hospitalar no 3º pós-operatório (PO) e mantém seguimento ambulatorial. Caso 2: mulher, 62 anos, encaminhada pela atenção básica com exames de imagem que evidenciaram sinais de esplenomegalia heterogênea e nódulo ecogênico entre polo inferior do rim esquerdo e baço (USG de abdome) e massa volumosa (26 x 24 x 17 cm – 5,7 cm³) de formação expansiva e sugestiva LR (RNM de abdome), além de discreto espessamento da adrenal esquerda e linfonodos no hilo renal. Apresentou, ao exame físico, massa palpável endurecida em hipocôndrio esquerdo com extensão além da linha média, indolor à palpação. Submetida à LE com ressecção da massa, havendo necessidade de nefrectomia total à esquerda associada à colectomia esquerda. O anatomopatológico confirmou diagnóstico de LR desdiferenciado. Recebeu alta hospitalar no 7º PO e mantém seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O LR é um neoplasia de comportamento clínico variado. A classificação mais atual subdivide o tumor em quatro tipos histológicos: tumores bem diferenciados, mixóides, pleomórficos e desdiferenciados. São tumores que raramente apresentam metástases à distância e a recorrência local é a principal causa de óbito. O tipo histológico influencia no prognóstico, sendo que o tipo bem diferenciado é sinal de bom prognóstico, enquanto o desdiferenciado relaciona-se com maiores taxas de recidiva, metástases e mortalidade. A cirurgia com excisão completa da lesão é o tratamento de eleição, entretanto, radio e quimioterapias complementares podem ter papel adjuvante. A partir do exposto, conclui-se que o LR é raro e o diagnóstico precoce é essencial para aumento da sobrevida, uma vez que a ressecção com margens negativas é a melhor forma de tratamento.</p>

PO 567-1	PO 568-3
<p>ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Melissa Giovanucci, Juliana Servato, Ricardo Duarte Marciano, Mateus da Silva Cândido</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é o segundo tipo mais comum de neoplasia no mundo. O adenocarcinoma gástrico corresponde por cerca de 95% dos casos e pode ser diferenciado em Intestinal e difuso. É uma afecção de etiologia multifatorial, estando alguns fatores exógenos e endógenos relacionados com esta neoplasia. O presente trabalho tem por finalidade relatar o caso de adenocarcinoma gástrico de etiologia multifatorial.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 61 anos, tabagista e etilista há 40 anos. Há 20 anos relata ter sido diagnosticado com Doença do refluxo gastroesofágico sem uso de medicação ou acompanhamento médico regular. Relata há um ano disfagia progressiva, associada à vômitos com restos alimentares e perda ponderal de 20kg. Após realização de Endoscopia digestiva alta foi constatada presença de doença ulcerosa. A conduta terapêutica foi a realização de uma gastrectomia subtotal. O resultado imuno-histoquímico da biópsia gástrica foi de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. A pesquisa de H. Pylori negativa. O nível de citorredução completa (CC) foi de CC0.</p> <p>DISCUSSÃO: A carcinogênese de estômago é um processo de múltiplos passos. Há um processo patológico progressivo: gastrite superficial, gastrite atrófica crônica, metaplasia intestinal, displasia e carcinoma. Esse processo sequencial ocorre em consequência à exposição de fatores exógenos e endógenos. A infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> é um fator importante no desenvolvimento da carcinogênese gástrica. Esta inicia o processo patológico por determinar gastrite crônica não-atrôfica, mas somente uma fração dos pacientes infectados irá desenvolver câncer gástrico. Este fato evidencia a relevância de outros fatores para o desenvolvimento dessa doença. Em relação aos fatores exógenos, a alimentação, o tabagismo e o etilismo são os principais gatilhos deste processo. Já em relação aos fatores endógenos, alterações genéticas costumam estar descritas em carcinomas gástricos. Amplificações e mutações dos genes c-ERBB2, K-RAS, c-MET e TP53 estão relacionados com ativação de oncogenes e inativação de genes supressores de tumores, resultando no desenvolvimento de carcinomas gástricos. O câncer gástrico é em estágios iniciais assintomático. Quando há sintomatologia, é inespecífica e em estágios mais avançados da doença. Este fato, contribui para um diagnóstico tardio e um pior prognóstico. O tratamento do câncer gástrico é cirúrgico, consistindo na realização de gastrectomia total, subtotal ou mucosectomia em doenças localizadas. Em casos de doença avançada, são realizados radioterapia e ciclos de quimioterapia neo-adjuvantes ou adjuvantes. O estágio TNM é um fator prognóstico e determinante das taxas de sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer gástrico. Entretanto o nível de citorredução completa (CC), é principal determinante de sobrevida. Podendo variar de CC3 a CC0, o nível de citorredução do paciente foi CC0, isto é, ausência de doença.</p>	<p>LEIOMIOMA ANORETAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Maia Costa Eloy Pimenta, Hélio Moreira Júnior, José Paulo Teixeira Moreira, Ayr Nasser, Malú Aeloany Dantas Sarmiento, Andressa Pimentel Afune, Rafael Ferreira Martins, Andressa Mariane Borba Lima</p> <p><i>Hospital das Clínicas - UFG - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os leiomiomas são tumores benignos mesenquimais monoclonais que derivam da musculatura lisa, podendo ocorrer em qualquer sítio que esteja presente. Possuem incidência de 3,8% de todos os tumores benignos de partes moles, com ausência de atipias nucleares e comportamento proliferativo lento. Sua patogenia é classificada em duas variantes: superficial e profunda. A variante profunda é dividida em: somático e retroperitoneal. O presente caso é do tipo retroperitoneal de localização anorectal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.R.C, sexo feminino, 43 anos, encaminhada ao Hospital das Clínicas de Goiânia-GO, com queixa de caroço perto do ânus. Refere que há cerca de 3 anos identificou nódulo na região anal, firme e sem sangramento. Há dor associada, sem piora com evacuação. Refere ainda hábito intestinal normal, com fezes pastosas, eventualmente endurecidas. Antecedente pessoais: laqueadura há 15 anos; nega comorbidades e uso de medicamentos. Exame físico: palpação da região glútea direita com lesão bem delimitada, fibroelástica, fixa, indolor, sem sinais flogísticos; toque retal realizado, com presença de abaulamento desde a margem anal até aproximadamente 10cm de extensão, diminuindo a luz do reto. Exames complementares: ressonância magnética de pelve demonstrando lesão expansiva, sólida e volumosa com epicentro na fossa isquioanal direita, com extensão para espaço para-retal direito; realizada biópsia da lesão, com anatomopatológico revelando lesões fusocelulares de aspecto benigno e imunohistoquímica compatível com leiomioma. Paciente foi encaminhada para cirurgia para realização de exérese de lesão. Procedimento com sucesso, sem intercorrências pós-operatórias e paciente orientada para seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Leiomiomas de origem anorectal, diferentemente dos leiomiomas uterinos, são raros na literatura. No trato gastrointestinal, o esfôgado e o reto são os locais mais prevalentes, sendo o crescimento tumoral intraluminal mais de 50% dos casos. Neste caso, pelo fato de o tumor ter seu epicentro na fossa isquioanal e crescimento extrarretal, o consideramos um leiomioma anorectal, localização rara para esse tipo de tumor representando apenas 0,1% dos casos de tumores retais. Categorizado como tipo retroperitoneal, esse acomete apenas mulheres e mais comumente no período perimenopausal, o que representa este caso. A clínica é caracterizada por um nódulo perianal, com sintomas associados, muito variados desde distúrbios intestinais a casos assintomáticos. Para o diagnóstico do leiomioma é imprescindível o anatomopatológico com imunohistoquímica compatível, pois há diagnósticos diferenciais importantes como: tumores estromais gastrointestinal, leiomiossarcomas, endometriomas, lipomas, lipossarcomas e fibrossarcomas. Tem bom prognóstico se houver ressecção completa, havendo uma taxa de 40% de recorrência e 10% de recorrer como um leiomiossarcoma se não houver extirpação do tumor ou ser maior que 5 cm. Tratamento é apenas cirúrgico.</p>
<p>PO 569-1</p> <p>LESAO DE DIEULAFOY EM BULBO DUODENAL: RELATO DE CASO</p> <p>PAULO FABRICIO STANKE, THAIS LEMOS DA COSTA DIAS, THAINA BERTO DE CASTRO, JESSICA SANTOS CORREA, HELOISA DAVANSO DE SOUZA</p> <p><i>SANTA CASA DE CAMPO GRANDE - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A lesão de Dieulafoy é uma causa rara e de difícil diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA), consiste em uma arteriola com calibre persistente que faz protrusão em um defeito da mucosa. Pode manifestar-se com sangramento gastrointestinal recorrente e ocorre em maior frequência no estômago, mas pode ocorrer em outros lugares dentro e fora do trato gastrointestinal. O caso relatado tem relevância por tratar de uma causa rara de hemorragia digestiva alta com localização incomum.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente D.W.T., 21 anos, homem, atendido no Hospital Santa Casa de Campo Grande- MS, com relato de vários episódios de hematêmese e melena, de início súbito, por quatro horas. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, palidez, tontura e síncope. Anteriormente apresentou episódios de melena com remissão espontânea e não investigado. Sem antecedentes pessoais patológicos. Ao exame físico: regular estado geral, hipocorado, desidratado, eupneico, hipotensão e taquicárdico. Abdômen plano, flácido, ruídos hidroaéreos aumentados, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal: fezes escurecidas e teste de catalase positivo. Exames laboratoriais: hemoglobina 7,4 g/dl e hematócrito 21,5%. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que detectou lesão em bulbo duodenal do tipo Dieulafoy com presença de vasos visíveis. Efetuada hemostasia com epinefrina via endoscópica, reposição volêmica vigorosa e três bolsas de concentrado de hemácias. Permaneceu internado em Unidade de Terapia Intensiva por três dias, com boa evolução clínica e estabilização hemodinâmica. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial e prescrição de Inibidor de Bomba de Prótons oito semanas.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresentado possui grande relevância, pois a lesão de Dieulafoy, embora incomum, consiste em uma importante etiologia de sangramento agudo gastrointestinal com grande capacidade de causar hemorragia maciça e recorrente. A maioria (70%) das lesões ocorre no estômago, sendo que a lesão em duodeno possui uma prevalência de 15%. A apresentação clínica mais comum é a de hematêmese com melena, como referiu o paciente do caso clínico. A lesão de Dieulafoy é mais prevalente em idosos e naqueles com comorbidades associadas. Estabilização do paciente com reposição volêmica, avaliação da necessidade de hemotransfusão e correção dos distúrbios eletrolíticos e/ou de coagulação fazem parte do manejo inicial. Na abordagem do paciente relatado foi optado pelo método endoscópico com uso de epinefrina local, que é altamente eficiente, seguro e com baixas taxas de recorrência (menor que 10%). Há diferentes métodos via endoscópica: realização de escleroterapia (injeção local de epinefrina), coagulação térmica e tratamento mecânico (bandas ou cliques hemostáticos), a escolha depende do modo de apresentação, local da lesão e experiência do endoscopista.</p>	<p>PO 569-3</p> <p>APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CANCER COLORRETAL - RELATO DE CASO</p> <p>Patrícia Freitag Ferreira, Vanessa Carla Trentim, Fernanda Buttura Broetto, Marília Morillos Mendes, Karina Correa Ebrahim, Murilo Tomiyoshi, Doryane Maria dos Reis Lima, Ivan Roberto Bonotto Orso</p> <p><i>Centro Universitário - FAG - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma de cólon configura-se como a terceira causa de morte por câncer. O diagnóstico é baseado na história clínica, caracterizada por anemia, sangramento do trato digestivo baixo, dor abdominal e perda de peso, e realização de rastreamento - colonoscopia – com a visualização e biópsia de lesões. Quando a ressecção endoscópica não é uma opção, o tratamento de escolha é cirúrgico e oferece uma sobrevida de 65% em 5 anos, sendo menor no caso de metástases. Além disso, pacientes classificados em estágios II e III (AJCC) tem indicação de tratamento adjuvante. As metástases metacrônicas do câncer de cólon sigmoide estão presentes em 50% dos pacientes, sobretudo no fígado e pulmões, com menor acometimento em baço, estômago, tireóide, parede abdominal e trato urinário superior.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 44 anos, proveniente do Pronto Atendimento em dezembro de 2018 por quadro de febre há 8 dias, Negava dor abdominal, náuseas e vômitos, alterações urinárias e de hábitos intestinais, comorbidades e uso de medicação contínua. Ao exame físico, febril (38°C), icterícia leve, abdômen pouco distendido e dor leve à palpação de hipocôndrio direito. Foram solicitados exames laboratoriais, que revelaram leucocitose com desvio à esquerda, provas de função hepática e Proteína C Reativa alteradas. A Tomografia Computadorizada (TC) apresentava coleções parenquimatosas, sugerindo abscessos hepáticos. Foi realizado antibiótico terapia e drenagem percutânea guiada por ultrassonografia desses abscessos. Os exames laboratoriais de controle apresentaram melhora discreta. Paciente manteve-se afebril após a drenagem, mas queixou-se de lesão perianal e dor local, sendo constatado abscesso perianal. Realizada nova TC, que revelou presença de fístula perianal complexa à direita, área de espessamento, com aspecto polipóide no sigmóide, linfonodos proeminentes em número regional, medindo até 5mm, de aspecto inespecífico e abscesso hepático com importante aumento de volume. Realizada colonoscopia, que revelou lesão estenosante de cólon sigmóide e pólipos sésseis de reto. No seguimento o CEA foi de 5,30 e o anatomopatológico identificou adenocarcinoma em sigmóide e polipo serrado em Reto. Em 15 de Janeiro de 2019 foi realizada retossigmoidectomia e drenagem aberta de abscesso hepático, evoluindo sem complicações. O anatomopatológico após a cirurgia revelou adenocarcinoma infiltrativo moderadamente diferenciado (grau II), sem comprometimento linfonodal (T2N0M0) e abscesso perianal crônico inespecífico. Paciente foi encaminhado a um centro especializado para acompanhamento oncológico e tratamento adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso relatado o adenocarcinoma colorretal foi encontrado em paciente jovem, na ausência de sintomas característicos. Realizado retossigmoidectomia a partir do resultado da colonoscopia e terapia adjuvante pelo estadiamento do tumor. Portanto a proposta terapêutica tem a finalidade de aumentar a sobrevida com baixa morbidade ao paciente.</p>

PO 570-1	PO 571-1
<p>NOVA TÁTICA CIRÚRGICA DO CÂNCER GÁSTRICO: RELATO DE CASO</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, João Victor Pereira Gomes, Juliane Lopes do Nascimento, Laís Rocha Brasil, Paulo Henrique Dias Moraes, Everton Pereira Dias Lopes, Lilian Pereira Lemos</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é um dos tumores do trato gastrointestinal mais frequente no Brasil. O adenocarcinoma é a variante mais comum da neoplasia gástrica, podendo ser subdividido em tipo: intestinal e difuso. A complexidade do manejo do câncer gástrico torna necessária a avaliação multidisciplinar dos pacientes com esse tumor. Diversas alternativas de tratamento têm sido empregadas, associadas com a ressecção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 70 anos, ex estilista e tabagista, com histórico de dor em abdome superior há 05 meses associado a sensação de plenitude e perda ponderal de 05 kg no período referido. Realizou Endoscopia Digestiva Alta com biópsia que revelou lesão vegetante extensa com invasão do píloro compatível com adenocarcinoma gástrico infiltrativo padrão intestinal moderadamente diferenciado. O exame Tomografia Computadorizada (TC) de abdome superior e tórax constatou formação expansiva de características neoplásicas localizado no lobo esquerdo do fígado medindo 11,4x9,3cm relacionado com a doença de base e linfonodos calcificados pré-vascular subaortica e região pré-hilar esquerda respectivamente evidenciando carcinoma gástrico estágio IV. Iniciou-se quimioterapia (QT) neoadjuvante realizando 12 sessões no total apresentando tosse com leve hemoptise no período do tratamento. Houve redução da lesão hepática na sessão 7 de QT para 4,4x2,7 cm, e desaparecimento das alterações de tórax reveladas pela TC. Assim, paciente histologicamente favorável com boa resposta QT e lesão hepática única com exame de Ressonância magnética evidenciando a mesma lesão hepática com ectasia hepatocelédoca proximal sem fator obstrutivo identificável, solicitou-se abordagem cirúrgica para tratamento definitivo. A paciente foi submetida a cirurgia de gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux associado a segmentectomia hepática esquerda. A paciente permaneceu estável com boa evolução do tratamento estabelecido e exames que revelaram ausência de neoplasia residual e resposta completa a neoadjuvância, com boa recuperação do peso e qualidade de vida. O objetivo desse trabalho é relatar os novos tratamentos cirúrgicos implantados no carcinoma gástrico a fim de atualizar sobre as novas terapias implantadas desta patologia.</p> <p>DISCUSSÃO: As evidências sugerem que o tratamento combinado é superior ao da cirurgia isolada. Apesar de o esquema ideal ainda não está estabelecido, e depende de vários fatores, em especial o tipo de ressecção cirúrgica empregada. Dessa forma, a decisão terapêutica deve ser empregada por equipe multidisciplinar, avaliando as peculiaridades do paciente como a biologia do tumor, possibilidade de doença residual, riscos e capacidade do paciente tolerar o tratamento.</p>	<p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL GIGANTE INVADINDO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO</p> <p>Carolina Belon Zago, Karoline Pascoal Ildio Peruchi, Cezar Augusto Vendas Galhardo, Camila Rodrigues Gonçalves, Gabrielli Avelar Koga, Claudia Yanina Garcia, Caroline Turino Battini, Laura Feliciano Paulo</p> <p><i>Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST), apesar de raros, dentre as neoplasias mesenquimais, são as mais comuns do trato gastrointestinal. Predominam entre a 5ª e 7ª década de vida. São mais frequentemente localizadas no estômago e intestino delgado proximal, mas podem ser encontradas em qualquer segmento do TGI. Inicialmente, a maioria dos portadores é assintomática ou com sintomas inespecíficos, pois o tumor se expande sem infiltrar os órgãos adjacentes. O tratamento padrão consiste em ressecção cirúrgica completa. O presente relato visa expor um caso clínico de tumor gigante GIST do trato gastrointestinal, tratado previamente com quimioterapia direcionada para sarcoma sinovial, tendo diagnóstico definitivo apenas após procedimento cirúrgico de resgate, devido a falha terapêutica inicialmente proposta.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 49 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor epigástrica, associado à massa palpável, negava outros sintomas. TC de abdome: volumosa lesão expansiva hipodensa de aproximadamente 22,5x12,6x18 cm de diâmetro, com realce heterogêneo pelo contraste ocupando a região mediana e direita do epigástrico. Com caráter expansivo, deslocava posteriormente a vesícula, veia porta e possuía plano de clivagem bem definido com o parênquima hepático. Biópsia hepática guiada por USG mostrou aspecto histológico de neoplasia sem determinação da histogênese, com padrão de proliferação celular atípica monomórfica, e por exclusão, as características levantaram maior possibilidade de tumor mesenquimal, devendo ser considerada também a possibilidade de sarcoma sinovial por expressão de TLE-1. Todas as investigações de tumor primário realizadas, foram negativas. O paciente após não responder à 3 linhas de quimioterapia para sarcoma sinovial/sítio 1º oculto, foi encaminhado para a avaliação cirúrgica, sendo submetido à laparotomia exploradora e ressecção de tumor retroperitoneal e órgãos contíguos. O exame macroscópico descreveu tumor abdominal com peso de 8,5 kg medindo 33x27x16cm com superfície externa bocelada, formada por massas coalescentes entre si, aderidas à segmentos do intestino delgado e omento. Anátomo-patológico: Neoplasia pouco diferenciada, epiteloide, difusamente infiltrativa em tecidos moles abdominais e segmentos intestinais representados, imuno-histoquímica compatível com GIST. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sendo iniciado quimioterapia adjuvante com Imatinibe.</p> <p>DISCUSSÃO: No relato de caso, foi descrito um tumor gigante gastrointestinal de localização gástrica e delgado proximal (local de maior prevalência), as manifestações clínicas, que foram inesperadas, surgiram pelo incômodo relacionado ao tamanho do tumor. O diagnóstico foi fundamentado no exame histo-patológico da peça cirúrgica, haja vista biópsia anterior à cirurgia não ser conclusiva para GIST. O tratamento consistiu na ressecção cirúrgica tumoral, seguida de terapia com Imatinibe buscando a remissão da doença, atualmente o padrão-ouro no tratamento oncológico de GIST.</p>
<p>PO 571-3</p> <p>MELANOMA DE CANAL ANAL</p> <p>Marício Alexandre Terra Passos, Marcio Alexandre Terra Passos, Andre Nicolas Bianchim, Andre Nicolas Bianchim, Aline Queiroz Trovão, Aline Queiroz Trovão, Nilson Chaves Júnior, Nilson Chaves Júnior, Lucineide Martins De oliveira Maia, Lucineide Martins De oliveira Maia, Fernanda Figueira Feijó, Fernanda Figueira Feijó, Thales Macedo Vieira, Thales Macedo Vieira, Wanessa Moreira De Barros, Wanessa Moreira De Barros</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma anorretal é um tumor raro, manifestando-se em menos de 2% da totalidade de melanomas. Não se sustenta a evidência de que melanoma anorretal seja mais comuns em caucasianos em relação a negros como ocorre nos melanomas de pele. 1,4,5. Apresenta erro de diagnóstico em aproximadamente 86% dos casos⁶, tem prognóstico, reservado. A cirurgia para exérese do tumor é controversa.^{4,7}</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 64 anos, com tenesmo e hematoquesia há mais de um ano. O exame retal constatou-se tumoração enegrecidas, lobuladas, estendendo-se por todo o reto e canal anal. A TC de abdome e pelve com contraste, evidenciou formação expansiva, infiltrativa em topografia do canal anal, reduzindo a amplitude de sua luz, com possível envolvimento do músculo elevador do ânus e múltiplos linfonodos proximais. TC de tórax com implantes secundários. Deste modo a exérese da lesão anal poupando musculatura esfíncteriana. Paciente evoluindo com metástase cerebral, hipertensão intracraniana e óbito 2 anos e oito meses após o procedimento cirúrgico sem sinais de obstrução intestinal ou episódios dor que não respondesse a analgésicos.</p> <p>DISCUSSÃO: A terapêutica é controversa, tendo duas correntes principais, a primeira defende ressecção local (RLA) e a segunda ressecção abdomino perineal (RAPR). Como a doença é agressiva sua sobrevida média entre 2 e 3 anos. Optamos pela conduta menos agressiva que nos parece a conduta acertada pois a mesma apresentou uma qualidade de vida satisfatória e sobrevida compatível com a pela literatura.</p>	<p>PO 572-3</p> <p>RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA ULCEROINFILTRATIVO EM COLON ASCENDENTE</p> <p>Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior, Cirênio de Almeida Barbosa, Weber Chaves Moreira</p> <p><i>UFESJ - Divinópolis - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O intestino grosso é o local com maior incidência de neoplasias primárias. Cerca de 98% dessas neoplasias são classificadas como adenocarcinomas e começam em forma de lesões in situ, os adenomas ou pólipos adenomatosos. Os principais fatores de risco para o câncer localizado no intestino grosso incluem idade superior a 60 anos, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e sedentarismo. O câncer colorretal, terceira neoplasia maligna mais frequente no mundo, geralmente é assintomático, entretanto, quando apresentam sintomas, pode se manifestar com alteração do hábito intestinal, dor abdominal, sangue oculto e alteração nas fezes. Tendo em vista os dados exibidos acima, este trabalho teve como objetivo relatar o caso de um paciente diagnosticado com adenocarcinoma ulceroinfiltrativo no cólon ascendente e utilizada como conduta a cirurgia curativa.</p> <p>RELATO DE CASO: RCO, 69 anos, masculino. Tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Paciente chega ao consultório relatando sintomas gastrointestinais há dois meses, como desconforto abdominal, discreta distensão abdominal, alteração de trânsito intestinal e sangramento nas fezes. Ademais, relatou emagrecimento de 20Kg também nos últimos dois meses. TC de abdome mostrou formação nodular sólida e expansiva de 6,1cm de diâmetro no ângulo hepático do cólon ascendente. A lesão encontrada se apresentava intimamente próxima à superfície infero-medial do lado hepático direito. Houve ainda a presença de sinais sugestivos de paniculite mesentérica, esteatose hepática e hepatomegalia. Como impressão diagnóstica, sugeriu-se processo neoplásico primário. Realizada colonoscopia e a avaliação histopatológica descreveu a lesão como tumor ulceroinfiltrativo no cólon ascendente. Conduta escolhida foi a Hemicolectomia Direita sem colostomia com Linfadenectomia Retroperitoneal. Durante cirurgia, foi notada a ausência de metástases e nódulos comprometidos macroscopicamente. Peça cirúrgica encaminhada para anátomo-patológico e teve seguintes resultados: Adenocarcinoma mucinoso, invasor, colônico com margens livres. Linfonodos e Apêndice Cecal negativos para neoplasias. A classificação histopatológica pós cirúrgica, designada pTMN (Sistema TNM), denominou o tumor como pT4 – Invasão direta que perfura peritônio visceral e invade outros segmentos do cólon através da serosa), pN0, pM0.</p> <p>DISCUSSÃO: Aproximadamente 85% dos tumores malignos do cólon são diagnosticados tardiamente e a média de idade do diagnóstico é em torno de 63 anos. A história natural do câncer de intestino propicia condições ideais para que ocorra a sua detecção precoce, devido à sua evolução a partir de lesões benignas em longos períodos, em média, 10 a 15 anos. Dado isso e aliado a alta incidência, medidas de rastreamento para que haja a identificação precoce do tumor ou da lesão precursora são essenciais para a diminuição da morbidade e mortalidade.</p>

PO 573-1	PO 574-3
<p>Gastrectomia subtotal em paciente com úlcera perfurada: relato de caso</p> <p>Peperson Pietro Cavalcante Carvalho, Evellyn Vitória Sousa de Loureiro, Hudson Fernandes Barile</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - ALTAMIRA - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica é uma das doenças mais prevalentes e custosas. No Brasil, a prevalência de úlcera em homens e mulheres é de 0,2% e 0,1%, respectivamente; a taxa de mortalidade nacional, de 3,0/100 mil habitantes; as prevalências e taxas de mortalidade aumentam com a idade, independentemente do sexo. Diante da problemática, é extremamente importante saber o quadro clínico do paciente com úlcera gástrica e suas complicações. Dentre essas, uma das mais perigosas é o quadro de abdome agudo perfurativo que pode ser ocasionado pela progressão da doença não diagnosticada e tratada precocemente. Nesse contexto, esse estudo tem por objetivo relatar o quadro clínico, tratamento e evolução de um paciente com abdome agudo perfurativo devido à presença de úlcera péptica não tratada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J. B. V., sexo masculino, 41 anos, tabagista, foi admitido na emergência do Hospital Municipal de Altamira com queixa de dor abdominal e vômitos com 2 dias de evolução. Ao exame físico estava em regular estado geral, anictérico, afebril, hipocorado, desidratado, sudoreico, dispneico, abdome distendido "em tábua", doloroso difusamente, ruídos hidroaéreos abolidos, sinais de peritonite, descompressão brusca positiva, panturilhas livres. Foram solicitados exames laboratoriais, revelando leucocitose de 14000 p/mm³; e radiografias de tórax e abdome, rotina radiológica de abdome agudo, que evidenciaram presença de pneumoperitônio, sinal de Rigler e nível hidroaéreo. Devido ao resultado dos exames, a conduta tomada foi a realização de laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi visualizada grande quantidade de secreção entérica e identificada úlcera gástrica pré-pilórica perfurada. Realizou-se drenagem do abscesso intracavitário, gastrectomia subtotal, reconstrução segundo a técnica de Billroth I, lavagem exaustiva da cavidade, drenagem cavitária e fechamento por planos. Deixado sonda nasointestinal (SNE) de Dubhoff transtanstomótica. Foi iniciada dieta enteral no terceiro dia do pós-operatório (DPO), e o paciente evoluiu com melhora clínica. A progressão para a dieta oral assistida aconteceu no dia seguinte. No quinto DPO foi retirada SNE e iniciada tração do dreno abdominal. Recebeu alta hospitalar no sexto DPO, após a retirada do dreno, com orientações gerais, aceitando dieta e sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: A gastrectomia subtotal, conduta de rara ocorrência, foi escolhida no caso descrito devido à lesão extensa na região pilórica. Evitamos a gastrorráfia devido à gravidade do caso e pelo risco de fístula gástrica pós-operatória. Foi escolhida a técnica Billroth I devido à área acometida pela lesão, ao invés de Billroth II, técnica indicada na maioria das literaturas. Por fim, a passagem da SNE além da segunda porção duodenal foi decisiva para a evolução clínica do paciente, pois foi possível iniciar a dieta precocemente, melhorando o quadro geral e resultando no sucesso terapêutico adotado.</p>	<p>RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE CECAL</p> <p>MARILIA LOUREIRO GOIS CAVALCANTE, BRAULIO VICTOR BRANDAO LADEIA, FERNANDO TORRES VASQUES, MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA, MARIA FERNANDA BRUM RIBEIRO, RENATO CATARINO PESSOA VIEIRA LIMA</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI - ITAPEVI - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma do apêndice cecal é uma neoplasia rara, representando cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais. Mais prevalente no sexo masculino na proporção de 5:2; incidindo principalmente entre a sexta e sétima décadas de vida. Frequentemente manifesta-se como uma apendicite aguda (70% casos), outras vezes cresce insidiosamente até atingir grandes dimensões, manifestando-se como um tumor abdominal de origem desconhecida; podendo invadir estruturas adjacentes como a bexiga, ovários, cólon ou parede abdominal, e simular tumor primário de outro sítio. O diagnóstico pré-operatório do adenocarcinoma de apêndice é difícil devido a inespecificidade dos sinais e sintomas. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome podem auxiliar, visualizando o tumor em topografia apendicular. Tendo como tratamento de escolha hemicolectomia direita e diagnóstico definitivo por meio do anatomopatológico.</p> <p>RELATO DE CASO: SATS, 72 anos, com história de dor abdominal em cólica há 2 meses, sem perda ponderal ou outros fatores associados. Ao exame físico, massa em fossa ilíaca direita (FID), móvel, indolor a descompressão brusca. Procurou ginecologista que solicitou tomografia de abdome e detectou tumoração em fossa ilíaca direita medindo 8 x 6 cm, encaminhando-a a equipe de cirurgia geral. Submetida a ileotiflectomia, tendo anatomopatológico com resultado de adenocarcinoma apendicular bem diferenciado com comprometimento de submucosa, margens livres. Demais segmentos sem comprometimento tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores do apêndice cecal são entidades clínicas raras, sendo representados por três tipos histológicos distintos, o benigno (16% casos), o maligno (27% casos) e o carcinóide (57% casos). Dentre os malignos o adenocarcinoma é o mais frequente e pode ser subdividido em colônico (tipo entérico), mucinoso (cistoadenocarcinoma mucinoso) e linites plástica. Apresenta-se na maioria dos casos como apendicite aguda e em menor frequência como tumoração no quadrante inferior direito, podendo invadir órgão adjacentes, simulando tumor primário de outro sítio. O diagnóstico pré-operatório é difícil devido a inespecificidade dos sinais e sintomas. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome podem auxiliar, visualizando o tumor em topografia apendicular. O tratamento de escolha do adenocarcinoma do apêndice é cirúrgico e quando diagnosticado no exame anatomopatológico de uma apendicectomia devem ser submetidos a uma hemicolectomia direita num segundo tempo, independente do tamanho da lesão.</p>
<p>PO 575-3</p> <p>EXERESE DE CISTO DERMOIDE PRE-SACRAL PELA ABORDAGEM DE KRASKE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Geraldo Santana Xavier Nunes Neto, Naiza Murielly Pereira Borges, Guilherme Nassif Corrêa, Vitória Maritzzi Costa Mendonça, Yago José Fagundes Freitas, Melissa Martins Gontijo Aires, Mariana Evaristo Leite, Leonel Reis Lousa</p> <p><i>UnEVANGÉLICA - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O que motiva o caso é a dificuldade imposta ao cirurgião para tratá-lo e sua raridade, pois a maioria dos tumores que acometem a região pré-sacral são de outros tipos, notadamente cistos epidérmicos. A porção pré-sacral é delimitada pelos músculos occígeos e elevador do ânus; pela reflexão pélvica peritoneal, ao nível de S2-S3; pelos ligamentos laterais do reto, ureteres e vasos hipogástricos; pelo reto e sua fâscia; e pelo o sacro, cóccix e a fâscia reto-sacral de Waldeyer. Cistos dermóides, em geral, são congênitos, benignos, mais comuns em mulheres, sensíveis ao toque retal e detectáveis por outras vias. Inobstante, podem evoluir para o tipo maligno ou mesmo revelar-se crônico, fundamental a sua completa ressecção, após eleita a abordagem cirúrgica que melhor atenda as características do cisto.</p> <p>RELATO DE CASO: A paciente P. A. de O., nascida aos 24/11/1989, foi submetida a laparotomia exploradora, aos 07/07/2016. Encontrou-se massa no ovário direito, de 4cm, e outra no ovário esquerdo, de 1cm. O ovário direito foi ressecado e o esquerdo sofreu a ressecção parcial, onde posteriormente foi diagnosticado um granuloma cístico. A paciente relatava dor no baixo ventre, obstipação intestinal crônica de até 4 dias, distensão abdominal e fezes endurecidas com sangue vivo. A ginecologista solicitou um ultrassom de abdome, que revelou a referida massa e indicou a laparotomia exploradora. No segmento, um cisto complexo foi encontrado no ovário esquerdo após ultrassonografia, com diagnóstico de uma formação ovalada cística pré-sacral, de 2,8cm x 3,4cm e tumoração pré-sacral, de 5cm, após colonoscopia até o íleo terminal, com o abaullamento na parede posterior do reto como o único achado. Aos 27/11/2018 a paciente foi submetida à cirurgia de acesso posterior, após a qual apresentou uma boa evolução pós-operatória, sem lesões ou intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos pré-sacrais são classificados em epidérmicos (epitélio escamoso estratificado com queratina e sem apêndices cutâneos), dermóides (epitélio escamoso e com apêndices cutâneos), mucossecretores (epitélio colunar e de origem endodérmica) e os teratomas (tem no mínimo 2, dos 3 folhetos embrionários, com a possibilidade ainda de apresentarem pelos, ossos e dentes). A principal complicação é a infecção (30% a 50% dos casos), com a formação de abscessos e fístulas. Mais da metade é congênito e a maioria é benigno, podendo degenerar para a malignidade (10%). Costumam ser assintomáticos. Em 97% é diagnosticado com a palpação ao toque retal, mas também pela ressonância magnética, tomografia computadorizada e colonoscopia. O tratamento de eleição é a ressecção integral do cisto, ainda que assintomático, para evitar a degeneração maligna do cisto e impedir sua intercorrência. Para cistos distais a abordagem de Kraske é a mais indicada. O caso confirma que a operação de Kraske é a mais adequada para a exérese de cistos distais pré-sacrais, pela segurança com a qual o procedimento é realizado.</p>	<p>PO 576-1</p> <p>HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E O USO ABUSIVO DE CAFEINA E ESTEROIDES ANABOLIZANTES</p> <p>Analice Alves Simões, Gabriela Alves Martins, Wendel dos Santos Furtado</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - HRAN - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Esteróides anabólicos androgênicos são substâncias sintéticas derivadas da testosterona que promovem ganho de massa muscular. Foram popularizados por usuários em busca de melhor performance esportiva e padrão físico. Seu uso costuma estar associado a um perfil de pacientes relutantes em revelar seu histórico de abuso de substâncias. A maioria dos dados sobre os efeitos a longo prazo dos anabolizantes em humanos vem de relatos de casos, em vez de estudos epidemiológicos formais, o que dificulta o entendimento sobre os mecanismos de ação dessas drogas. Entre os eventos adversos graves, encontram-se a falência hepática, distúrbios da coagulação e de doença ulcerosa péptica. Esta última pode ser ainda mais comum quando há consumo concomitante de cafeína e anti-inflamatórios não esteróides, pelo aumento das secreções gástricas ácidas e diminuição do muco protetor.</p> <p>RELATO DE CASO: WCS, masculino, 37 anos, previamente hígido, com histórico de uso abusivo de cafeína e esteróides anabolizantes - semanalmente, injetáveis e orais, dentre eles a Metandrostenolona - há 20 anos. Foi admitido no pronto-socorro do HRAN no dia 28/01/2019, com quadro de dor abdominal em baixo ventre, de moderada intensidade, há três semanas. Após fazer uso de diclofenaco sódico 50 mg, há um dia, evoluiu com náuseas e vômitos com conteúdo alimentar e sanguinolento, totalizando seis episódios de hematêmese volumosa, com presença de coágulos. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) 7 horas após admissão, que revelou: mucosa esofágica do terço distal enantematosa e erosões lineares na linha Z. Mucosa do fundo, corpo e antrum gástrico apresentando enantema difuso e ao menos três lesões ulceradas, duas com edema de bordos e fundo coberto por fibrina. Outra maior, profunda, de bordos enantemáticos e coágulos aderidos ao fundo. Presença de coágulo livre em duodeno. Achados compatíveis com Esofagite Erosiva e Hemorrágica - Grau A de Los Angeles e Úlceras gástricas - Sakita A2 - Forrest IIb. Exames laboratoriais da admissão apresentaram as seguintes alterações: elevação da bilirrubina total (1,11), de sua fração direta (0,29) e indireta (0,82), hiponatremia (132), elevação de CPK (680) e de Ureia (60). Paciente permaneceu em dieta zero durante as primeiras 24 horas, com hidratação venosa e aporte calórico. Foram realizadas medidas de proteção gástrica com Pantoprazol 80 mg/dia durante internação e, após três dias assintomático, recebeu alta hospitalar com mesmo tratamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O paciente em questão apresenta dois fatores principais que podem estar relacionados com os focos hemorrágicos encontrados na EDA: uso crônico e abusivo de anabolizantes e cafeína. Apesar dos mecanismos patogênicos que explicam essa relação de risco ainda não estarem bem esclarecidos pela literatura, a hipercalemia crônica parece ter papel importante no desenvolvimento de disfunção em múltiplos órgãos e poderia ser o fator desencadeante de episódios de hematêmese em usuários de anabolizantes.</p>

PO 577-1	PO 577-3
<p>TUMOR DE KRUKENBERG : UM RELATO DE CASO</p> <p>Rai Montanholi Bueno, Ana Carolina Thomaselli Fuck, Matheus Augusto Dalmolin, Rebecca Dias Zaia, Suelen Monic Oliveira Primon, Leonardo Dolphine Arnoni, Guilherme Munhoz Lopes, Andre Ribeiro Nascimento</p> <p><i>Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor de Krukenberg (TK) é um adenocarcinoma ovariano metastático. O sítio primário geralmente é gastrointestinal, principalmente gástrico. É responsável por 1-2% dos tumores do ovário sendo bilateral em cerca de 80% dos casos. A motivação em relatar tal patologia foi a raridade da doença e seu difícil diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: L.L Feminino, 52 anos, em seguimento terapêutico de câncer de mama, vem ao serviço apresentando extensa massa abdominal e anemia severa. Ultrassom trazido pela paciente evidenciou massa cística em região pélvica. Foi realizada laparotomia mediana exploradora, com gastrectomia parcial, aneextomia bilateral e jejunosomia a Witzel. Durante o ato operatório diagnosticou-se lesão tumoral em ambos ovários, extensa neoplasia de antro gástrico e ascite moderada. O anatomopatológico mostrou adenocarcinoma infiltrativo em parênquima ovariano bilateral, de padrão misto (mucinoso, tubular e papilar) moderadamente diferenciado, com infiltração em capilares de tuba uterina. O estadiamento foi pT3pN3pM1 e o conjunto dos achados histomorfológicos foi consistente com metástase de adenocarcinoma gástrico. No 16º dia do pós-operatório a paciente apresentou quadro de peritonite sugestivo de fistula pancreática com necrose de gordura do mesocólon e omento maior, necessitando de nova abordagem cirúrgica. O contexto foi compatível com diagnóstico de TK e o plano terapêutico segue em tratamento paliativo.</p> <p>DISCUSSÃO: TK é uma neoplasia ovariana metastática de natureza sólida ou cística, com infiltração difusa de células mucinosas. A lesão primária do tumor tem frequentemente origem gástrica, porém pode ser encontrada em apêndice, trato biliar, mama, cólon e reto. O quadro clínico pode se apresentar por dor pélvica com irregularidade menstrual, dor abdominal, sintomas gastrointestinais inespecíficos ou, até mesmo, assintomáticos. Em cerca de 30% dos casos os sintomas não são característicos. O diagnóstico da doença em questão requer aspectos morfológicos como envolvimento estromal, células neoplásicas em anel de sinete produtoras de mucina e proliferação estromal sarcomatosa de ovário. A dificuldade de diagnóstico do TK se deve ao fato de ser confundido com tumor ovariano de origem primária. No presente caso, o diagnóstico só foi possível devido à inspeção da cavidade abdominal durante a abordagem cirúrgica da massa pélvica evidenciada pelo exame físico e de imagem. A base terapêutica da doença consiste na ressecção cirúrgica da lesão associada a terapia adjuvante quimio e radioterápica. Diante das informações, o caso relatado incita a necessidade de uma discussão otimizada da ocorrência de TK. Apesar dos avanços nos estudos sobre o melhor tratamento a ser empregado, não existe na literatura um consenso, e ainda não há um tratamento considerado ideal. O prognóstico da doença é desanimador e os pacientes podem se beneficiar da metastectomia ovariana. A identificação do tumor primário é crucial para designar um tratamento efetivo para esse grupo de pacientes.</p>	<p>DIVERTICULITE DE COLON DIREITO: UM RELATO DE CASO</p> <p>MARIA LIBORIO PEREIRA LEITE, VITOR MARQUES TAVARES, IZADORA LORENA FERREIRA REIS, LUCAS DOMINGOS RODRIGUES CUNHA, RICARDO TONIM TOTOLI, GUSTAVO ALVES SERRALHA, GLENIO FERNANDES MORAES</p> <p><i>UFMT - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A diverticulite aguda representa a complicação mais comum da doença diverticular dos cólons, acometendo cerca de 10 a 25% dos casos. Pode ocorrer em qualquer segmento cólico; todavia, o sigmoide é a região acometida em cerca de 80% dos casos. A diverticulite de cólon direito tem etiopatogenia semelhante a diverticulite sigmoideana, sendo mais frequente na população asiática, a partir dos 40 anos. Nos países ocidentais traduz-se mais frequentemente por um divertículo único, verdadeiro, localizado no ceco.</p> <p>RELATO DE CASO: A.N.S., 36 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Uberaba-MG. Procurou pronto atendimento com história de dor abdominal em quadrante inferior direito há 3 anos, com piora significativa há 3 dias. Relatava que a dor era de aspecto intermitente, com posterior evolução para contínua, com piora após à alimentação e deambulação. O exame físico revelou dor à palpação de FID, com sinais de peritonite local. Contagem de leucócitos de 13.000 e 5% de bastonetes. Trazia consigo uma Tomografia de abdome que evidenciava doença diverticular pan-colônica, sem complicações. Optado pela realização de uma nova Tomografia abdominal contrastada, que evidenciou doença diverticular difusa, do ceco ao sigmoide, presença de espessamento da parede e edema da gordura pericecal, compatível com diverticulite Hinchey I. Optado pelo tratamento clínico com antibioterapia e suporte, com boa evolução clínica, com posterior seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A diverticulite do ceco e cólon ascendente representa cerca de 1,5% dos casos, sendo causa de 0,2% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados por abdome agudo. O paciente típico é do sexo masculino, a partir da quarta década de vida. O quadro clínico caracteriza-se geralmente pelos sintomas e sinais clássicos da apendicite aguda, contudo, as náuseas e vômitos tendem a ser menos frequentes, e em 50% dos casos, a dor abdominal tem mais de 2 dias de evolução. Em virtude da apresentação semelhante à apendicite aguda, o diagnóstico pré-operatório é muito difícil. Deve ser suscitado em pacientes jovens, com ancestrais asiáticos, apresentando dor abdominal há mais de 2 dias e sem náuseas/vômitos, sendo estes, apendicetomizados ou com algum exame de imagem ou endoscópico, com diagnóstico da doença diverticular no cólon direito ou ceco. A tomografia computadorizada de abdome representa o principal exame complementar, que pode permitir o diagnóstico diferencial da dor abdominal. Se o diagnóstico conclusivo da diverticulite cecal / cólon direito for obtido antes da realização da cirurgia, o tratamento conservador com antibióticos de amplo espectro pode ser apropriado. Nos casos de indefinição diagnóstica, ou evolução desfavorável ao tratamento clínico, a colectomia direita é a técnica mais apropriada, com bons resultados.</p>
<p>PO 578-3</p> <p>ESFINCTEROPLASTIA EM PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO</p> <p>Karina Mayara Miranda Estrela de Andrade, Áurea Mota Santana, Rodrigo Adriano De Félippes, Douglas Matheus Correia Silveira, Carla Taisi Aragão Bronzoni</p> <p><i>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>TÍTULO: ESFINCTEROPLASTIA EM PACIENTE VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO</p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões traumáticas no esfíncter anal podem ter consequências importantes como dor e incontinência fecal grave, sendo o trauma automobilístico uma causa rara nas lesões esfíncterianas. Por isso, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de trauma anorretal com esfíncteroplastia e correlacioná-lo com a literatura médica, tendo sido usado como tipo de estudo o relato de caso. Como material de estudo, o método foi a revisão de literatura médica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 18 anos de idade, vítima de acidente automobilístico com trauma perfuro-contuso em região perineal, resultando em lesão de musculatura pararectal à esquerda, além de gás em canal medular. Sem demais alterações em cavidade abdominal. Realizada retossigmoidoscopia intraoperatória, não evidenciando lesão de mucosa retal. Achados cirúrgicos: ferimento contuso perineal tunelizante pôsterolateral esquerdo com laceração do esfíncter anal externo e do músculo elevador do ânus, além de perda de tecido adiposo e muscular da região perineal. Conduta cirúrgica: Aproximação de bordos seccionados do músculo elevador do ânus e esfíncteroplastia por do esfíncter anal externo. Evolução favorável no pós-operatório tardio com retossigmoidoscopia normal.</p> <p>DISCUSSÃO: O conhecimento da anatomia anorretal pelo cirurgião do trauma é importante para a resolução imediata destes casos. Após o atendimento inicial do trauma, deve ser indicado o reparo primário com menos de 6 horas. Diversos autores consideram a possibilidade, em lesão extensa que acometa todo o esfíncter anal, a realização de colostomia derivativa e reparo imediato da lesão, e nas lesões parciais o tratamento mais simples, apenas com cuidados locais. O não reparo imediato dos esfíncteres pode levar ao aumento de complicações futuras como a incontinência fecal. A confecção da colostomia deve ser reservada para casos selecionados. O tempo da entrada no pronto-socorro, abordagem inicial do trauma, com terapêutica cirúrgica foram essenciais para a recuperação favorável. Quando possível o reparo primário deve ser realizado sem a necessidade de colostomia, gerando menor comorbidade para o paciente com bons resultados. Dessa forma, o trauma anorretal associado com lesão esfíncteriana deve ser de resolução cirúrgica imediata para uma boa evolução sem a necessidade de derivação intestinal.</p>	<p>PO 579-3</p> <p>ADENOCARCINOMA VILOTUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO E CARCINOMA DE CELULAS RENAI CLARAS: RELATO DE CASO</p> <p>Eduardo Capuano Nery, Ana Michelly Santos Lucena, Bruna Nanda Queiroz Macedo, Leonardo Vaz Barros, Lucas Emanuel Soares Silva, Jorge Soares Lyra</p> <p><i>Universidade Federal do Maranhão - Imperatriz - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal acomete o segmento distal do reto e sigmoide, seguidos pelo ceco, cólon ascendente e transversos. Os adenocarcinomas representam a maioria dos tumores colorretais. Os sintomas iniciais dependem do tipo de tumor e sua localização, sendo comuns diarreia, síndrome dispéptica, obstipação intestinal progressiva e melena. Por outro lado, o carcinoma de células claras constitui a variante mais comum de carcinoma renal, estabelecendo-se como uma lesão sólida, amarelada, com graus variáveis de necrose, hemorragia e degeneração cística internas. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de adenocarcinoma retal concomitante a um carcinoma renal de células claras.</p> <p>RELATO DE CASO: J.O., masculino, 60 anos, branco, procedente de Imperatriz-MA, previamente diagnosticado com câncer de intestino, procurou atendimento médico referindo epigastralgia e diarreia, sem outros sintomas. Possui hipertensão arterial sistêmica em controle regular, diabetes mellitus insulino-dependente e depressão. Realizada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou cisto simples no rim esquerdo (Bosniak 1) e espessamento parietal irregular no reto alto, com início a cerca de 12cm da borda anal, com extensão longitudinal de aproximadamente 4,5cm, melhor caracterizado no estudo de ressonância magnética realizado na mesma data, sugestivo de lesão de natureza neoplásica. Além disso, observou-se no estudo, afilamento da luz do segmento do reto acima descrito e consequentemente maior acúmulo do conteúdo fecalóide a montante. Demais aspectos do exame permanecem inalterados em relação ao exame prévio. Foi realizada retossigmoidectomia laparoscópica com nefrectomia parcial e transversoestomia protetora em ângulo esplênico. O procedimento durou 8 horas, sem hemotransfusões intraoperatórias e sem intercorrências clínicas. Exame histopatológico evidenciou, no reto, adenocarcinoma vilotubular moderadamente diferenciado, de caráter metastático em 8 de 24 linfonodos analisados, estadiamento pT3pN2b e, no rim esquerdo, carcinoma de células renais claras papilífero, limitado ao rim e estadiamento pT1a pNx. Paciente apresentou boa evolução clínica, tendo alta no 5º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem do paciente suspeito de recidiva de câncer de intestino pela via laparoscópica, quando bem executada tecnicamente, mostrou-se uma alternativa terapêutica promissora. Operações laparoscópicas potencialmente curativas para tumores do trato gastrointestinal tornaram-se a via de acesso preferencial, possibilitando a tomada de medidas invasivas reduzindo o dano local e sistêmico, além de permitir melhor visualização e busca ativa de lesões peroperatórias. A importância da exploração do tratamento laparoscópico soma-se às necessidades de múltiplas reoperações em pacientes diagnosticados com síndromes familiares e/ou carcinomas de estágio avançado, com necessidade de ressecções extensas e hemostaticamente seguras.</p>

PO 580-1	PO 580-3
<p>VOLVO GÁSTRICO AGUDO: UM RELATO DE CASO</p> <p>VICTOR LIRA DE OLIVEIRA, DIEGO HENRIQUE CAVALCANTE SANTOS, VANESSA LIRA DE OLIVEIRA, KELWIN MADSON DA SILVA, THAIS DA COSTA PINTO RODRIGUES, FELIPE AUGUSTO CHAVES MACHADO, ADOLPHO DE BARROS E SILVA DE OLIVEIRA, NATALIA SOUZA CANDIDO</p> <p><i>IMP - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O volvo gástrico é uma causa rara de obstrução intestinal alta, em que ocorre rotação do estômago superior a 180°. Contando com 1/3 dos casos agudos em adultos, sua incidência aumenta após os 50 anos, com mortalidade entre 30 a 50%.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente V.P.D.S., sexo feminino, 46 anos, com dor epigástrica forte e súbita nas 36 horas admissionais, associada a vômitos não-biliosos sem relação alimentar e parada na eliminação de flatos e fezes. Apresentava-se desidratada, taquicárdica e taquipnéica com abaulamento epigástrico, não depressível e doloroso à descompressão. Apêndicectomizada há 25 anos, é também portadora de escoliose e Central Core Disease. O RX abdominal revelou distensão gástrica sendo tentada, sem sucesso, passagem de Sonda Nasogástrica (SNG). Nesse contexto clínico foi indicada laparotomia exploradora, durante a qual verificou-se intensa distensão gástrica por sua rotação no eixo mesentérico-axial, com cianose de corpo proximal e necrose transmural fúndica. Após correção do volvo, houve melhora do aspecto cianótico, persistindo necrose de fundo gástrico que foi ressecada, preservando-se a junção esofagogástrica, seguida de gastrectomia com gastropexia anterior. A paciente foi encaminhada à UTI, recebendo alta no 4º dia.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo gástrico é uma emergência cirúrgica rara marcada por obstrução gastrointestinal alta, cuja manifestação aguda é a mais incomum, e dela decorrem isquemia, necrose e perfuração. Etiologicamente há as formas: primária (25%), resultado de frouxidão ligamentar gástrica; e secundária (75%), oriunda de variações adquiridas na anatomia ou função do órgão. A rotação gástrica pode ser: organoaxial, 60% dos casos, quando é em torno de uma linha reta imaginária traçada do piloro ao cárdia; ou mesenteroaxial, nosso caso, representando 30% na literatura, sendo esse um giro sobre um eixo entre a grande curvatura e o hilo hepático. Existe, ainda, o tipo misto – coexistência das duas formas. O diagnóstico inicia-se com a identificação da tríade de Borchart, em 70% dos casos (dor e distensão gástrica aguda, vômitos e incapacidade de progressão da SNG), seguida de rotina imagenológica de abdome agudo composta por raio X de tórax/abdome (com distensão/nível líquido intragástrico; pneumoperitônio, se perfuração) e/ou tomografia. O padrão-ouro diagnóstico é o estudo fluoroscópico do tubo digestivo com contraste. Nos quadros agudos, o tratamento conservador é de exceção, ficando reservado àqueles sem bom status clínico e com volvo mesentérico-axial. O tratamento endoscópico é de caráter temporário. A incapacidade de introdução da SNG é uma indicação clássica de cirurgia de urgência, sendo esse o tratamento de escolha, com distorção do volvo, reparação de fatores predisponentes e gastropexia anterior. Gastrectomia total ou subtotal pode ser realizada quando há segmentos inviáveis.</p>	<p>Relato de Caso: Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada</p> <p>Lorrane Michelli Teixeira, Júlia Silva Contaífer, Sebastião Dutra de Moraes Júnior, Pedro Henrique Alves de Moraes, João Batista de Sousa, Oswaldo de Moraes Filho, Antônio Carlos Nóbrega Santos, Jéssica Danielle Oliveira Silva</p> <p><i>UnB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) representa um distúrbio autossômico dominante, causado por mutação no gene adenomatous polyposis coli (APC), um supressor tumoral localizado no braço longo do cromossomo 5. Ocorre o surgimento de centenas e até milhares de pólipos adenomatosos em cólon e reto, com altas taxas de evolução para carcinoma colorretal [1,2]. Sua forma atenuada é caracterizada pela presença de menos de 100 pólipos intestinais, além de apresentar sintomatologia de forma mais tardia e menor taxa anual de malignização [2,4,5]. Dessa forma, o screening é feito mais tardiamente do que o habitual para PAF (por volta dos 20-25 anos), sendo realizado por meio da colonoscopia, já que possui uma predileção das lesões pelo cólon direito, sendo o reto poupado das lesões na maioria dos casos [2,3,4,5].</p> <p>RELATO DE CASO: C.R.S., 60 anos, aposentado, queixava-se, há 1 ano, de hematoquezia, perda ponderal de 5 kg em 6 meses e dor moderada em andar inferior do abdome, do tipo cólica, iniciada após esforço evacuatório, diária, com duração de 20 min, com melhora à posição sentada, sem fatores de piora. Procurou atendimento médico, sendo solicitado colonoscopia, que demonstrou a presença de múltiplos pólipos, sobretudo em região de sigmoide (2 pólipos sésseis de 8 mm e 3 mm no ceco, 3 pólipos pediculados de 1 cm, 1,5 cm e 2 cm no ângulo hepático, 4 pólipos pediculados em torno de 1 cm no cólon transverso, 1 pólio pediculado de 1 cm e outro sésseis de 4 mm no cólon descendente, 3 pólipos pediculados de 2,5 cm, 3,5 cm e 1 cm, além de pólio sésseis de 3 mm, todos no sigmoide). Relato irrmã com diagnóstico de PAF aos 65 anos de idade. Foi diagnosticado com polipose intestinal atenuada, sendo submetido a colectomia total com ileorreto anastomose primária termino-terminal, com boa evolução clínica após o procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: O quadro clínico apresentado por este paciente é congruente com o diagnóstico de PAFA, pois possui fenótipo com menos de 100 pólipos colorretais. A PAFA geralmente se manifesta 10-20 anos mais tarde que a PAF, na qual os pólipos costumam aparecer na segunda ou terceira década de vida [3,5], sendo que este paciente apresentou aos 60 anos. Não houve manifestações extra-intestinais, as quais como esperado, são menos frequentes nesta doença [6]. Na maioria dos casos, a PAFA é encontrada como caso isolado, podendo raramente ser encontrada em mais de um membro da mesma família, assumindo assim um padrão diferente de herança [4]. O diagnóstico é feito pela colonoscopia, pois a maioria das lesões da PAFA se localizam em cólon proximal [2,4,5]. A abordagem cirúrgica imediata deve ser realizada quando a polipectomia colonoscópica não é possível [2,3,4]. A colectomia subtotal, quando o reto é poupado por pólipos, com anastomose ileorretal é o tratamento de escolha [2,3,4]. Para o paciente deste caso foi optado por realizar colectomia total com ileo- reto anastomose.</p>
<p>PO 582-1</p> <p>PERFURAÇÃO DE ULCERA PEPTICA POR USO DE AINES EM UMA PACIENTE DE 22 ANOS DE IDADE</p> <p>Karina Mayara Miranda Estrela de Andrade, Áurea Mota Santana, Rodrigo Adriano De Felippes, Douglas Matheus Correia Silveira, Carla Taisi Aragão Bronzoni</p> <p><i>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica (DUP) afeta 4 milhões de pessoas por ano, sendo uma de suas complicações mais temidas a perfuração, que acomete entre 2 e 14% dos pacientes e cuja mortalidade está entre 1,3 e 20%. Dentre as etiologias, destacam-se a infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> e o uso prolongado de AINEs. Pela sua gravidade, a perfuração por DUP tem de ser um dos diagnósticos diferenciais principais ao abordar um paciente com abdome agudo.</p> <p>RELATO DE CASO: N.A.O.M., 22 anos, comparece ao pronto-socorro do Hospital da Asa Norte - DF no dia 15/05/18 relatando que, há 1 semana, iniciou dor torácica, que cedia com ou sem uso de analgésicos. Durante atendimento, foi solicitada radiografia de tórax. No mesmo dia, a dor subitamente se tornou difusa pelo abdome. Permaneceu a semana com dor abdominal, que melhorava com algumas posições de decúbito. Há 2 dias da internação, houve intensificação importante da dor abdominal, procurando assistência, sendo solicitados exames laboratoriais, os quais se mostraram normais, tendo alta. Há 1 dia, com a persistência do quadro, procurou novamente serviço médico. Chegou ao PS de Cirurgia Geral em grave estado geral, consciente, com fâscias de dor, tensão aumentada à palpação abdominal, com beta-HCG negativo e com USG de abdome total evidenciando endométrio espessado e líquido livre na cavidade pélvica. Negava comorbidades ou alergias. Foi encaminhada para a equipe de Ginecologia, que indicou e iniciou laparotomia exploradora. Porém, a equipe da cirurgia geral foi acionada no intra-operatório sob suspeita de patologia não ginecológica. Ao inventário da cavidade, notou-se pequena quantidade de líquido livre em cavidade abdominal, seroso a perfuração gástrica de aproximadamente 1 cm de diâmetro, em parede anterior de corpo gástrico, com saída de grande quantidade de secreção gástrica. Foi procedido exérese da borda de toda a extensão da úlcera para análise anatomopatológica e rafia primária da perfuração. Como antecedentes, há 1 ano, iniciou cefaleia temporal, pulsátil, que cedia com analgésicos comuns, os quais utilizada cerca de 2 vezes por semana. Há 15 dias, realizou procedimento dentário, sendo prescrito AINEs para controle da dor. No pós-operatório evoluiu bem. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, encaminhada para ambulatório de gastroenterologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O uso de AINEs é uma importante etiologia de DUP. A paciente em questão é jovem, sem comorbidades, não apresentava sintomas de dispepsia antes do caso e, devido a uma cefaleia, fazia uso de AINEs por semanas, intensificando o uso após procedimento odontológico. Além disso, vemos a importância de levantar a perfuração de DUP como um dos diagnósticos diferenciais de um abdome agudo. No caso relatado, houve um grande distrator: uma ultrassonografia que apontava para acometimento ginecológico. Contudo, a tensão abdominal avaliada no exame físico da paciente e a dor importante tem de nos levar a cogitar uma irritação peritoneal por outra etiologia mais severa.</p>	<p>PO 582-3</p> <p>MANIFESTAÇÕES EXTRA-INTESTINAIS EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA</p> <p>NATHALIA LEITE OLIVEIRA ZEITOUN, KARLA Renata Ayumi KATO, JULIA Bedôr Jardim Bastos de Paula CAVALCANTE, NATHALYA Gonçalves DOS SANTOS, CAROLINE Azevedo BRIM, MARDEEN MACHADO DE SOUZA</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: São comuns manifestações extra-intestinais (MEI) nas doenças inflamatórias intestinais (DII) com prevalência de 24-65%, concomitante ou posteriormente, podendo ou não ter relação com a atividade da doença. Sua patogênese ainda não é completamente esclarecida, envolvendo reações imunes, distúrbios anatômicos e metabólicos, com acometimento sistêmico. 1,3,7,8. A colangite esclerosante primária (CEP) é mais comum no sexo feminino e naqueles com acometimento colônico extenso, podendo evoluir com hipertensão portal, cirrose, colangiocarcinoma e câncer de cólon. Estudos observaram que manifestações do esqueleto axial, como a espondilite anquilosante primária e a sacroilite antecederam as manifestações intestinais em 50% dos pacientes, apresentando curso clínico e radiológico interdependente da atividade da DII. 6. As MEIs apresentam impacto na morbimortalidade dos pacientes com DII, necessitando de intervenções precoces para garantir melhor qualidade de vida ao paciente. 1,3,9.</p> <p>RELATO DE CASO: R.M.D, masculino, 51 anos, com diagnóstico de RCU (pancolite) desde 2005, em uso de Mesalazina 3,2g/dia e Adalimumabe 40mg, subcutâneo, quinzenalmente, tendo evoluído com espondilite anquilosante e, devido a necrose de cabeça de fêmur, necessitou de uso de prótese total de quadril. Cerca de 10 anos após diagnóstico de RCU, evoluiu com prurido intenso, alteração da função hepática e enzimas canaliculares (fosfatase alcalina 7593, TGO 149, TGP 196), presença de FAN 1/80; padrão misto nuclear pontilhado fino, e colangiorrressonância evidenciando áreas focais de estreitamento das vias biliares compatível com processo inflamatório primário das vias biliares; provável diagnóstico de CEP. Assim, suspendeu-se o uso de Mesalazina, mantendo Adalimumabe. Sincronicamente à CEP, iniciou lesões cutâneas ulceradas e dolorosas em membros inferiores sugestivas de pioderma gangrenoso. Há 2 anos, devido persistência de tenesmo, urgência fecal, presença de muco nas fezes e achados de colonoscopia evidenciando sinais de proctite moderada com substenose retal (Mayo 2), se propôs realização de proctocolectomia total com bolsa ileal. Contudo, por piora clínica e laboratorial do quadro de CEP (GGT 1913, TGO 182, TGP 152, fosfatase alcalina 1509), optou-se por adiar procedimento até compensação do quadro, mantendo uso do Adalimumabe.</p> <p>DISCUSSÃO: Nos pacientes com RCU, as MEI são mais frequentes naqueles que possuem acometimento colônico extenso, sendo a CEP a manifestação de maior relação com este fato. Consoante à literatura, o paciente apresenta pancolite associada a CEP e pioderma gangrenoso, manifestação cutânea mais comum das DII, além da manifestação articular de espondilite anquilosante. Dessa forma, importante o reconhecimento das MEI para avaliação de gravidade e melhor abordagem terapêutica, sendo utilizadas para reforço da indicação cirúrgica, apesar de não serem exclusivas.</p>

PO 584-3	PO 585-1
<p>ABORDAGEM TERAPEUTICA EM AUTOEMPALAMENTO: RELATO DE CASO</p> <p>GABRIELA MENDONÇA Vilar Trindade, João Paulo Meireles Vieira, Alberto Vilar Trindade, Amanda Cristina de Souza, Ana Luiza Alves Nicoletti, Ana Carolina G Siqueira</p> <p><i>ESCS - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução: As etiologias do trauma anorretal são inúmeras, ocorrendo desde ferimentos penetrantes, lesões pélvicas acidentais ou autoprovocadas. A inserção de corpos estranhos pela via retal é mais comumente praticada por homens de meia-idade no contexto de manipulação autoerótica com ou sem comorbidades psiquiátricas. Também está relacionado com comportamento autodestrutivo. Possivelmente casos de empalamento podem trazer complicações graves e provocar morbidade para esses pacientes.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso Paciente do sexo masculino, 37 anos, deu entrada no Pronto Socorro com história de queda da própria altura em cima de um copo de vidro com introdução do mesmo pelo ânus. Queixava-se de muita dor na região anal e perineal, com sangramento vivo gotejante. Não havia solução de continuidade no ânus e o toque retal revelou espículas pontiagudas e cortantes a 7 cm da borda anal. Uma radiografia simples de abdome revelou um objeto semelhante a um copo de vidro, parcialmente quebrado e com a boca para baixo. O paciente foi submetido a um bloqueio peri-dural e colocado na mesa cirúrgica em posição ginecológica. Após tentativas infrutíferas de retirada manual do corpo estranho, utilizou-se de um fórceps de Simpson para retirada do mesmo. Ato contínuo, foi realizada uma colostomia para desvio de trânsito fecal da área retal lesada, tendo o paciente apresentado boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: Os acidentes que acometem o ânus e o reto não são usuais, pela própria anatomia desses órgãos, naturalmente protegidos. Dor abdominal ou pélvica, constipação, tenesmo e hematúria são queixas informadas no contexto da emergência. A vítima do trauma deve primeiro ser submetida a avaliação primária para suporte clínico e possível estabilização de parâmetros hemodinâmicos e posteriormente na avaliação secundária para abordagem do trauma anorretal. A retossigmoidoscopia é considerada o método diagnóstico de eleição para a investigação do trauma retal. As lesões são possivelmente caracterizadas pela escala de lesão retal da American Association for the Surgery of Trauma, e dessa maneira permitir a melhor abordagem. O manejo do trauma retal intraperitoneal é considerado o mesmo para as lesões do cólon distal, sendo preparo primário a forma preconizada na literatura. Quanto ao manejo do trauma retal extraperitoneal, existe divergências na literatura. Lesões perineais de pequena extensão podem ser abordadas com reparo primário, no entanto, lesões extensas geralmente necessitam de reconstrução esfinteriana. Após a abordagem cirúrgica adequada o paciente deve ser submetido a avaliação psiquiátrica uma vez que pode se tratar de comportamento de automutilação.</p>	<p>Tumor Miofibroblástico Inflamatório Simulando GIST Obstruído – Relato de Caso</p> <p>Geraldo Ishak, Paulo Pimentel Assumpção, Marcelo Oliveira Mourão Junior, Fernanda Ferreira da Luz, Faedy Fernandes Pinheiro, Marielle De Nazaré Gonçalves de Lima e Silva, Rodrigo Ferreira da Silva, Emanuel Gomes dos Santos Junior</p> <p><i>HUJBB - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores miofibroblásticos inflamatórios são tumores mesenquimais benignos originados da proliferação não neoplásica de células miofibroblásticas e inflamatórias (linfócitos e eosinófilos). São lesões raras e o local mais encontrado são os pulmões, podendo acometer bexiga, fígado, intestino grosso, baço e o coração. Sua presença no estômago é extremamente rara, há poucos casos descritos na literatura e a maioria são achados incidentais ou devido a obstrução intestinal. Nessa região, podem ser confundidos com tumores estromais gastrointestinais (GIST), sendo diferenciados pela imuno-histoquímica. Não se sabe muito sobre o prognóstico, sendo um tumor imprevisível. O tratamento consiste na exérese total, devido ao risco de recidiva, crescimento ou de metástase.</p> <p>RELATO DE CASO: J.A.S.P, 15 anos, há mais de um ano apresenta quadro de epigastralgia, pirose, náuseas e vômitos pós-prandiais associados a perda ponderal, chegando a pesar 28 kg. Realizou diversas EDAs que apresentavam resultados inconclusivos, sendo encaminhado para o HUJBB. No serviço, realizou EDA com achado de esofagite erosiva acentuada – Grau D de Los Angeles, lesão abaulada, volumosa, ulcerada abrangendo corpo distal/antrum gástrico, com diminuição importante da luz. Na endoscopia digestiva alta foi descrito uma lesão subepitelial de grandes proporções e obstrutiva em corpo gástrico distal com acometimento de todas as camadas e invasão de estrutura adjacente sugestiva de GIST. A biópsia gástrica revelou mucosa de padrão antral e fúndico, com focos de infiltração por células atípicas associadas a ulceração. Sugeriu-se estudo imuno-histoquímico para complementação diagnóstica. Contudo, antes do resultado da imuno-histoquímica, devido ao quadro de obstrução, o paciente foi submetido a gastrectomia subtotal + gastroenteroanastomose em Y de Roux + drenagem de cavidade cujos achados foram: tumoração obstrutiva em submucosa, abaulamento de mucosa gástrica, sem invasão da mesma, em corpo distal e antrum, com extravasamento de serosa, sem acometimento de órgãos adjacentes. Retração de mesocolon, sem infiltração tumoral. Ausência de lesões sugestivas de metástase, linfonodomegalias e ascite. O histopatológico do produto cirúrgico de 9,5 x 7,0 x 5,0 cm concluiu para neoplasia fusocelular ulcerada, rica em plasmócitos e linfócitos, com agregados linfóides e áreas de calcificação com margens e linfonodos livres de neoplasia. Paciente evoluiu bem, o resultado da imuno-histoquímica revelou positividade para actina muscular lisa em padrão miofibroblástico. Assim, o conjunto dos achados no contexto anatomo-clínico foi consistente com diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatório. Sendo realizado o seguimento ambulatorial do paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: Dessa forma, devido a raridade do tumor e sua localização infrequente, ele é facilmente confundido com GISTs, sendo necessário o uso da imuno-histoquímica no diagnóstico diferencial. Deve-se tomar precaução quanto ao seguimento, já que é imprevisível a evolução desse tipo de tumor.</p>
<p>PO 585-2</p> <p>RESSECÇÃO DE PRIMEIRA COSTELA ESQUERDA POR VATS - TERAPEUTICA PARA SINDROME DO DESFILADEIRO TORACICO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Marcel Takeshi Shono, Davi Farias Pereira, Marco Túlio Barroso Vilarinho, Izabella Rezende Oliveira, Diego Fernandes Queiroga Pita</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome do desfiladeiro torácico é decorrente de compressão anormal do plexo braquial em topografia de desfiladeiro torácico, região delimitada por três espaços estreitos, dentro dos quais passam a artéria subclávia e o plexo braquial. A sintomatologia da compressão é diversa e pode se manifestar com problemas vasculares (como trombozes) ou neurológicos (tais como parestesia). Tradicionalmente a abordagem da costectomia é feita por acesso supraclavicular ou axilar¹, embora a técnica para ressecção de costela por meio de Vídeo-assisted thoracoscopic surgery (VATS), apesar de ter mais facilidade na dissecação do plexo braquial, ainda é pouco relatada em literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: KFLS, 31 anos, apresentou dormência em MMSS associado a episódios de trombose de veias subclávia direita (2015) e esquerda (2018), em uso de Rivaroxabana. Realizou eletroneuromiografia, cujo resultado se mostrou normal. Feita angioTC, que evidenciou sinais de aprisionamento vascular (arterial e nervoso) entre a clavícula e o primeiro arco costal, mais acentuado do lado esquerdo. Em TC prévia apresenta ausência de costelas cervicais. Feito diagnóstico de síndrome do desfiladeiro torácico e procedida ressecção de 1ª costela esquerda por VATS, sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório com edema em região torácica E e MSE, com regressão espontânea e progressiva; foram também realizadas novas angioTC de tórax e USG dos vasos subclávios, que não identificaram trombozes. Aguarda nova abordagem para ressecção da 1ª costela D.</p> <p>DISCUSSÃO: A técnica VATS apresenta grande vantagem de um melhor campo cirúrgico com relação à apresentação das imagens, permitindo melhor visualização das estruturas, bem como a facilidade de não necessitar de manobras para posicionamento do braço do paciente, visto que não necessita de tração como nos casos de abordagem transaxilar.</p>	<p>PO 585-3</p> <p>FALSO ABDOMEN AGUDO CIRURGICO: APENDICECTOMIA REALIZADA EM PACIENTE COM FEBRE TIFOIDE</p> <p>CAROLINE MAFRA DE CARVALHO MARQUES, LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFÍRIO, RICARDO DUARTE SIMÕES, CAIO CESAR LOPES BORGIA, LUIZ TADEU RIGUETE PETRUCCI, ANDRÉ DE SIMONE FAINSTEIN, RICARDO SILVA GUIMARÃES</p> <p><i>HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Sabe-se que nem todo abdômen agudo é cirúrgico. Tabes dorsalis, saturnismo, herpes zoster, infarto agudo do miocárdio são alguns exemplos de condições clínicas que podem cursar com sintomas que se confundem com apendicite, úlcera perforada ou até colecistite. Desta forma, devemos estar atentos para os diagnósticos diferenciais.</p> <p>RELATO DE CASO: RAHG, 22 anos, estudante, natural do Panamá, com história de viagem no último mês para El Salvador. Comparece ao Serviço de Emergência no Rio de Janeiro/RJ com relato de febre alta (picos de até 40°), dor abdominal pior em fossa ilíaca direita e episódios diarreicos iniciados há cerca de 7 dias. Realizada Tomografia Computadorizada de torax e abdome, com visualização de aumento do calibre do apêndice e ascite, além de infiltrado alveolar em bases pulmonares. Exames laboratoriais não apresentava leucocitose, mas havia importante desvio para esquerda e aumento da PCR. Avaliado pela equipe da cirurgia Geral que opta por realização de laparotomia exploradora. Inventário de cavidade revela líquido livre em cavidade apêndice aumentado compatível com apendicite grau I e fígado de aspecto normal. Realizada apendicectomia. Evoluiu no pós-operatório com importante quadro de taquidispnéia, sendo realizado nova tomografia de tórax que revela derrame pericárdico e consolidação sugestiva de pneumonia. Exames laboratoriais evoluem com plaquetopenia, leucopenia com importante desvio para esquerda, aumento das transaminases e bilirrubinas com predomínio de direta. Iniciado antibioticoterapia de largo espectro com Meropenem, azitromicina, linezolida e micafungina. Realizado sorologias para HIV, hepatites A, B, C; dengue, chikungunya, citomegalovírus, todas resultaram negativas. Pesquisa para leptospirose, malária, porfiria, riquetsiose negativas. Pesquisa de fator reumatoide, C3, C4, T4, TSH, ANCA, negativas; bem como primeiro set de hemoculturas. Novas amostras de hemoculturas colhidas resultaram no isolamento da Salmonella typhi multissensível. Fechado diagnóstico de Febre tifoide. Antibioticoterapia escalonada para Ceftriaxone. Paciente permanecerá em acompanhamento por 180 dias, com necessidade de realização de coproculturas seriadas. Sem indicação de colecistectomia profilática no momento.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de qualquer condição patológica abdominal não pode ser baseado apenas na dor. O quadro clínico completo com avaliação de demais sintomas aliado com os sinais presentes no exame físico, além dos exames complementares são importantes na determinação da etiologia do abdome agudo. Tenha os diagnósticos diferenciais de dor abdominal em mente, saiba que falso abdome agudo é uma realidade e pondere outras possibilidades antes de fechar determinado diagnóstico etiológico. Reduzir a quantidade de falsos positivos implicará na realização de menos laparotomias brancas, e, como efeito, permitirá a redução do tempo de internação e dos gastos com a internação, bem como das chances de se evoluir com complicações pós-operatórias.</p>

PO 586-1	PO 586-2
<p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) GIGANTE – RELATO DE CASO</p> <p>Marcio Alexandre Terra Passos, André Nicolas Bianchim, Aline Queiroz Trovão, Nilson Chaves Júnior, Lucineide Martins de Oliveira Maia, Fernanda Figueira Feijó, Thales Macedo Vieira, Wanessa Moreira de Barros</p> <p><i>Universidade de vassouras - vassouras - Rio de Janeiro – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é a neoplasia mesenquimal mais comum encontrada no trato gastrointestinal responsáveis por 1 a 1,5 casos a cada 100 mil pessoas/ano, idade média de 60 anos. Se originam das células de Cajal expressando o antígeno CD117 (C-Kit). A quimioterapia e a radiação não são efetivas, portanto a ressecção cirúrgica é a base do tratamento. Em tumores metastáticos a terapêutica com imatinibe, um inibidor seletivo do receptor de tirosina quinase, diminui sua morbimortalidade. Por se tratar de doença rara e com aspectos ainda muito obscuros este trabalho procura apresentar caso de GIST combinando cirurgia e uso de Imatinibe para tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 58 anos, com hematêmese, epigastralgia, hiporexia, prostração e emagrecimento de 17 Kg em 6 meses. Feito endoscopia digestiva alta, detectando lesão tumoral gástrica submetida a biópsia. Histopatológico revelou "gastrite crônica de corpo moderada e atividade atrófica leve além de células fusiformes no córion", sugerindo então realização de imuno-histoquímica pela correlação do achado com GIST. A imuno-histoquímica revelou CD34 (+), CD117 (+), desmina (-), antígeno de proliferação celular Ki67. Os padrões para o diagnóstico foram alcançados e a paciente foi encaminhada a oncologia clínica. A TC de abdome com contraste, revelou "distensão gástrica com formação vegetante e epicêntrico no seu fundo, com espessamento parietal e falha de enchimento parcial. Estadiamento demonstrou ser doença restrita optando-se por conduta cirúrgica. Durante laparotomia constatou-se volumoso tumor de fundo gástrico intimamente aderido a baço e cauda do pâncreas sendo realizado a gastrectomia longitudinal com esplenectomia e pancreatectomia parcial. Histopatológico demonstrou "tumor com neoplasia mesenquimal de parede gástrica com células fusiformes, hiper Cromático, invadindo córion e submucosagástrica; pâncreas mostrando fibrose e aderência à neoplasia descrita; baço morfologicamente normal". Após recuperação pós-operatória foi iniciado terapia adjuvante com Imatinibe 400mg/dia. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial com 1 anos e 7 meses de operado sem sinais de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato demonstra caso clássico de GIST que de acordo com a literatura não há sintomas específicos, instalação gástrica e presença de células fusiforme à biópsia da lesão. A imuno-histoquímica se faz necessária para confirmação diagnóstica de GIST geralmente apresentando CD117 (80%-100%), CD34 (56%-83%) e mutações do gene c-kit (+), corroborando para diagnóstico do caso clínico. A tomografia computadorizada define extensão do tumor, invasão local ou metastática e distância. Neste caso não havia metástases, sendo então, a cirurgia com ressecção total da lesão é a melhor opção. Imatinibe é indicado como terapia adjuvante após ressecção cirúrgica com redução significativa da recidiva local aumentando sobrevida.</p>	<p>DOR TORÁCICA E EDEMA DE MEMBROS INFERIORES, OS PRIMEIROS ACHADOS DE UM TUMOR FIBROSO SOLITARIO DA PLEURA</p> <p>Ana Julia Ferreira Fernandes, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Andressa Borges Brito, Camila Fecury Cerqueira, Antonio Oliveira Santos Junior, Hugo Weisfeld Mendes, Luiz Flávio Quinta Junior</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário da pleura, ou ainda, mesotelioma pleural benigno é um tumor raro, com cerca de 800 casos descritos na literatura, mais comum no sexo feminino e acima dos 50 anos. Circunscrito e encapsulado geralmente é associado a sintomas como tosse, dispnéia e dor torácica. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de eleição e associa-se a bom prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J. S. S., sexo masculino, 73 anos, 1,68 de altura, 63 kg, procurou atendimento cirúrgico encaminhado por motivo de massa expansiva pulmonar e derrame pleural a esquerda. Paciente tinha queixa de dor no tórax e dor e inchaço nas pernas. Relatava prostatectomia há 12 anos. Não etilista, não tabagista. Negava comorbidades. Foram realizados exames subsidiários. Raio X de tórax com massa expansiva pulmonar e derrame pleural a esquerda. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou volumosa massa expansiva 11,7x15,9x17,0 cm, acometendo a maior parte do parênquima pulmonar do lobo inferior à esquerda, determinando leve efeito de massa sobre as estruturas e parênquima pulmonar adjacente e desviando levemente o mediastino para a direita. Ecocardiograma transtorácico com dupla lesão valvar aórtica discreta e hipertrofia ventricular esquerda com disfunção diastólica associada. O paciente foi submetido a toracotomia ântero-pósterio-lateral esquerda com excisão completa de volumosa massa (1270 gramas). Na microscopia tumor de pleura parietal. Após a excisão completa do tumor o paciente teve um pós-operatório normal e não mais apresentou queixas de edema.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora estivesse presente uma massa de grandes dimensões no lobo inferior pulmonar esquerdo, o paciente relatado não manifestou queixas respiratórias importantes, mas sim significativo edema de membros inferiores vespertino compatível com o quadro de insuficiência cardíaca. O paciente realizou novo ecocardiograma após a cirurgia em que não mas foi registrada a presença de dupla lesão valvar aórtica discreta e hipertrofia ventricular esquerda com disfunção diastólica associada. Isso corrobora para a hipótese de que o efeito de massa causado pelo tumor nas estruturas mediastinais acabou por comprimir a válvula aórtica e também comprometer a função diastólica do coração. Além disso, a presença do tumor pode ter acarretado prejuízo da circulação pulmonar normal com desvio do fluxo sanguíneo. A associação desses dois mecanismos explica o aparecimento de edema nos membros inferiores relatado pelo paciente como um achado surpreendente de um tumor fibroso solitário da pleura.</p>
<p>PO 587-1</p> <p>ADENOCARCINOMA E POLIPOSE PROXIMAL DO ESTOMAGO - RELATO DE CASO</p> <p>João Felipe Leite Acioli, Paula Baraúna Assumpção, Geraldo Ishak, Paulo Pimentel Assumpção, Rodrigo Ferreira Silva, Fernanda Furtado Leão, Marielle de Nazaré Gonçalves de Lima Silva, Emanuel Gomes dos Santos Júnior</p> <p><i>HUJBB/ UFPA - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer gástrico permanece como um dos cânceres mais letais. As síndromes hereditárias do câncer gástrico, apesar de representarem um grupo adequado para prevenção ou, pelo menos, para o diagnóstico precoce, são aparentemente extremamente raras. Existem três síndromes hereditárias de CG amplamente identificadas, dentre elas a Síndrome de Polipose Proximal do Estômago e Adenocarcinoma (GAPPS). Os seguintes critérios diagnósticos são recomendados: (a) 100 pólipos gástricos no caso índice ou mais de 30 pólipos em um parente de primeiro grau de um caso conhecido, (b) pólipos restritos ao corpo e ao fundo do estômago, (c) ausência de polipose colorretal ou duodenal; (d) pólipos gástrica familiar confirmada morfologicamente com áreas de displasia ou carcinoma; (e) herança autossômica dominante.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 78 anos, sexo feminino, procedente de Belém-PA, do lar, relatando a cerca de 6 meses epigastralgia, náuseas e vômitos. Realizou Endoscopia Digestiva em agosto/2018 com os achados de Corpo Gástrico com pregueado difuso edemaciado com múltiplos pequenos pólipos, alguns apresentando erosões; Corpo alto com lesão polipóide irregular. Histopatológico: Adenoma tubulo-viloso com atipia de alto grau; Pólipos hiperplásicos. Exame de colonoscopia normal. Realizou pré-operatório e no dia 24/11/2018 foi submetida à Gastrectomia Total + Linfadenectomia DII + Esplenectomia. Histopatológico: Adenocarcinoma tubular do tipo intestinal de Lauren bem diferenciado precoce, com invasão de mucosa no corpo (lesão exofítica, medindo 1x0,5cm) e invasão até camada submucosa do fundo gástrico (lesão exofítica de 1,5x1,0cm), na grande curvatura adenomas tubulares com displasia de baixo e alto grau, pólipos de glândula fúndica e pólipos hiperplásicos em fundo e corpo (polipose proximal); Gastrite crônica com hiperplasia linfóide folicular e atividade com frequentes erosões e metaplasia intestinal extensa associada, margem cirúrgicas livres. Ausência de infiltração angiolinfática e perineural, ausência de metástases em linfonodos perigástricos (0/43), baço sem alterações. Estadiamento patológico pT1bN0. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, no momento em follow-up com sequenciamento genético em andamento.</p> <p>DISCUSSÃO: Adenocarcinoma e Polipose proximal do estômago é uma nova síndrome de polipose gástrica autossômica dominante com uma predisposição significativa para adenocarcinoma do estômago, metastase e morte. Com a recente identificação de variantes do promotor do gene APC como a sua aberrância genética subjacente, o GAPPS foi incluído como a adição mais recente em distúrbios associados a APC. Os membros da família em risco devem ser rastreados por testes de mutação germinativa para a presença de variantes do promotor IB da APC para iniciar avaliação e vigilância endoscópica oportuna. A criação de registros familiares e a formação de diretrizes atualizadas por consensos de especialistas provavelmente reduzirão a mortalidade no futuro.</p>	<p>PO 587-3</p> <p>GASTROQUISE E SUA RELAÇÃO COM OS DISTURBIOS DA MOTILIDADE INTESTINAL</p> <p>EVANDRO CEZAR CIANFLONE FILHO, CAMILA BARCELOS SOUZA, THAIS CAROLINA SILVA, LISIEUX EYER JESUS</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - NITEROI - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Na gastrosquise (GQ) o intestino fetal é exposto à cavidade amniótica devido um defeito na parede abdominal¹ que causa obstrução intestinal (OI). Dismotilidade intestinal afeta mais de 1/3 das crianças e causa dependência prolongada de nutrição parenteral (NP)², mas tem, até o momento, a fisiopatologia mal definida. Relatamos um caso de disfunção intestinal prolongada após o reparo de GQ, com anormalidades histológicas relacionadas à isquemia do intestino fetal.</p> <p>RELATO DE CASO: KVFA (idade gestacional 36 semanas, 2,4 kg) nasceu após uma gravidez complicada por polidramnios e GQ, com exposição de todo o intestino delgado e parte do cólon e serosite moderada, sem isquemia evidente. A redução imediata foi possível, sem hipertensão abdominal. A paciente evoluiu com obstrução intestinal (OI) e foi reoperada com 6 semanas de vida. Foram ressecados 30 cm de íleo distal, com aspecto de necrose "seca" e realizada uma anastomose terminoterminal (ATT). Após 3 semanas novo episódio de OI. Foi detectada uma torção em íleo em torno de área de aderência à parede anterior, 10 cm proximal à anastomose ileal, que estava pênvea e totalmente cicatrizada. Uma área de estenose intestinal com cerca de 2 cm, relacionada à área de aderência à parede foi ressecada, com nova ATT do íleo. A criança evoluiu, novamente, com OI funcional, apesar da cicatrização normal das anastomoses. Com base nos resultados histológicos das peças cirúrgicas (áreas de necrose sugestivas de isquemia e calcificação distrofica extensa, afetando principalmente a muscularis mucosa e muscular própria), suspeitou-se que o segmento entre as duas anastomoses fosse disfuncional. Procedeu-se à sua ressecção. Uma nova ATT e apendicectomia foram feitos, deixando o bebê com 70 cm de intestino delgado a partir do ligamento Treiz. Após essa cirurgia uma cintilografia para estudo do trânsito intestinal detectou clearance gástrico normal, trânsito lento no intestino delgado e acelerado no cólon. Aos 7 meses de vida, a criança está sendo alimentada com 80 ml por refeição de fórmula láctea elementar e ainda exibe dependência de NP.</p> <p>DISCUSSÃO: Dismotilidade intestinal é extremamente comum em casos de gastrosquise mas estudos sobre a fisiopatologia do problema são escassos. Espécimes intestinais de GQ são raros, exceto na presença de atresias, dificultando a obtenção de dados histológicos. Em nosso caso o clearance lento no intestino delgado e a evolução clínica sugerem peristaltismo ineficiente, possivelmente relacionado à desorganização da parede muscular (causada por áreas de fibrose intercaladas com muscular normal). Os extensos depósitos de cálcio nos espécimes sugerem resposta tardia à isquemia ocorrida durante a vida fetal. Nossa hipótese a partir deste trabalho é que episódios fetais de isquemia intestinal podem explicar a dismotilidade prolongada em casos de GQ, porque causa de uma desorganização secundária da camada muscular do intestino delgado, no processo de resolução da isquemia.</p>

PO 588-1	PO 588-2
<p>RELATO DE CASO: EXPLOSAO GASTRICA PÓS INTUBAÇÃO ESOFAGIANA</p> <p>André Luis de Aquino Carvalho, Lívia Zaiden Carvalho Martins de Sá, Carolina Martins Vissoci, Vitor Paiva Pires, Jessica dos Anjos Huang, Luis Felipe Salles Cavalcante, Paula Campos de Mendonça, Talita Trindade França</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ruptura gástrica por trauma por pressão (barotrauma) é um evento raro, sendo pouco descrito na literatura. É descrito de 9 a 12% de lesão de mucosa gástrica após reanimação cardiopulmonar. Pode ser conduzida com medidas conservadoras, porém, é mais comumente tratada por laparotomia exploradora e sutura primária da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 79 anos, cardiopata por quadro de febre reumática na infância, valvopata, hipertensa e asmática, foi levada pelo SAMU para Unidade de Pronto Atendimento com quadro de insuficiência respiratória aguda por pneumonia comunitária, apresentando dispnéia, saturação de 55% em ar ambiente, cianose e rebaixamento de consciência (Glasgow 3). Realizada tentativa intubação orotraqueal, seguida de vômitos, e posterior sucesso em segunda tentativa, sem ausculta de ruído em epigástrico ou pulmonar, segundo descrito em prontuário eletrônico. Paciente, então, evoluiu com rigidez tóraco-abdominal e distensão abdominal importante, apresentando melhora após administração de bloqueador neuromuscular e naloxone. Submetida a radiografia de tórax e abdome que evidenciou pneumoperitônio. Foi, então, transferida para hospital geral, e imediatamente submetida à laparotomia exploradora com achado intra-operatório de perfuração total de parede gástrica anterior, transversal, com cerca de 12 cm e grande quantidade de secreção gástrica com alimentos não digeridos em cavidade. A conduta adotada foi a rafia da camada mucosa e seromuscular, além de reforço na serosa gástrica. Evoluiu com necessidade de suporte intensivo no pós-operatório, permanecendo por 12 dias em leito de Box de emergência e posteriormente transferida para leito de UTI. Ficou, então, internada por 2 meses por complicações clínicas, como distúrbios hidroeletrólitos e insuficiência renal aguda e foi a óbito após quadro de pneumonia relacionada a ventilação mecânica.</p> <p>DISCUSSÃO: A provável causa da lesão gástrica neste caso foi uma intubação oro-esofágica, ocasionando ventilação com pressão positiva no esôfago. Os relatos de tratamento conservador baseiam-se em antibioticoterapia de largo espectro e drenagem gástrica via sonda com aspiração contínua. Contudo, optou-se pela conduta cirúrgica tendo em vista a gravidade da lesão da paciente. Apesar da intervenção bem-sucedida, as várias comorbidades da paciente a levaram a uma descompensação significativa e consequente óbito. É importante salientar a necessidade da checagem após a intubação para reconhecimento imediato de uma possível iatrogenia. Outros casos relatados relacionados à iatrogenia são complicação da resuscitação boca-boca, uso de vias aéreas do obturador esofágico, as resultantes de ar no estômago após a gastroscopia e uso de bolsa de reanimação manual em paciente com edema laríngeo pós-extubação.</p>	<p>HÉRNIA DE BOCHDALEK À DIREITA, COM HEPATOTÓRAX, EM ADULTO: RELATO DE CASO.</p> <p>HISRAELA RIBEIRO DOS ANJOS, WAGNER SANTOS DA SILVA, WELDERSON LUIZ SPECIMILI RODRIGUES, CARLA DASSIE RANGEL, NATHALIA LOSS FRANZIN, INGRID RIBEIRO</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO- UNESC - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias de Bochdalek são herniações diafragmáticas congênitas que surgem devido à passagem, pela região pósterio-lateral, do conteúdo abdominal para a cavidade torácica pelo canal pleuroperitoneal. Acometem predominantemente o lado esquerdo, o que é explicado pelo fechamento precoce do forame diafragmático do lado direito e pelo efeito tamponador do fígado. Tem sua prevalência na população neonatal, sendo raras em adultos, se apresentando muitas vezes nessa faixa etária com urgência cirúrgica, depois de anos sem sintomatologia. Em muitos casos a toracotomia assistida por via laparoscópica é suficiente para as correções cirúrgicas. O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de hérnia diafragmática direita congênita, com hepatotórax, em adulto, de forma a esclarecer a necessidade de diagnóstico precoce para um melhor sucesso cirúrgico, já que são poucos os casos relatados na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 43 anos, feminino, nega tabagismo e etilismo, nega história de trauma, nega cirurgias prévias e demais comorbidades. Procurou serviço de saúde com queixa de tosse há um ano associada à dispnéia leve aos esforços, com piora ao deitar e dor de moderada intensidade em hipocôndrio direito. A paciente realizou radiografia de tórax sem alterações dignas de nota ao examinador e ultrassonografia de abdome com difícil visualização hepática. Ao exame físico apresentava-se com diminuição dos murmúrios no hemitórax direito. Paciente referia ainda boca amarga, realizando uma endoscopia digestiva alta, e iniciando tratamento com uso dos inibidores da bomba de prótons. Solicitado posteriormente ressonância magnética (RM) com laudo de hérnia diafragmática direita com herniação hepática. Paciente foi encaminhada para a realização de toracotomia e laparoscopia para rafia de hérnia diafragmática direita com hepatotórax, sendo observado no procedimento cirúrgico defeito herniário de 7,7 cm. Paciente apresentou boa evolução, apresentando no pós-operatório dor na incisão torácica e constipação. Paciente continua acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Até 2016 havia apenas 20 casos relatados na literatura sobre hérnia de Bochdalek à direita em adultos, nesses casos 50% dos acometimentos envolvia o cólon, sendo o acometimento hepático relatado em poucos casos. O retardo no diagnóstico ocorre principalmente pela escassez de sintomas específicos, tendo o paciente frequentemente sintomas crônicos como dispnéia e desconforto abdominal, como a paciente citada no caso, o que pode levar a agravamento do quadro com episódios de necrose de alças intestinais e pneumotórax hipertensivo, além do fato de ser uma patologia frequente na população neonatal, o que leva muitas vezes a equipe de saúde descartar a hipótese na população adulta. Exames como ultrassonografia e radiografia podem levar a suspeita do caso, porém a tomografia e RM apresentam maior acurácia no diagnóstico, contribuindo para uma abordagem cirúrgica precoce com melhor evolução do quadro.</p>
<p>PO 588-3</p> <p>CANCER DE MAMA MASCULINO: RELATO DE CASO</p> <p>Andressa Santos Osório, Nader Nazir Suleiman, Vinícius de Castro Barbosa Fonseca, Camila Fecury Cerqueira, Thayná Soares Oliveira, Rogerio Rodrigues Veloso, Eric de Oliveira Soares Júnior, Andressa Borges Brito</p> <p><i>Instituto Presidente Antônio Carlos - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais frequente no gênero feminino, representando 23% de todos os casos mundiais, sendo mais frequente em países desenvolvidos (SOARES et al, 2012). A maior frequência de diagnósticos é em pacientes femininas, todavia também ocorre nos homens, devido a semelhança da anatomia mamária. Apesar de o diagnóstico precoce proporcionar um bom prognóstico, o óbito é elevado, consequência do diagnóstico tardio (BRAGA et al, 2018). O câncer de mama masculino é uma neoplasia rara, pouco estudada, estimando-se que, para cada 100 novos casos de câncer mamário feminino, apenas 1 caso de câncer masculino será encontrado. A idade média foi de 66,4 anos (BONFIM et al, 2013).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.A.S. do sexo masculino, 73 anos, lavrador, procedente de Maurilândia do Tocantins, internado no Hospital Regional de Araguaína (HRA), Tocantins, com quadro de vômitos persistentes, astenia intensa, hiporresponsivo e com relato de tratamento para prostatismo há 6 anos e abandono do tratamento, sem outras comorbidades. Refere o surgimento de nódulo indolor em mama direita há 5 anos após trauma na região decorrente de uma queda em sua residência, que progrediu de tamanho ao longo dos anos, com presença de descarga papilar sanguinolenta e ulceração. Reside sozinho há dois anos, não compartilhou com familiares e não procurou ajuda médica. Ocasionalmente a irmã visualizou a tumoração e o levou à Unidade Básica de Saúde de Maurilândia, de onde foi encaminhado ao HRA. História familiar de câncer de mama em irmã, nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico: Regular estado geral, lúcido e orientado, hidratado, normocárdico, eupnéico, normotenso, pulsos finos, emagrecido, tremor e tumor ulcerado 8 cm X 6 cm em mama direita com saída de secreção serossanguinolenta. Foram solicitados exames laboratoriais: ureia 341, creatinina 6,2, sódio 135 e potássio 6,5. Hemoglobina 6,2 g/dL sem alteração de VCM e HCM, leucócitos 12.770, plaquetas 327.000, magnésio 0,86 e PCR 127,4. Detectada insuficiência renal aguda pós-renal, foi acompanhado pela nefrologia e apresentou melhora progressiva do quadro clínico. Foi feito core biopsy, solicitado pré-operatório e ultrassonografia de abdome total para avaliação de estadiamento, revelando hidronefrose bilateral volumosa e "bexiga de esforço". Realizou cistostomia cirúrgica e estadiamento da neoplasia de mama em T4bN1Mx. Realizou mastectomia radical modificada, apresentou boa evolução, sem intercorrências, e no 14º dia pós-operatório recebeu alta hospitalar, com cistostomia vesical e força muscular reduzida (grau II).</p> <p>DISCUSSÃO: o câncer de mama masculino é uma neoplasia rara e de pior prognóstico em relação ao câncer feminino, levando à maior mortalidade em homens. Mas nesse caso, o paciente apresenta uma boa sobrevida, e em concordância com a literatura, foi realizada a cirurgia que é o tratamento inicial do câncer de mama localizado.</p>	<p>PO 589-1</p> <p>RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO DECORRENTE DE GASTROPLASTIA A FOBI-CAPELLA - FISTULA GASTROGASTRICA</p> <p>Thais Oliveira Dupin, Bernardo Guimarães Aguiar, Tânia Queiroz de Araújo Abreu, Victor Lúcio Santos Prado, Fernanda Garcia Marzagão, Thais Barbosa de Paula, Maria Laura Souza Domingues, Denise Duarte Lopes</p> <p><i>UFSJ - Divinópolis - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ocorrência de complicações após realização de gastroplastia a Fobi-Capella podem chegar a 40%. As fistulas são consideradas complicações que podem ocorrer no pós-operatório de uma cirurgia gastrointestinal. Elas são classificadas em precoces e tardias, o que indica o manejo e o prognóstico. As fistulas precoces surgem até 48 horas após o procedimento e podem indicar erro técnico. As fistulas tardias com alto débito de origem gastrointestinal superior são consideradas complexas e necessitam, na maioria das situações, de uma reoperação para alcançar o fechamento. Tendo em vista os dados exibidos acima, este trabalho teve como objetivo relatar o caso de um paciente portador de obesidade que se submeteu a cirurgia bariátrica de Fobi-Capella e evoluiu com uma fistula gastrogástrica e migração parcial do anel.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente N.A.B., feminino, 20 anos, 1,62m, 114 kg, IMC 43,4. Paciente submetida à cirurgia Fobi-Capella há oito anos. Com sete meses de pós-operatório, diagnosticado colelitíase e realizada Colectomia. Aproximadamente seis anos após realização da cirurgia e pesando 63,3kg, paciente retorna ao consultório com queixa de quadro álgico intenso na região epigástrica. Relatou episódios de náuseas e vômitos. Quadro aliviado em sua maioria com uso de Omeprazol e Cloridrato de Tramadol. Apresentava histórico recorrente de atendimento em Unidade de Pronto Atendimento. Ao exame físico, nada digno de nota. Endoscopia Digestiva Alta revelou refluxo grau III, migração do anel e fistula gastrogástrica. Indicada Cirurgia corretiva e revisional. Realizado Gastrostomia e Jejunostomia.</p> <p>DISCUSSÃO: As fistulas são complicações após cirurgias bariátricas consideradas graves. Elas ocorrem entre 1 a 2% dos casos e se associam a elevada morbidade e mortalidade. O diagnóstico e o tratamento precoce são essenciais para que haja o sucesso do quadro.</p>

PO 589-2	PO 589-3
<p>CONDROSSARCOMA GIGANTE EM APÊNDICE XIFOIDE: RELATO DE CASO</p> <p>HISRAELA RIBEIRO DOS ANJOS, WAGNER SANTOS DA SILVA, CARLA DASSIE RANGEL, NATHALIA LOSS FRANZIN, JULIANA SILVA DE FIGUEIREDO, LEANDRO JOSÉ KRAUSE BINDA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO-UNESC - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O condrossarcoma é considerado um sarcoma de partes moles, sendo o tumor maligno primário mais comum da parede torácica. Tem sua localização mais frequente nas costelas e esterno, com poucos relatos na literatura do acometimento do apêndice xifoide. Acomete predominantemente indivíduos entre a quinta e a sétima décadas de vida. O quadro clínico é lento e progressivo, envolvendo principalmente dor e tumefação. As metástases frequentemente estão relacionadas ao grau histológico, sendo que 70% das lesões de grau III tendem a metastatização. A ressecção cirúrgica é o principal método terapêutico, associada à retirada adequada de margem cirúrgica, já que os condrossarcomas não respondem de forma satisfatória a quimioterapia. Este relato tem como objetivo mostrar a importância do diagnóstico precoce do condrossarcoma associado à melhor escolha terapêutica nesses casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 53 anos, sexo masculino, hipertenso, em uso de losartana, hidroclorotiazida e diltiazem, ex-tabagista, um maço/dia, com exposição à fumaça de fogão à lenha, negando cirurgias prévias e demais comorbidades. Procurou ambulatório de cirurgia geral com queixa de massa em região xifoideana. Relata que há 9 anos notou crescimento em região de apêndice xifoide, de lenta progressão, sem sintomas e demais sinais. Ao exame físico, a massa apresentava-se bem delimitada, com aproximadamente 10 cm de tamanho. Solicitado tomografia computadorizada de tórax, na qual evidenciou formação expansiva bem delimitada na borda inferior do esterno/apêndice xifoide, apresentando material com densidade de partes moles e algumas calcificações esparsas em seu interior com efeito compressivo sobre o ventrículo direito. Solicitado exames pré-operatórios, foi realizado esternotomia parcial com colocação de tela de polipropileno e colocação de dreno de tórax com envio do material para análise histopatológica, que posteriormente concluiu laudo de condrossarcoma convencional de baixo grau (grau 1), estadiamento pT2. Paciente evoluiu no pós-operatório com um quadro de hemotórax e síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), necessitando de decortificação pulmonar por videotoracoscopia e drenagem de derrame pleural hemático, necessitou de ventilação mecânica realizando o desmame após estabilização do quadro. Após alta, continuou acompanhamento ambulatorial para controle de cura.</p> <p>DISCUSSÃO: Os condrossarcomas de baixo grau possuem bom prognóstico, apresentando 97% de chance de cura. Nesses casos, o diagnóstico precoce auxilia não só o prognóstico da doença como também diminui as chances de complicações pós-operatórias, devido a compressão e a possível aderência do tumor a tecidos adjacentes como o coração. O uso da tela de polipropileno, utilizada no caso, auxilia na adaptação e mobilidade da função pulmonar do paciente, já que nem sempre a reconstrução com suporte rígido está disponível, e a literatura apresenta dados contraditórios do melhor método de reparo nesses casos.</p>	<p>ENDOCARDITE FUNGICA EM IMPLANTE DE VALVA AORTICA TRANSCATETER</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Isabella Godoy Gomes, Matheus Moreno de Oliveira, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Marcel Takeshi Shono, Helmgton José Brito Souza</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa é uma doença caracterizada pela invasão de patógenos nas superfícies endocárdicas ou no material protético produzindo inflamação. A formação de vegetações é a característica fisiopatológica marcante da doença. Acomete mais comumente a valva mitral (40%), seguida da aórtica (34%). O diagnóstico é baseado nos critérios de DUKE, que combinam características clínicas, microbiológicas, patológicas e ecocardiográficas. O ecocardiograma é de extrema importância para o diagnóstico, prognóstico, avaliação de complicações e para o seguimento dos pacientes. A cirurgia esta indicada na insuficiência cardíaca intratável, infecção persistente, embolia recorrente, alta virulência do agente etiológico, endocardite fúngica e endocardite de prótese valvar intratável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 80 anos, hipertenso, queixava-se de vertigem. Ao exame físico: bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular, presença de sopro sistólico em foco aórtico com irradiação carotídea. FC: 54bpm, PA: 110x70mmHg. Ecocardiograma: FE 55%, valva aórtica com estenose importante, gradiente máximo: 85 mmHg e gradiente médio: 50 mmHg. Foi submetido a implante de prótese aórtica percutânea Evolut R, recebendo alta sem intercorrências. Retornou após 6 meses com febre, calafrios e clínica de insuficiência cardíaca classe III da NYHA. Novo eco evidenciou insuficiência grave da prótese valvar aórtica e imagem sugestiva de vegetação fúngica (7x7 mm). O tratamento instituído foi a troca valvar aórtica minimamente invasiva, através do explante da prótese Evolut, por meio do encolhimento do nitinol com soro gelado e implante da prótese sutureless Perceval. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta com antifúngico de uso contínuo.</p> <p>DISCUSSÃO: Este é o primeiro relato de endocardite fúngica em uma prótese valvar aórtica transcater. Ressaltamos a utilização da solução salina gelada que facilitou o explante da prótese e a manutenção perene do uso de antifúngico.</p>
<p>PO 590-2</p> <p>MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA TIPO III - RELATO DE CASO</p> <p>Bruna Aliotto Nalin Tedesco, Jaciene Rocha Nunes, Georgina Lustre di Flora, Rafael Baldissera Cardoso, Nathalia Salas D'Alambert, Mariana Said Moreira, Heloisa Mandolini Silva, Paulo Eduardo de Oliveira Carvalho</p> <p><i>FAMEMA - MARILIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A malformação adenomatóide cística (MAC), descrita pela primeira vez por Ch'in and Tang em 1947 e classificada histologicamente por Stocker em 1977, é uma causa rara de insuficiência respiratória no recém nascido (RN). Caracteriza-se pelo crescimento anormal dos bronquíolos respiratórios terminais, com a formação de múltiplos cistos e deficiência de alvéolos, tendo como tratamento de escolha a lobectomia pulmonar. O presente trabalho relata um caso de doença adenomatóide cística tipo III, em RN pré termo, submetido a lobectomia inferior esquerda no quinto dia de vida.</p> <p>RELATO DE CASO: RN pré termo, 34s e 5d, com achado ultrassonográfico pré natal de massa pulmonar cística a esquerda, habitando todo o hemi tórax esquerdo e promovendo desvio de área cardíaca para direita. Nascido de parto vaginal espontâneo com Apgar 4/7 e peso de 1880g. Apresentou intensa dificuldade respiratória sendo submetido a intubação orotraqueal ainda em sala de parto. Necessitou de ventilação mecânica com FiO2=100% e peep 8 para manter adequada perfusão de oxigênio. Apresentou instabilidade hemodinâmica sendo necessário uso de drogas vasoativas logo após o nascimento. Realizada TC de tórax no segundo dia de vida, evidenciou-se volumosa lesão expansiva ocupando todo hemitorax esquerdo, sem nítido plano de clivagem entre lobo superior e inferior, promovendo desvio da área cardíaca para a direita. Submetido a lobectomia inferior esquerda no quinto dia de vida, apresentando melhora imediata dos parâmetros ventilatórios. Anatomopatológico compatível com malformação adenomatóide cística tipo III. Apresentou boa evolução clínica e teve alta hospitalar após 41 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: A MAC foi descrita pela primeira vez em 1947 e sua classificação mais utilizada foi elaborada por Stocker em 1977. A MAC tipo I caracteriza-se pela presença de cisto único ou múltiplos cistos com mais de 2 cm de diâmetro que geralmente acometem apenas um lobo pulmonar. Assim como a MAC tipo I, a MAC tipo II normalmente compromete apenas um lobo, porém se apresenta com múltiplos cistos de até 2 cm de diâmetro. A MAC tipo III, caso do relato apresentado, é menos frequente e de pior prognóstico, compreendendo aproximadamente 5-10% desse tipo de lesão. Não apresenta lesões císticas; quando essas aparecem, não ultrapassam 0,5 cm de diâmetro. Nesse tipo de MAC, há uma predominância no sexo masculino. O efeito de massa das MACs tipo III pode causar desvio mediastinal no feto e resultar em hipoplasia do pulmão contralateral, levando ainda a possibilidade de hidropisia fetal por obstrução do sistema cava e compressão cardíaca. A fisiopatologia ainda é pouco compreendida, porém estima-se que a malformação acontece entre a 10ª e a 22ª semana gestacional, quando há um estímulo anormal para o supercrescimento dos bronquíolos em detrimento do subdesenvolvimento dos alvéolos. O tratamento de escolha é cirúrgico, sendo a toracotomia com lobectomia bem tolerada pelos RNs, que costumam evoluir satisfatoriamente.</p>	<p>PO 591-1</p> <p>LESÃO DE DIEULAFOY: UM RELATO DE CASO DESSA PATOLOGIA INCOMUM, MAS FATAL.</p> <p>JAQUELINE COVATTI VARGAS, AFONSO HENRIQUE PADILHA, JEFFERSON FERREIRA BARROS, ISRAEL DE SOUZA MARQUES, RENATA FORNACIARI LARA, FELIPE AZEVEDO E SILVA, RUBIA MARTINEZ SANTOS, NADIA CRISTINA BERTON</p> <p><i>UNEMAT - CACERES - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Lesão de Dieulafoy é uma rara causa de hemorragia digestiva, profusa, intermitente e potencialmente fatal. Caracteriza-se por uma arteriola de calibre persistente (dilatada) com características únicas criando uma protusão e defeito na camada mucosa do TGI a qual pode apresentar perda sanguínea maciça em babamento ou jato. Pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, entretanto aparece, na maioria, em pacientes na média de 52 anos, preponderantemente do sexo masculino. Atualmente, a etiologia da má-formação permanece desconhecida. A lesão encontra-se no estômago na maioria dos casos (75-95%), particularmente a 6 cm da junção esofagogástrica na pequena curvatura embora também seja descrito outros locais, como duodeno, jejuno, íleo, reto e brônquio. O quadro se apresenta com queixas de hematêmese e melena, até sinais clínicos de hipotensão e choque hipovolêmico. Para o diagnóstico a endoscopia digestiva alta (EDA) assume-se como o padrão ouro e a colonoscopia para o caso de lesões no cólon.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente JPR, sexo M, 83 anos, foi admitido no Hospital Regional de Cáceres referindo hematêmese e melena há mais de um dia, evoluindo com astenia e tontura. Apresentava-se em estado regular, descorado, taquicárdico, eupneico, normotenso, com dor leve a palpação abdominal em região epigástrica. Tabagista de longa data, hipertenso sem tratamento, nega histórico de úlcera e alcoolismo, em uso de ceftriaxona há 3 dias para tratamento de erisipela em membro inferior direito. Hemograma: hematócrito 21%, hemoglobina 7.0g. Feita reposição volêmica, ácido tranexâmico, omeprazol e solicitado hemotransfusão de concentrado de hemácias e plasma. Manteve-se estável hemodinamicamente, sendo submetido à EDA após 24 horas. Apesar do lago hematínico que dificultou a visualização gástrica, evidenciou-se em região de transição da grande curvatura e parede anterior lesão vascular de 7mm com sangramento em babação. Optou-se pela terapia dupla (esclerose e hemoclipse) com parada total do sangramento. O paciente evoluiu sem recorrência de sinais ou sintomas de ressangramento, e hemograma mantendo-se estável, com hemoglobina de 10g/dl no último dia de internação. A dieta foi reinserida 48h após a EDA. No 9º dia de internação, o paciente recebeu alta com orientações sobre sinais de alarme e retorno ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora uma causa rara de hemorragia(2%), a LD pode ter ação debilitante de curso rápido, com necessidade de rápida identificação e terapêutica. Em 6% dos casos a LD não é identificada, devido a sua sutileza, natureza intermitente de sangramento, excesso de sangue no estômago ou lesões concomitantes como úlceras. O tabagismo, ainda que não seja demonstrado como fator de risco para LD, poderia ter prejudicado sua evolução e direcionado o raciocínio clínico para outra causa mais comum de hemorragia. No caso, a terapia combinada teve ótimo resultado, sem ressangramento, em consonância com sua superioridade e preferência atual na literatura.</p>

PO 591-2	PO 591-3
<p>RELATO DE CASO: PACIENTE IDOSA SUBMETIDA A TRATAMENTOS CIRURGICOS PULMONARES DEVIDO A MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES COM DIFERENTES DIAGNÓSTICOS - TUBERCULOSE E NEOPLASIA DE PULMÃO</p> <p>Thiago Carvalho Gáudio, Bruno Fernando Binotto, Julio Mott Ancona Lopez, Andre Miotto, Pedro Augusto Antunes Honda, Jorge Henrique Rivaben, Marcio Botter, Daniela Cristina Almeida Dias</p> <p><i>Instituto Prevent Senior - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A natureza biológica de um nódulo pulmonar pode ser conseqüente a doenças pulmonares inflamatórias ou neoplásicas, sendo qualquer uma delas potencialmente letal. (1). A tuberculose é muito frequente em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, a sua forma pulmonar pode promover a formação de nódulo no parênquima.(2)</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 88 anos, feminino, história progressiva de adenocarcinoma de pulmão esquerdo T1N0M0, submetida a segmentectomia de LSE em janeiro/2007. Em abril/2010 realizado PET ambulatorial para seguimento de sua doença que mostrou nódulo pulmonar 14 x 10 mm em campo superior do pulmão esquerdo sendo submetido a uma nova segmentectomia junho/2010 no qual apresentou resultado anatomopatológico de processo granulomatoso tipo tuberculóide, com aspecto sequelar. Em junho/2014 foi submetida a tomografia computadorizada de tórax, sendo observado novo nódulo pulmonar em lobo superior esquerdo 1,2 cm, a qual foi optado por observação radiológica. A lesão manteve-se estável por 03 anos porém em setembro/2017 foi observado crescimento para 3,6 cm com componente sólido de 1,7 cm no lobo residual à esquerda. Prosseguiu-se a investigação do comportamento do tumor com um novo PET em novembro de 2017, evidenciando alta captação da área pulmonar acometida, e assim foi realizada a biópsia guiada por tomografia, e o diagnóstico foi de adenocarcinoma lepidico. Em razão das diversas cirurgias prévias, idade avançada e espirometria proibitiva para nova ressecção pulmonar foi optado pelo encaminhamento da paciente para realização de radio ablação, procedimento sendo realizada em dezembro/2017.</p> <p>DISCUSSÃO: A coexistência de tuberculose pulmonar e CP foi primeiramente descrita em 1810, sendo demonstrada histologicamente alguns anos mais tarde. Desde então, foram publicados diversos estudos sobre essa associação, em sua maioria séries de casos e estudos de caso-controle. Entretanto, os autores sempre questionaram se essa associação seria casual ou se poderia ser explicada por algum mecanismo biológico plausível. Uma hipótese seria que a inflamação associada com infecções pode contribuir para a carcinogênese. Espécies reativas de oxigênio ou nitrogênio produzidas por neutrófilos ativados podem se ligar ao DNA, induzindo dano genético e transformação neoplásica. De fato, já foi evidenciado que alterações no gene fragile histidine triad podem estar envolvidas na carcinogênese pulmonar em pacientes com tuberculose pulmonar crônica. Além disso, durante o reparo tecidual, há uma maior proliferação celular, angiogênese, e o epitélio é mais propenso a sofrer metaplasia. Ainda, os carcinógenos se concentram preferencialmente em locais de hiperatividade para induzir alterações neoplásicas.(2). Podemos observar também neste caso conforme Bombarda et. al, que através do 18F-FDG PET, o metabolismo da glicose está alterado na tuberculose pulmonar e que há concordância com as alterações anatómicas observadas na tomografia computadorizada do tórax.(4)</p>	<p>Doença de Kikuchi-Fujimoto: relato de caso e revisão</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Tâmara Azevedo de Medeiros, Arthur Almeida Marinho, João Luís Gomes da Silva, Wysterlânyo Kayo Pereira Barros, Maria Luiza de Holanda Balbino</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Kikuchi, também chamada de doença de Kikuchi-Fujimoto ou Linfadenite Histiocítica Necrosante, foi originalmente descrito em mulheres jovens. É uma patologia rara, de desconhecida causa, benigna, geralmente caracterizada por cervical linfadenopatia e febre. O histopatológico exame dos gânglios linfáticos envolvidos diferencia Doença de Kikuchi de outras condições mais sérias.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 20 anos, iniciou o quadro com atrite simétrica de punhos, joelhos e tornozelos e febre aferida em 39°C diária. Dois meses após o início dos sintomas, surgiu tumoração cervical, bilateral e dolorosa. Associado ao quadro refere emagrecimento de 7% do peso em dois meses. Foi admitida no hospital com manutenção dos sintomas descritos apresentando espaço de Traube ocupado com esplenomegalia a 04 cm do rebordo costal esquerdo, hepatomegalia de 04 cm do rebordo costal direito e linfonodomegalia generalizada (cadeias axilares, supraclavicular esquerda, inguinais e cervicais), sendo o maior na região cervical esquerda medindo 06 cm em seu maior diâmetro, fibroelástica, dolorosa, não aderido à planos profundos. Os exames laboratoriais revelavam: Hemoglobina: 9,2 g/dL; hematócrito 26,3; leucócitos: 3900/mm³ com 84% de segmentados e 8% de linfócitos; plaquetas de 119000/mm³; velocidade de hemossedimentação (VHS) 110 mm; creatinina 1,7 mg/dL; proteínas totais 5g/dL; albumina 2,4g/dL; TGO 220 U/L; TGP 79 U/L, GGT 247 U/L, LDH 2046 IU/ml, fosfatase alcalina 551 U/L, reticulócitos 0,6% e Coombs direto negativo. As sorologias para hepatite B, C e HIV foram negativas. Tinha um perfil de FAN com núcleo: não reagente; placa metafásica cromossômica: reagente e anticorpo anti ribonucleoproteína: não reagente. O radiografia de tórax revelava um alargamento do mediastino, derrame pleural bilateral e consolidação a direita, iniciando antibioticoterapia com cefepime por 08 dias. Durante a investigação diagnóstica foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome total cujo resultado revelou ascite moderada e linfonomegalias nas diversas cadeias retroperitoneais e ilíacas bilateralmente; A TC de tórax evidenciou pequeno derrame pleural bilateral, com atelectasia, linfonomegalias mediastinais, axilares bilateralmente e em região supraclavicular esquerda. E realizada biópsia de linfonodo supraclavicular esquerdo, evidenciando linfadenite necrotizante histiocítica compatível com doença de Kikuchi-Fujimoto, representadas nas imagens de 1 a 4. Iniciou-se então corticoterapia em dose imunossupressor durante 21 dias. Evoluiu com melhora dramática do quadro, melhora da dor e o volume das adenomegalias.</p> <p>DISCUSSÃO: Uma variedade de outros sintomas e sinais físicos ocorrem esporadicamente em pacientes com doença de Kikuchi. Estes incluem calafrios, mialgia, artralgia, dor no peito e abdômen, esplenomegalia e hepatomegalia, os quais podem ser associados a linfadenopatia abdominal, como foi evidenciado no caso relatado.</p>
<p>PO 592-3</p> <p>ANEURISMAS GIGANTES DE ARTERIAS CORONARIAS – RELATO DE CASO</p> <p>Mariana França Bandeira Melo, Ângelo Santana Guerra, Isabella Godoy Gomes, Matheus Moreno de Oliveira, Marcel Takeshi Shono, Eduardo Lenza Silva, Helmgton José Brito Souza</p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurismas em artérias coronárias são achados angiográficos raros. Em adultos, a maioria dos casos está associada à presença de aterosclerose. A fisiopatologia não está bem elucidada. Dentre os pacientes submetidos à angiocoronariografia, 0,15 a 4,9% apresentam aneurismas coronários. A atual definição para aneurisma de coronária é o aumento focal do diâmetro que excede em 50% o diâmetro da artéria mais calibrosa do paciente. Atualmente, não há diretriz específica para o tratamento de aneurismas gigantes de coronárias e a literatura atual é baseada em experiências de especialistas. Considerando os riscos de complicações, o tratamento mais utilizado, em casos sintomáticos, é o cirúrgico. O método de escolha é a angioplastia ou revascularização miocárdica associada à ressecção do aneurisma. O objetivo do presente relato é descrever sobre um paciente com dois aneurismas gigantes de artérias coronárias, associados a múltiplos aneurismas envolvendo as artérias aorta, ilíacas, femorais e poplíteas.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.M., 59, masculino, hipertenso, diabético, com histórico de aneurisma em artéria poplíteia direita, em preparação para tratamento percutâneo, cursando com dispnéia progressiva há cerca de 6 meses. Teste de esforço revelou isquemia e cintilografia miocárdica com estresse farmacológico confirmou isquemia de 16% da massa ventricular, sem sinais de fibrose. Angiotomografia (angioTC) cardíaca e cineangiocoronariografia revelaram oclusão proximal de artéria descendente anterior, grande aneurisma de artéria circunflexa proximal, estenose de ramos marginais e aneurisma gigante de artéria coronária direita. AngioTC revelou ainda aneurisma em aorta abdominal infrarrenal, íliaca interna direita, íliaca comum esquerda e poplíteia esquerda. Em um primeiro tempo cirúrgico, paciente foi submetido à revascularização do miocárdio com ressecção dos aneurismas gigantes com sucesso. Cerca de três meses após a cirurgia cardiovascular, ocorreu o tratamento percutâneo da aorta abdominal infrarrenal e ilíacas, sendo deixado, para um terceiro tempo, o tratamento, também percutâneo, da artéria poplíteia esquerda.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso apresentado, a opção pelo tratamento cirúrgico para revascularização miocárdica com ressecção do aneurisma foi exitoso, sem qualquer complicação. A opção por tratar os diferentes aneurismas em tempos cirúrgicos diferentes se mostrou bastante eficaz.</p>	<p>PO 593-1</p> <p>FISTULA GASTROCOLICA – SEQUELA POR ARMA BRANCA</p> <p>CARLOS HENRIQUE FERREIRA SANTOS, CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL, JOÃO CARLOS DE SOUZA SANTOS, JOÃO KAROL SOUZA CAMPOS</p> <p><i>HOSPITAL BELO HORIZONTE / FCMMG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula gastrocólica (FGC) é uma complicação que ocorre frequentemente após cirurgias gástricas ou secundárias a tumores de estômago e do cólon. A obstrução pilórica associada à FGC é um achado raro, com poucos casos na literatura. O diagnóstico não oferece dificuldades, mas o tratamento comporta múltiplas abordagens. O relato de caso aborda uma doença prévia, com histórico de ferimento por arma branca há 09 anos, submetida a laparotomia exploradora devido a lesão de alça.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 38 anos, queixa de dor intensa em flanco direito, distensão abdominal há 4 dias, um episódio de vômito com secreção fecaloíde. Realizado TC de abdome total com contraste venoso, evidenciado trajeto fistuloso que se estende da grande curvatura gástrica a flexura esplênica do cólon e espessamento das pregas gástricas da grande curvatura do fundo gástrico. Histórico de cirurgias prévias, apendicectomia e laparotomia exploradora – devido a ferimento por arma branca há 9 anos. Foi submetida a nova laparotomia exploradora no dia 18/07/18, identificando aderências entre o estômago e fígado, cólon e baço, alça de cólon descendente, infra diafragmática e supra esplênica. Realizado grampeamento de fistula gástrica, de aproximadamente 10 cm, encaminhada ao CTI, estável hemodinamicamente, com dreno abdominal e alta após 5 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Das fistulas abdominais as gastrocólicas são as menos comuns. Diversos pesquisadores relatam a tríade no diagnóstico das FGC como: dor abdominal + vômitos fecaloíde + febre com leucocitose e PCR elevado. Sendo frequentemente, são secundárias a outras patologias e suas consequências. Apresentam menos intercorrências e ocorrem devido a complicações pós-operatórias. A incidência é de 1-2% nos reparos primários das lesões por ferimentos de arma de fogo, por arma branca, pós cirurgias abdominais e tumores que foram tratados como reparo primário. O manejo das fistulas obedece as etapas que se iniciam no reconhecimento de fatores que possam determinar seu surgimento como: tipo de operação, lesões existentes, correção efetuada. Além desses, há fatores como presença de corpo estranho, radioterapia prévia, doenças inflamatórias intestinais, epitelização do trajeto, neoplasia associada e obstrução distal que podem prejudicar seu fechamento. Contudo, o diagnóstico precoce previne infecção e complicações do quadro clínico.</p>

PO 593-3	PO 594-2
<p>DISSECÇÃO ESPONTANEA DE CORONARIA EM GESTANTE</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Isabella Godoy Gomes, Ângelo Santana Guerra, Mathews Moreno de Oliveira, Marcel Takeshi Shono, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Helmgton José Brito de Souza</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dissecação espontânea de coronária (DEC) é definida como a separação das camadas que compõem a parede arterial. Cerca de 26% a 38% das DEC ocorrem entre o último mês da gestação e os 5 meses após o parto. Mudanças hormonais podem alterar as fibras elásticas normais, resultando no enfraquecimento da camada média. Acredita-se que a progesterona e o estrogênio sejam os hormônios envolvidos na etiopatogenia. A apresentação clínica mais frequente é uma síndrome coronária aguda. A prevalência da DEC é descrita em até 10,8% das mulheres com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST). A cinecoronariografia é o método mais utilizado para o diagnóstico. Na presença de instabilidade hemodinâmica ou grande área de miocárdio acometido, a opção pela revascularização é imperiosa.</p> <p>RELATO DE CASO: Gestante, 38 anos, 36ª semana de gestação (G2P1A0), sem comorbidades, admitida no Pronto-Socorro com queixa de mal estar e dor torácica irradiada para o dorso e para membro superior esquerdo, com história familiar de cardiopatia arritmogênica. Relatou uso de progesterona devido a hematoma subcoriônico. Foi tratada com sintomáticos e liberada após remissão dos sintomas. Após 4 dias, retornou com piora do quadro. Diagnosticada com IAMCST em parede anterior e elevação de marcadores de necrose miocárdica. A cinecoronariografia evidenciou dissecação em tronco de coronária esquerda e disfunção de ventrículo esquerdo. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo encaminhada para o centro cirúrgico para cesárea de emergência e cirurgia de revascularização do miocárdio. Após a esternotomia, apresentou PCR, sendo readmitida e colocada em CEC. Executaram-se ponte de safena Ao-DA e Ao-Mg. Após saída da CEC, transcorreu dissecação de aorta descendente, com sangramento importante e disfunção severa de ventrículo esquerdo. Realizado cadarçamento aórtico com fita cardíaca, obtendo-se controle do sangramento e saída exitosa da CEC. Levada à UTI com tórax aberto devido à edema, submetida a esternotomia no 2º dia de pós-operatório (DPO). Evoluiu com melhora hemodinâmica, com extubação e alta da UTI no 6º DPO. Apresentou, no PO, infecção do trato respiratório, derrame pleural e deiscência da safenectomia. Recebeu alta hospitalar no 18º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso apresentado, a indicação de tratamento cirúrgico de emergência, associado à interrupção da gestação, permitiu o tratamento da dissecação espontânea.</p>	<p>Tumor Neuroendócrino de Mediastino: um caso de carcinoma bem diferenciado</p> <p>Mayara Chiara Cardoso, Carolina Cassiano, Cecília Salazar Ulacia, Giovanna Borges da Costa, Tatiane Velozo, Lorena Bontempo de Azevedo, Beatriz Silva Inácio, João Paulo Vieira dos Santos</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são um grupo de cânceres raros derivados das células do sistema neuroendócrino difuso, que se apresentam de forma clinicamente heterogênea e com maior frequência nos tratos gastrointestinal e broncopulmonar. Apesar de sua descoberta datar de mais de um século, ainda são pouco compreendidos devido à sua ampla gama de manifestações clínicas podendo, inclusive, ser assintomáticos. Esse relato expõe um caso de TNE assintomático ocorrido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.</p> <p>RELATO DE CASO: W.S.R., feminino, 65 anos, assintomática, encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Torácica por achado incidental em radiografia de tórax de massa em lobo superior de pulmão direito. Realizado tomografia computadorizada (TC) de tórax onde foi evidenciada massa cística, medindo 5,8 x 4,6 x 5,9 cm, situada no mediastino superior, póstero-lateral à traqueia, efeito extrínseco com discreto desvio da traqueia para esquerda. TC de abdome descartou metástases ou outro sítio primário. Realizado biópsia por mediastinoscopia com estudo histológico e imunohistoquímico sendo diagnosticado tumor neuroendócrino grau I em II. Paciente foi então encaminhada para videotoracoscopia para exérese do tumor, houve necessidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldades técnicas, entretanto o procedimento correu sem intercorrências. O estudo anatomopatológico da peça confirmou o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino bem diferenciado, com margens de ressecção livres, estadiamento T1aN0M0.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com a variada clínica apresentada, os TNE habitualmente são diagnosticados e tem sua intervenção com base em seu foco de origem (RICKMAN, 2017). Os TNE primários de mediastino são raros, com poucos casos relatados, e costumam envolver timo, pulmão ou estruturas paraganglionares, resultando em sintomas relacionados a essas estruturas (BAKHOS, 2016). Cerca de 30% são assintomáticos sendo achados incidentais e quando apresentam sintomas se relacionam ao crescimento local, metástase à distância ou tumor funcionante (BRCIC, 2016). Estes dados indicam a importância do célebre diagnóstico de TNE, possibilitando um tratamento mais eficaz e um melhor prognóstico.</p>
<p>PO 595-1</p> <p>OBSTRUÇÃO DE ÍLEO POR LINFOMA DE BURKITT - RELATO DE CASO</p> <p>Ana Leticia Maria Lins Leal, Bianca Lopes Barros, Jordana Mambelle Sousa Melo, Zailton Bezerra De Lima Junior, Rafael Leal Bezerra De Lima, Vitoria Laiza Sousa Sales, Sabrina Severo de Macêdo Duarte, Hayza Fernandes Felinto</p> <p><i>Faculdade De Medicina e Enfermagem Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfoma de Burkitt é um linfoma não-Hodgkin de células B, frequente em crianças (responsáveis por 30 a 50% dos linfomas), bastante agressivo podendo duplicar de tamanho em 24 horas, mas quando devidamente tratado possui grandes chances de cura, pode afetar o osso maxilar ou região abdominal, sendo mais comum em pacientes imunodeprimidos e portadores do vírus HIV, mas a contaminação com o vírus Epstein-Barr também é notável no papel de desenvolvimento da doença. Necessita de diagnóstico e terapia imediatos, diferenciando-se de outros linfomas intermediários e agressivos, o que o torna quase um padrão na compreensão genética do processo neoplásico, assim como na cura, em todos os estados clínicos, pela quimiossensibilidade que expõe.</p> <p>RELATO DE CASO: L.S.M., 23 anos, sexo masculino, procurou pronto atendimento de hospital da região relatando dor abdominal e inapetência. Fez uso de bolsa de colostomia e realizou drenagem de fezes por fistula abdominal. No retorno, paciente evoluiu com otalgia e otorreia em ouvido direito. Além disso, relatou alergia à bolsa de colostomia fornecida, e foi solicitada a bolsa de colostomia permanente (karaya). Ao exame físico abdominal, observou-se a presença de tumoração paupável no mesogastro. Foi solicitado cultura para secreção do ouvido, e iniciado tratamento com Azitromicina e orientado a manter portocath desativado. A ultrassonografia do abdômen constatou presença de massa expansiva ao nível do mesogastro e flanco direito e a colonoscopia constatou neoplasia de cólon direito. A tomografia de abdômen observou pneumoperitônio, ascite e derrame pleural e pericárdico. Diagnosticou-se Linfoma de Burkitt e solicitou-se cirurgia de ressecção alargada de tumor de intestino, com massa em topografia de íleo terminal com invasão de parede abdominal à direita e trajetos fistulosos em íleo distal entre os achados cirúrgicos. Foi realizado ressecção de íleo distal, fragmento da parede abdominal e cólon direito, ileotransversoanastomose gramepada latero lateral e drenagem da cavidade. Paciente evoluiu bem após a cirurgia e não relata novas queixas, recebendo alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso relatado evidenciou quadro clínico e padrão neoplásico compatível com Linfoma de Burkitt em região abdominal, mais especificamente em fossa ilíaca direita, divergindo-se da sua prevalência na região mandibular em pacientes do continente africano. A conduta realizada (ressecção de íleo distal, fragmento de parede abdominal e cólon direito associada a ileo transversoanastomose gramepada) permitiu melhora dos sintomas e evolução do quadro, ate o momento em que se aguarda futuros resultados de biópsia.</p>	<p>PO 596-2</p> <p>SÍNDROME DE BOERHAVE E SUA COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Amanda Souza Schlosser, Ana Flávia Silva e Souza, Bruna Leles Vieira Souza, Juliana Soares Araújo, Octávio Magalhães Vabo Neto, Raíssa Soares Walker, Sara Ayres Soares Souza, Victória Mundim Sales Cruz</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Boerhaave (SB), rara e de grande importância clínica e cirúrgica, é a ruptura esofágica decorrente do aumento de pressão intraluminal do esôfago sobre um cricofaríngeo ocluído. Com incidência de 3,1:1000000, de difícil diagnóstico e representando cerca de 15% de todos os casos de perfuração esofágica, essa lesão barogênica ocorre geralmente em zonas do esôfago mais fragilizadas. O trabalho relata o caso de um paciente que devido ao retardo do diagnóstico e tratamento, evoluiu com quadro de internação prolongada e difícil manejo clínico-cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: RRGSL, 44 anos, sexo masculino e etilista crônico. Procurou pronto-socorro devido a episódios de hematêmese e dor abdominal. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hipocorado, desidratado, com dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina em 7,0, sendo solicitado transfusão sanguínea e encaminhamento para Clínica Médica. No 3º dia de internação hospitalar (DIH), paciente evoluiu com dispnéia, rebaixamento do nível de consciência e queda da saturação de O₂. Foi submetido a intubação orotraqueal, sob a hipótese de pneumonia aspirativa. No 11º DIH, paciente evoluiu com derrame pleural em hemitórax esquerdo, sendo procedido com drenagem torácica à esquerda, onde apresentou débito de 1.500 ml de secreção serosanguinolenta, com presença de alimentos. Após cerca de 01 mês do início do quadro foi encaminhado à cirurgia torácica, já com a SB como hipótese diagnóstica e solicitado internação para realização de pleuroscopia. Durante o procedimento, foram visualizados restos alimentares em toda cavidade pleural, tendo sido realizado o desbridamento cirúrgico da cavidade empiemática e deixado dois drenos. Após 02 meses de internação, apresentou recidiva da fistula, tendo sido submetido então à terapia endoscópica, com clipagem da fistula e colocação de cola cirúrgica. Paciente permanece internado aguardando o fechamento da fistula esôfago-pleural e em drenagem aberta com irrigação da cavidade pleural.</p> <p>DISCUSSÃO: A SB clinicamente pode acompanhar a Tríade de Mackler, que cursa com vômitos, dor retrosternal e enfisema subcutâneo. Devido a ausência desses sinais e sintomas, foi postergado o diagnóstico e a introdução do tratamento, acarretando complicações relevantes. O paciente relatado seguiu por onze dias sem diagnóstico do quadro e evoluiu com derrame pleural, considerado um sinal indireto da síndrome. Encaminhado ao serviço especializado com grande demora, fato esse que pode estar relacionado ao longo período de internação e evolução clínica desfavorável. Portanto, a SB é uma entidade grave e potencialmente letal. Seu diagnóstico deve ser sempre suspeitado para que o encaminhamento ao serviço especializado seja feito com rapidez para que o tratamento clínico-cirúrgico proporcione uma chance maior cura e sucesso terapêutico.</p>

PO 596-3	PO 597-2
<p>OBSTRUÇÃO DE VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO ESQUERDO SINTOMÁTICA – ABO RDAGEM COM MIECTOMIA</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Isabella Godoy Gomes, Ângelo Santana Guerra, Matheus Moreno de Oliveira, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Marcel Takeshi Shono, Helmgton José Brito de Souza</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hipertrofia de septo interventricular é uma doença genética que resulta na obstrução da via de saída de ventrículo esquerdo. Trata-se de uma condição com prevalência de 1:500, que afeta igualmente homens e mulheres, cuja apresentação varia desde formas assintomáticas a mais graves. O diagnóstico está baseado na sintomatologia clínica e no grau de hipertrofia do ventrículo esquerdo, identificado por meio de ecocardiografia ou ressonância magnética. A terapia de redução septal invasiva pode beneficiar os pacientes sintomáticos e com relativa obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo, porém é indicação absoluta para pacientes com sintomas avançados de insuficiência cardíaca refratária, sendo esta abordagem associada a uma melhora significativa do prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: CASO 1: AMSA, 51 anos, feminino, história prévia de acidente vascular isquêmico há 6 meses com sequelas neuromotoras e de insuficiência valvar mitral, em uso de anticoagulante oral. Encontrava-se com quadro de insuficiência cardíaca congestiva importante, em uso de betabloqueador em dose alta. Angiotomografia revelou importante obstrução subvalvar aórtica. Ecocardiograma evidenciou insuficiência mitral severa, obstrução de via de saída de ventrículo esquerdo (VE), hipertrofia septal assimétrica e forame oval patente. Foi submetida a plastia valvar, miectomia e fechamento de forame oval, evoluindo sem intercorrências. CASO 2: ESC, 79 anos, feminino, ex-tabagista, hipertensão, diabética, hipotireoideia, dislipidêmica e nefropata. Portadora de marca-passo por bloqueio átrio ventricular total. Admitida no pronto socorro com queixa de dispneia. O ecocardiograma evidenciou FE de 64%, hipertrofia septal e estenose de via de saída de VE de 14 mm. À ressonância nuclear magnética cardíaca apresentou estenose aórtica grave complicada por obstrução subvalvar aórtica. Submetida a plastia valvar e miectomia septal, evoluindo sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Nos casos apresentados, a indicação de miectomia foi efetiva para tratamento da obstrução sintomática da via de saída do VE.</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DE TEXTILOMA APOS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA</p> <p>Maria Luiza dos Santos, Juliana Reinehr, Giullia Garibaldi Bertonecello, Graziela Moraes Lourenço, Virgílio Tonietto, Gustavo Chatkin, Daniela Cavalete-Blanco, Bruno Hochhegger</p> <p><i>Hospital São Lucas da PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Textiloma é descrito como um corpo estranho têxtil retido, involuntariamente, no sítio cirúrgico, ocasionando uma reação inflamatória. Caracterizado como um erro médico, estima-se uma incidência de 1 em cada 1.000 a 1.500 cirurgias. A cavidade abdominal, seguida da cavidade torácica, são os sítios mais comuns de tal erro. Os itens cirúrgicos mais frequentemente esquecidos são esponjas cirúrgicas e gases, as quais embebidas em sangue, podem assemelhar-se aos tecidos circundantes. A cirurgia emergencial é a principal situação que ocorre retenção de corpos estranhos, e somada a mudanças inesperadas durante o procedimento e IMC elevado do paciente, obtêm-se os principais fatores de risco para tal ocorrência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 47 anos, internou dia 13/08/2018 para realização de cateterismo cardíaco, encaminhado pelo seu médico assistente. História de dor torácica aos esforços e com teste não invasivo sugestivo de isquemia. No momento da avaliação, sem dor e ECG sem alterações isquêmicas. Apresenta comorbidades que incluem Doença Arterial Coronariana, tabagismo e HAS. Possui ecocardiograma com FEVE de 66%. Realizou cateterismo cardíaco que demonstrou artéria descendente anterior (ADA) com estenose severa nos segmentos proximal e médio (reestenoses intrastent) e artéria coronária direita (ACD) com estenose severa no segmento médio. Dia 20/08/2018 realizou cirurgia de revascularização miocárdica em ADA e ACD. Pós-operatório com evolução adequada, mas necessitou de VM prolongada e apresentou crepitações discretas em bases. Realizada angiotomografia computadorizada, descartando TEP. Evoluiu com melhora respiratória, e alta hospitalar dia 01/09/2018. Contudo, dia 09/10/2018 necessitou de nova internação. Após exames de imagem, foi identificado opacidade de contornos definidos em região cardíaca e lingular, com cerca de 7cm. Paciente encaminhado para videotoracoscopia para ressecção de corpo estranho, localizado em pericárdio sob a lingula, identificado como textiloma. Paciente referiu dor e dificuldade respiratória no pós-operatório. Apresentou boa evolução, com alta hospitalar dia 14/10/2018.</p> <p>DISCUSSÃO: Retenção de itens cirúrgicos durante procedimentos ocasionam complicações pós-operatórias que podem ter consequências graves, necessitando de identificação e tratamento adequado. Apesar dos avanços cirúrgicos, tal erro ainda é frequente. Desta forma, a prevenção se torna essencial, como a criação de protocolos sistemáticos de contagem de gases e instrumentos cirúrgicos durante a intervenção operatória.</p>
<p>PO 597-3</p> <p>HERNIA ENCARCERADA COM ADENOCARCINOMA DE COLON TRANSVERSO: UM RELATO DE CASO.</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE, PAULO GARDENAL TELES, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, IGOR ANTONIO SPLKA, JOAO DE FREITAS NETO, GABRIELA VASCONCELLOS OLIVERIO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A incidência de hérnia incisional varia de 4 a 10% a depender do tipo de cirurgia prévia, sendo o encarceramento sua principal complicação. O primeiro caso de tumor em hérnia encarcerada foi relatado por Gerhardt et al. em 1938. O carcinoma colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais frequente no mundo. De acordo o DATASUS, o índice de internações por neoplasias malignas de cólon desde janeiro de 2017 a junho de 2018 do estado de São Paulo tem um total de 15.522, com diferença mínima entre os sexos feminino e masculino, prevalência entre 60 e 69 anos, raça branca e parda.</p> <p>RELATO DE CASO: S.D.S, sexo feminino, 55 anos, branca, admitida na emergência da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente, referindo dor intensa em região de mesogástrio e obstipação há 3 dias, negou vômitos. Antecedente pessoal de cirurgia bariátrica há 5 anos. Negou história de câncer na família. Ao exame físico abdominal: Presença de massa palpável em região de cicatriz cirúrgica prévia, de aproximadamente 5 cm, não redutível, dolorosa à palpação. O exame ultrassonográfico do abdome diagnosticou hérnia incisional encarcerada com sinais de sofrimento vascular. Indicada laparotomia exploradora que evidenciou saco herniário contendo cólon transversal com tumoração sólida de aproximadamente 5 cm. Realizada colectomia parcial com linfoadenectomia e reconstrução da parede por aproximação dos tecidos. O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizado estadiamento pós-operatório, sem evidência de doença avançada (T3N0M0).</p> <p>DISCUSSÃO: Hérnia incisional e câncer de cólon são condições comuns, já o carcinoma de cólon em hérnia incisional encarcerada é um achado raro. A literatura descreve a relação entre metástases de tumores com sacos herniários. No entanto, o diagnóstico de adenocarcinoma em hérnia incisional não foi encontrado durante a revisão bibliográfica. A associação de sintomas colônicos com a irreducibilidade de uma hérnia previamente redutível pode sugerir neoplasia. A clínica dos tumores colorretais é variável. Podem cursar com diarreia e dor abdominal vaga até evoluir com sangramento, anemia, fezes afiladas e obstipação intestinal. A paciente apresentava obstipação, ausência de sangue nas fezes e massa palpável sob cicatriz cirúrgica, não redutível. Na maioria dos casos de CCR, a possível explicação para o surgimento da hérnia é o aumento da pressão intra-abdominal. Esta hipótese pôde ser descartada devido às dimensões reduzidas do tumor. A quimioterapia adjuvante pode ser benéfica aos casos de CCR, no entanto não foi realizada devido à ausência de sinais de doença avançada. Foi optado pela excisão cirúrgica, tratamento de escolha para o CCR.</p>	<p>PO 598-1</p> <p>SÍNDROME COLESTÁTICA SECUNDÁRIA A TUMOR DE KLATSKIN EM PACIENTE COLECISTOMIZADA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Suzana Alves Mundim Carneiro, Millena Justino Santos, Giovana Rosa Campos, Adryane Santos Araújo, Lilian Cassia Gomes Cintra, Danúbio Antonio de Oliveira</p> <p><i>Unievangelica - Anápolis - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Este trabalho relata o caso de uma paciente diagnosticada com um colangiocarcinoma (CCA). O CCA trata-se de um câncer de epitélio das vias biliares, que quando localizado na bifurcação dos ductos hepáticos é chamado Tumor de Klatskin (TK) ou peri-hilar, o qual apresenta baixa incidência mundial e elevada letalidade. O diagnóstico antecipado do TK é de difícil conclusão, visto que a apresentação clínica dos pacientes portadores de tal patologia é inespecífica. Além da clínica, os exames complementares, como o monitoramento de marcadores tumorais séricos e os exames de imagem, são insuficientes para ter um diagnóstico antecipado, posto que a maioria dos TK é diagnosticada em seus estágios avançados, já com metástases. Os tratamentos do CCA consistem em: ressecção cirúrgica (considerada padrão ouro), transplante de fígado ortotópico, embolização da veia porta e paliativos. A terapia paliativa se mostra a única saída para a maioria dos portadores de TK, visto que as outras são muito restritas. A quimioterapia é a mais escolhida, apesar de ainda não apresentar uma sobrevida alta para os pacientes em regime. Diante do exposto e devido à ínfima incidência dessa patologia na população, o objetivo deste trabalho é relatar o caso raro de uma paciente portadora de TK.</p> <p>RELATO DE CASO: F.A.S, sexo feminino, 78 anos, diagnosticada com um CCA. Ela apresentou perda de peso ponderal, 12 kg em 2 meses, constipação e dois episódios de êmese. Ao Exame Físico: bom estado geral, icterícia 2+/4+, hipocorada 1+/4, abdome globoso e doloroso difusamente, com massa palpável em hipocôndrio direito e icterícia intensa em região periumbilical. Resultados dos exames: bilirrubina total, direta e indireta aumentadas, assim como transaminases e marcador tumoral CA 19-9; exames de imagem com dilatação de vias biliares intra-hepáticas e formação expansiva infiltrativa no hilo-hepático com extensão para o parênquima. O tratamento cirúrgico foi contraindicado em virtude das comorbidades apresentadas pela paciente, portanto foi lhe proposto terapêutica paliativa. Apesar do empenho da equipe de saúde na escolha da terapêutica mais indicada a paciente, o caso evoluiu de acordo com o previsto pela literatura existente e a paciente veio à óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Este caso apresenta exames complementares e uma clínica que ratificam a literatura existente, mesmo que os achados do exame clínico do TK sejam inespecíficos. Além disso, a paciente se adequa aos fatores de risco dessa patologia, pois detém diabetes, colelitíase e colecistectomia prévias. Haja visto a singularidade e raridade do caso apresentado depreende-se que a redação deste caso é relevante por corroborar com os conhecimentos clínicos a respeito do mesmo, além de ressaltar a importância do aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico antecipado do TK e a necessidade de estudos que visam ao aumento da sobrevida dos pacientes em regime quimioterápico.</p>

PO 598-2	PO 599-2
<p>GRANULOMA HIALINIZANTE E SUAS DIFICULDADES DE DIAGNOSTICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Victória Mundim Sales da CRUZ, Leonardo Paiva Marques de Souza, Amanda de Souza Schlosser, Phelipe Fabrini Santos Lucas, Juliana Soares de Araujo, Raissa Soares Walker, Ana Flávia Silva Sousa, Octavio Magalhaes do VABO Neto</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Granulomas hialinizantes são lesões pulmonares fibrosantes benignas, de etiologia ainda desconhecida, que geralmente se apresentam radiologicamente sob forma multinodular. A maior parte dos pacientes diagnosticados apresentam fenômenos auto-ímmunes associados ou exposição a agentes micobacterianos ou fúngicos. A apresentação clínica comumente é de uma doença benigna, os pacientes são assintomáticos ou apresentam manifestações pulmonares, como tosse, dispnéia e dor torácica, manifestações sistêmicas, do tipo febre, fadiga, perda de peso, sinusite e faringite. O trabalho relata o curso clínico de um paciente com antecedente de tuberculose ganglionar que evoluiu para granuloma hialinizante.</p> <p>RELATO DE CASO: R.J.L., masculino, 64 anos, ex-tabagista, com antecedência de tuberculose ganglionar ressecada em axila esquerda em 2015. Em 2017, relatou dor torácica inframamária esquerda progressiva, há 1 mês, acompanhada de tosse, mas ao exame físico apresentava-se eupneico, afebril, corado e hidratado, com radiografia evidenciando presença, em lobo superior esquerdo (LSE), de massa adjacente a parede e nódulo espiculado de 1,8 cm, além de lesão oval em lobo médio. Paciente foi submetido a duas biópsias transtorácica, broncoscopia com biópsia transtrônquica dos segmentos apicais do LSE, além de lavado broncoalveolar, sem achados clínicos positivos. Sendo assim, foi internado e submetido a toracoscopia vídeo-assistida que revelou espessamento pleural e aumento das lesões, anterior LSE com 6,5 x 8,0 cm em contato com a parede, ápico-superior, no lobo médio de 4,5 x 3,0 cm e língula 1,0 x 1,2 cm. Foi realizada uma toracotomia para a ressecção do segmento do LSE. A biópsia da ressecção revela padrão morfológico característico de granulomas hialinizantes, BAAR negativo, ausência de neoplasias, fungos e o paciente apresenta-se eupneico, afebril, com boa expansão pós-operatório e sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: O GH foi descrito pela primeira vez em 1977. Não apresenta preferência por gênero e é mais comum em adultos, como no caso descrito. Normalmente, advém de uma prévia resposta imune exacerbada a antígenos, como os de tuberculose, presente no caso e confirmada pela biópsia de linfonodo axilar esquerdo. A sintomatologia da doença não possui características próprias, podendo apresentar dor torácica inespecífica, tosse, dispnéia, febre, fadiga e perda ponderal. No caso relatado, o paciente apresentou principalmente a dor torácica inframamária, atípica na doença, tosse e perda ponderal. Assim, notam-se importantes diagnósticos diferenciais como neoplasias metastáticas, linfoma, embolia séptica e nódulos reumatoides, sendo necessário um estudo anatomopatológico, como as duas biópsias transtrônquicas e lavado broncoalveolar realizados. Apresenta-se na maioria dos casos como multinodular tal como ocorreu no caso descrito. Uma vez que as biópsias não foram conclusivas foi necessário a ressecção e nova biópsia em LSE, que identificou padrão morfológico consistente com granuloma hialinizante.</p>	<p>TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DISSECÇÃO AORTICA CRONICA: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Clevanildo Brito de Sousa Júnior, Daniely Pessoa Moreira, Hernani de Paiva Gadelha Júnior, Layane Barreto Costa, Lucas Solon Dias de Farias, Natassia Vianna Bocchese, Noele Gurgel Dávila, Rayani Diógenes Umbelino Reis</p> <p><i>Hospital Universitário Onofre Lopes - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os aneurismas dissecantes de aorta decorrem do início súbito de fluxo sanguíneo entre as camadas média e íntima do vaso. Sua incidência é de 3/100.000 habitantes/ano, com distribuição etária bimodal. Apesar dos avanços, possuem alta morbimortalidade cardiovascular. A dissecção aórtica (DA) tipo B de Stanford é tratada prioritariamente com suporte clínico, com indicação intervencionista em caso de complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: J.M.L, 80 anos, hipertenso sem tratamento e ex-tabagista, apresenta-se com dor torácica de forte intensidade e irradiação dorsal há 15 dias, sem melhora com analgésicos. Regular estado geral, com pressão arterial de 140x70 mmHg e sopro sistólico em foco aórtico. O ecocardiograma transtorácico (ECOTT) evidenciou dissecção de aorta ascendente, valva aórtica bicúspide (VAB), hipertrofia ventricular esquerda e insuficiência aórtica moderados. Na angiografia com contraste (ATC) foi revelado DA de Baky 1 e DA tipo B de Stanford com acometimento de aorta toraco-abdominal, abdominal e de artérias ilíacas direita e esquerda. Encaminhado à cirurgia para correção de aneurisma de DA de Baky 1 com tubo de Dacron associado a endoprótese em aorta descendente e implante de valva aórtica biológica. Após 74 dias, realizou correção cirúrgica da DA tipo B, implantando 04 endopróteses (em aorta toraco-abdominal, em aorta abdominal, em íliaca direita e íliaca esquerda). Após evolução favorável, recebeu alta no 82º dia para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de DA com acometimento ascendente e descendente do vaso. O paciente apresentava fatores de risco clássicos como aterosclerose, hipertensão, tabagismo, sexo masculino e VAB. O correto diagnóstico é desafiador, devido a baixa incidência e pela apresentação inespecífica, com primeiro diagnóstico equivocado em 38% na avaliação inicial. A dor torácica aguda com irradiação para o dorso é o principal sintoma encontrado, associado a quadro hipertensivo, como apresentado. A ATC é uma opção viável e rápida com sensibilidade e especificidade de até 95%. No caso foi realizado ECOTT e ATC confirmando o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é indicado quando ocorre rápido aumento do diâmetro aórtico, sinais de ruptura, síndromes isquêmicas ou dor intratável. A técnica endovascular (TE) demanda maior habilidade e há morbimortalidade menor comparada ao tratamento cirúrgico convencional, pois evita o clameamento aórtico. Os stents ocluem os orifícios de entrada da dissecção, reorganizam as camadas do vaso e previnem a entrada do sangue entre elas, evitando trombose da falsa luz, contribuindo para remodelamento aórtico favorável e diminuição dos eventos clínicos. A mortalidade da correção cirúrgica da DA tipo B é aproximadamente 30%, sendo as principais complicações a ruptura aórtica, a síndrome de má perfusão e a dissecção retrógrada. A principal desvantagem é a maior predisposição a reintervenções a médio e longo prazo. Neste caso, o paciente evoluiu de forma estável e sem intercorrências.</p>
<p>PO 600-1</p> <p>PLASMOCITOMA HEPATICO SOLITARIO COMO ACHADO INCIDENTAL EM EXPLANTE HEPATICO: RELATO DE CASO</p> <p>Polianna Ferreira Vieira, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Fernando Marcus Felipe Jorge, André Luiz Conde Watanabe, Bárbara Elis de Araújo, Paola Cristine Ferigolo, Suzy Moura Trindade Viana, Pedro Henrique Nunes de Araujo</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A neoplasia de células plasmáticas pode surgir como uma lesão isolada, o plasmocitoma solitário (PS), ou como múltiplas lesões, caracterizando o mieloma múltiplo. O PS pode ainda ser ósseo ou extramedular, sendo que o plasmocitoma de localização hepática é raro, mais comumente encontrado em autópsias e está associado a uma forma mais agressiva da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 52 anos, com diagnóstico de cirrose hepática secundária a hemocromatose há 2 anos, após longo período com a doença bem controlada, apresentou descompensação aguda sem causa bem definida, e foi submetido a transplante hepático cadavérico. No momento do procedimento, apresentava escore do Model for End-Stage Liver Disease (MELD) de 32 e escore Child-Pugh de 15. Optou-se pela técnica de Piggyback, com isquemia hepática de 7 horas e 2 minutos, sendo transfundidos 605 mL por meio de sistema de autotransfusão intra-operatório (Cell Saver) e 3 unidades de concentrado de hemácias durante a cirurgia. O paciente foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em intubação orotraqueal e uso de noradrenalina 0,3 mcg/kg/min. Evoluiu no pós-operatório com insuficiência renal dialítica, com eventual recuperação da função renal no 15º dia pós-operatório (PO). A dieta por via oral foi iniciada no 4º PO e o paciente recebeu alta da UTI no 7º PO. Apresentou reativação de citomegalovírus, devidamente tratada com ganciclovir, e rejeição aguda moderada, com boa resposta à pulsoterapia com metilprednisolona. Recebeu alta hospitalar no 23º PO. O exame anatomopatológico do explante hepático mostrou nódulo de 2,7 cm no segmento VIII, compatível com carcinoma hepatocelular e outro compatível com colangiocarcinoma intra-hepático medindo 1,7 cm no segmento IVb. Também se observou área esbranquiçada de contornos irregulares no segmento V, medindo cerca de 2,5 cm, evidenciando extensa infiltração de tecido hepático por numerosos plasmócitos, com fibrose associada. O perfil imuno-histoquímico dessa lesão, associado ao quadro histopatológico confirmou plasmocitoma com restrição de cadeia leve lambda, infiltrando tecido hepático. O seguimento ambulatorial realizou-se com avaliação hematológica, com mielograma e biópsia de medula óssea sem evidências de mieloma múltiplo. Um ano após o transplante, o paciente apresenta hérnia incisional em região de epigástrico e hipocôndrio direito, mas está clinicamente bem e com boa função do enxerto.</p> <p>DISCUSSÃO: O plasmocitoma hepático solitário é uma lesão rara e pode ter um prognóstico bastante reservado, ressaltando a importância do seguimento e investigação hematológica minuciosos quando descoberto de forma incidental como no caso descrito. A sua presença, bem como a das demais neoplasias coexistentes, é a causa mais provável da descompensação clínica do paciente previamente ao transplante, porém não foram detectadas em Ressonância Magnética realizada no pré-operatório, demonstrando as limitações da avaliação de um fígado cirrótico macronodular por exames de imagem.</p>	<p>PO 600-2</p> <p>RELATO DE CASO: LOBECTOMIA + RESSECÇÃO DE ARCOS COSTAIS EM BLOCO POR CARCINOMA ESCAMOSO EC IV</p> <p>Giovani Waltrick Mezzalira, Carina Yumi Takahashi, Ismael Rodrigo Dias, Gustavo Polessio Noal, Sasha Keith Kovaluk</p> <p><i>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais comum de câncer pulmonar em nosso meio, responsável por até 2/3 dos casos, principalmente em homens. Muitas vezes, não causa sintomas até a doença já estar avançada e os locais frequentemente envolvidos por metástases são: adrenais, fígado, ossos e cérebro. O caso relatado é de paciente com carcinoma escamoso EC IV que apresentou melhora do sintoma e da qualidade de vida após tratamento cirúrgico inicial.</p> <p>RELATO DE CASO: A.M, masculino, 54 anos, agricultor, procedente de Jaraguá do Sul/SC, tabagista 50 maços/ano, ex-etilista, exposição a agrotóxicos. Sem comorbidades ou alergias conhecidas, sem alteração do peso corporal, febre, tosse ou dispnéia. Procurou atendimento por dor nas costas de início há 8 meses, sem fator de alívio ou agravamento, não associada à movimentação/postura, sem relação com a respiração, sem irradiação, sem afecções motoras. Dor de caráter constante, chegando a acordá-lo à noite. Iniciou investigação de lesão pulmonar à esquerda evidenciada em radiografia de tórax da admissão. A Tomografia de tórax observou lesão expansiva no segmento posterior do lobo inferior esquerdo, associada a sinais de infiltração de arcos costais posteriores adjacentes e evidências de invasão pleural, além de linfonodos de dimensões aumentadas ao nível para-hilar esquerdo e subcarinal. Realizada biópsia pulmonar transcutânea com auxílio de ecografia para localização da lesão e presença do patologista em sala, confirmando carcinoma escamoso. A TC de abdome apresentou nódulo em glandula suprarrenal esquerda, não podendo ser excluída a hipótese de implante à distância. Foi submetido à mediastinoscopia com linfadenectomia mediastinal das cadeias 4R, 7, 8 e 11R evidenciando linfonodos sem neoplasia. O relatório da função pulmonar demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo de grau moderado, com resposta ao broncodilatador: VEF1 pré 2,04L 55% pós 2,22L 60%. Optado por realizar lobectomia pulmonar esquerda (LIE) + ressecção do segmento lingular + ressecção de arcos costais (4,5,6 e 7) em bloco. O tempo cirúrgico foi de 12 horas, permanecendo 2 dias do pós operatório em UTI com boa recuperação e controle algico, recebendo alta 19 dias após o procedimento cirúrgico. Anatomopatológico: pulmão esquerdo com carcinoma de células escamosas, pouco diferenciado, com 7,2cm no maior eixo, infiltrando parede torácica e arcos costais, com invasão angiolinfática e margem brônquica livre.</p> <p>DISCUSSÃO: Após diagnóstico e estadiamento do Câncer de Pulmão, é importante avaliar sintomas do paciente e status de performance para considerar procedimento cirúrgico, mesmo com doença avançada. No caso relatado, o paciente apresentava um tumor T3 N0 M1b e foi optado iniciar tratamento com a ressecção cirúrgica devido à queixa do paciente e risco de invasão vertebral. Obteve melhora importante da dor e qualidade de sono. Segue acompanhamento oncológico com tratamento quimioterápico e aguarda planejamento cirúrgico para ressecção de adrenal esquerda.</p>

PO 601-1	PO 602-1
<p>CISTO HEPÁTICO NÃO PARASITÁRIO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Winne Nolêto Martins, Wendel Santos Furtado, Carine Avello Matos, Guilherme Menezes Andrade Filho, Phylpe Augusto Oliveira, João Marcos Monteiro Ramos, José Miguel Silva Maciel Junior</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cistos hepáticos não parasitários são, em sua maioria, benignos com baixa prevalência na população mundial. São normalmente assintomáticos, podendo apresentar sintomas de acordo com o tamanho e localização no momento do diagnóstico. Em 50% dos casos são únicos, podendo apresentar-se como múltiplos ou difusos no parênquima hepático além de mais comuns em mulheres adultas. Visando a sintomatologia normalmente ausente da lesão cística, devem ser excluídas outras etiologias antes de diagnosticar o cisto como causa principal do sintoma. No relato do caso apresentado neste estudo, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico das lesões císticas por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 58 anos, hígida, apresentando dor em hipocôndrio direito há 2 semanas de moderada intensidade associada à irradiação para dorso. Realizados exame complementares para elucidação diagnóstica sendo evidenciados dois cistos hepáticos de dimensões 83x99mm e 64x62mm, sendo assim optada pela laparoscopia terapêutica por cisto hepático sintomático. Os exames pré-operatórios assim como as sorologias não elucidaram a origem do cisto. No transoperatório foi visualizado cisto volumoso em lobo esquerdo, segmento II e IV, na dúvida diagnóstica foi realizado envolvimento do local com gazes irrigadas com solução salina 3%. O cisto teve seu conteúdo aspirado e prosseguiu-se com destelhamento do cisto e cauterização de seu assoalho. Visualizado ainda outro cisto em seguimento VII, em que foi realizada a mesma técnica de destelhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: Com as melhorias realizadas em métodos diagnósticos e de tratamento, a possibilidade da exclusão de diagnósticos diferenciais e decisão de melhor conduta cirúrgica individualizada vem apresentando bons aspectos. O cisto hepático tem como indicação cirúrgica principal sua sintomatologia, que é normalmente ausente. Nos casos em que há sintomatologia, alguns tratamentos são indicados, a depender do paciente e da experiência do cirurgião, são eles: aspiração percutânea do conteúdo do cisto, técnica laparoscópica de destelhamento cístico ou ressecção de segmento hepático, até a necessidade de transplante hepático, em último caso. A laparoscopia vem crescendo exponencialmente como técnica cirúrgica pela possibilidade de boa visualização do campo cirúrgico, alívio dos sintomas no pós-operatório, melhor recuperação pós operatória do paciente e menor recorrência da lesão, comparado com procedimentos mais simples como a aspiração percutânea. O estudo aprofundado das técnicas operatórias e suas indicações são de grande valor para um melhor resultado pós procedimento.</p>	<p>HIDATIDOSE POLICÍSTICA COMPLICADA COM ABSCESSO HEPATICO E FISTULA HEPATO-PLEURAL</p> <p>Viktor Dias Magalhães, Maria Caroline Silva Wiciuk, Laura Helena Saldívar, Mabilia Jesus Lima, Marco Antonio Carvalho Guedes, Thor Oliveira Dantas, Everton Gentil Beltrame, Nilton Ghiotti Siqueira</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidatidose é uma doença causada por cestóides do gênero <i>Echinococcus</i>, tem 4 espécies distintas e possui três formas de doença: a cística causada pelo <i>E. granulosus</i>, a alveolar pelo <i>E. multilocularis</i> e a policística, cujo agentes são o <i>E. oligarthrus</i> e o <i>E. vogeli</i>. Estes últimos, são restritos às Américas Central e do Sul, principalmente na região amazônica</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ♂, 53 anos, agricultor, portador de cirrose hepática, CHILD B por VHB e hidatidose policística, em uso de enterocavir e albendazol. No mês antes da internação apresentava dor em HD, irradiando para as costas, hiporexia e febre. Na admissão apresenta ao US: cisto hidático abscedado em todo lobo direito. Iniciado o tratamento com Imipenem e drenagem percutânea do abscesso, com saída de 750 ml de pús. No esfregaço não foram identificados ganchos ou protoescoléx de <i>Echinococcus</i>. No pós-operatório apresentou dor torácica, tosse seca e hipóxia. A tomografia evidenciou um volumoso empiema pleural à direita, que foi drenado em selo d'água, com alto débito por 15 dias. No controle, foi evidenciado encarceramento parcial do lobo superior e optou-se por drenagem aberta e irrigação da loja com SF 0,9% e fisioterapia respiratória. Novo controle por CT não houve melhora da loja do encarceramento pulmonar e com aparecimento de abscesso em porção posterior da base em HTD. Optou-se por realizar pleurostomias em ambas cavidades, sob anestesia local e sedação. No procedimento evidenciou-se a existência de uma fistula hepato-torácica com a cavidade residual do empiema, caracterizando disseminação por contiguidade. Na evolução apresentou anemia severa, por provável perda por gastropatia hipertensiva (EDA - varizes de esôfago de fino calibre) sendo reposto com concentrado de hemácias. Curso com desnutrição, ascite e edema de MMII. Sendo tratado com furosemida, espironolactona, paracetamoles de alívio e suporte nutricional por sonda. Devido à melhora progressiva do paciente, recebeu alta uma semana após a pleurostomia com substituição dos antimicrobianos por Cipro® e Flagyl® e sintomáticos</p> <p>DISCUSSÃO: As complicações evolutivas da hidatidose hepática incluem o abscesso e o trânsito hepato-torácico nos casos em que a lesão é contígua ao diafragma; a frequência na literatura é entre 2% e 11%. A toracotomia ou toracofrenolaparotomia podem ser indicadas em coexistência de hidatidose hepática e pulmonar, porém não é consenso na literatura. No caso demonstrado, o tratamento cirúrgico era impeditivo devido à baixa reserva hepática. Estes aspectos da doença são de importância, pela associação com a cirrose hepática, que acrescenta complexidade ao manejo clínico, pelo comprometimento imune, hipalbuminemia e tendência a formação de ascite. Pacientes cirróticos fazem infecções bacterianas com maior frequência e gravidade do que a população geral. Assim, diagnóstico e tratamentos precoces, podem prevenir evoluções graves e possivelmente fatais que possam vir a se desenvolver, caso o diagnóstico e o tratamento não sejam adequados</p>
<p>PO 602-2</p> <p>PNEUMECTOMIA EM PACIENTE JOVEM APOS DIAGNOSTICO DE MESOTELIOMA PLEURAL</p> <p>SEIVAL ALVES OLIVEIRA JUNIOR, JORGE LUCIO COSTA MEDEIROS DANTAS, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO, PEDRO HENRIQUE ALMEIDA FRAIMAN, CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DENED MYLLER BARROS LIMA, GABRIELA LIMA NOBREGA, REBECCA GOMES FERRAZ</p> <p><i>Hospital Universitário Onofre Lopes - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O mesotelioma pleural é o tipo mais comum de mesotelioma e normalmente envolve um prognóstico restrito, tendo em vista a agressividade da patologia e o diagnóstico tardio. O presente trabalho, relata o caso de uma paciente na segunda década de vida, sem exposição ao asbesto, com diagnóstico anatomopatológico e imuno-histoquímico compatível com mesotelioma epitelioide pleural, apresentando desfecho positivo após pneumectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente L.R.S, sexo feminino, 24 anos, trabalhadora do lar, previamente hígida, admitida em hospital de urgência com dor torácica súbita, pleurítica, associada a taquidispneia aos moderados esforços com redução do murmúrio vesicular em base pulmonar direita, afebril, sem tosse, edema em membros inferiores ou hemoptise. Confirmado derrame pleural à direita em radiografia de tórax, sendo submetida a drenagem em selo d'água e iniciada antibioticoterapia empírica sem resposta clínica. O líquido drenado apresentava aspecto leitoso e dosagem de triglicérides na amostra de 953,6 mg/dl. Encaminhada ao serviço do Hospital Universitário Onofre Lopes para realização de tomografia de tórax que evidenciou imagem hiperdensa em lobo superior de pulmão direito com medidas 4,8 x 3,2 x 3,9 cm justapleural, sem alterações mediastinais; TC abdominal e USG de mamas e tireóide, sem alterações. Realizado videotoracoscopia e pleuroscopia com biópsia da lesão nodular em pleura e tumoração localizada no lobo superior direito em região posterior. Anatomopatológico revelou lesão de células poligonais com citoplasma amplo e eosinofílico, cromatina vesicular e núcleo com nucléolo proeminente e eosinofílico, estudo de imuno-histoquímica com anticorpos de Calretinina positivo e Citoqueratins 1-8, 10, 14-16 e 19 positivas, demais marcadores testados negativos, sendo o diagnóstico compatível com Mesotelioma de variante epitelioide. Optado pela ressecção de todo parênquima pulmonar direito em bloco, além de exérese de linfonodos mediastinais. Paciente evoluiu clinicamente e hemodinamicamente estável nos dias atuais, sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso remete uma situação atípica frente aos mesoteliomas pleurais, visto que a epidemiologia comumente está relacionada a homens com exposição ao asbesto e um tempo de latência de pelo menos 30 anos, entre a manifestação dos sintomas e a exposição a substância. O arsenal terapêutico é restrito, e o diagnóstico tardio dificulta o tratamento dos pacientes. Quando a ressecção completa macroscópica é escolhida, o intuito deve ser a remoção de todo tumor visível ou palpável, sem levar em consideração a pneumectomia extrapleural ou abordagem com preservação pulmonar. Esse procedimento agressivo deve ser limitado a cirurgiões e centros com experiência adequada nesses procedimentos, e no gerenciamento pós operatório, como observado em nosso serviço.</p>	<p>PO 603-1</p> <p>ASSOCIAÇÃO ENTRE PERFURAÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL E ABSCESSO HEPATICO CAUSADOS POR INGESTA DE ESPINHA DE PEIXE - UM DESFECHO RARO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Marcel Takeshi Shono, Eduardo Lenza Silva, Rodrigo Silveira Rocha</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ingesta de corpos estranhos provocando perfurações do trato gastrointestinal (TGI) são extremamente raras e constituem menos de 1% dos casos. O corpo estranho mais comumente ingerido por acidente é a espinha de peixe. Sintomas inespecíficos dificultam a suspeita diagnóstica, tornando o diagnóstico tardio, piorando o prognóstico do paciente e elevando a mortalidade. Apresentamos o relato de dois casos com associação incomum entre perfuração do TGI e formação de abscesso hepático, secundários à ingestão de espinha de peixe.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: TMSR, feminino, 56 anos, relato de dor abdominal em hipocôndrio direito, há 7 dias, com piora há 24 horas, associada a febre e hiporexia. Ingeriu peixe há 15 dias. Apresenta constipação intestinal há 6 dias. À TC de abdome contrastada: opacidade linear de 3,5cm (interrogada espinha de peixe) transfixando o piloro e se alojando entre este e o segmento IV do fígado. Abscesso de 5,7cm no segmento IV do fígado com gás no seu interior. Iniciado Ciprofloxacino e Metronidazol e procedida drenagem do abscesso intrahepático via laparotomia supraumbilical, em segmento IVb com saída de líquido purulento e material necrótico, retirado corpo estranho compatível com espinha de peixe de cerca de 3cm, sem visualização de perfuração gástrica. Deixado dreno tubular 32 Fr. Caso 2: JPCA, masculino, 31 anos, apresentou dor em hipocôndrio direito associada a náuseas, eructações, plenitude pós-prandial e perda ponderal (3kg) há 3 semanas com piora há 2 dias (coincide com ingestão de peixe com espinhas). À TC de abdome contrastada: volumosa lesão expansiva no lobo hepático esquerdo, ocupando segmentos IV (A e B), II e III. Há foco de calcificação linear em sua periferia, junto à sua cápsula, em direção ao antro gástrico (provável corpo estranho), com densificação de planos adiposos adjacentes. Realizada antibioticoterapia com Ampicilina com Sulbactam, escalonado para Piperacilina com Tazobactam e Metronidazol. Procedida laparotomia exploradora com drenagem de abscesso e saída imediata de secreção purulenta espessa em grande quantidade. Posicionado drenos tubulares 28Fr.</p> <p>DISCUSSÃO: Ao se considerar a hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo, as lesões decorrentes de perfurações por corpos estranhos devem ser sempre consideradas, e é necessário atentar à possibilidade de abscesso hepático secundário.</p>

PO 603-2	PO 603-3
<p>PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>Raissa Silva Frota, Danillo Pedro Mendes da Silva, Trícia Aline Ribeiro Patinni de Souza, Ricardo Presotto Trolezi, Eduarda Oliva Ribeiro Rangel, Rodrigo João Taveiro Lopes, Leonardo Faidiga, André Fraga Rueda</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumotórax é uma das complicações intraoperatórias mais comuns, ocorrendo em 5% a 8% dos pacientes. Trata-se do acúmulo de ar no espaço pleural. Ele pode ocorrer após trauma, cirurgia, iatrogenia, espontâneo, ou em consequência de doença pulmonar. O espontâneo ocorre em consequência da ruptura de blebs subpleurais (primário) ou outra doença pulmonar (secundário). Este problema resulta em pressão intratorácica positiva causando compressão do pulmão e mediastino, desvio do mediastino e diminuição na ventilação e retorno venoso. Colapso cardiopulmonar e óbito podem acontecer. Descompressão imediata com jelo grosso ou colocação de um dreno torácico são procedimentos salvadores nesta situação.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo masculino, 23 anos, queixa de dor torácica e dispneia há 2 meses. Evoluiu com dor em região subcostal direita, tipo pontada, em repouso. Nesse intervalo relata episódio de trauma em região torácica direita, com melhora espontânea. Há 15 dias procurou atendimento devido piora da dispneia (em repouso), tosse produtiva e persistência da dor. Tabagista e etilista. Ao exame físico: regular estado geral, desconforto, dispneico e saturação de O₂: 96%. Tórax: expansibilidade diminuída a direita, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído a direita e também enfisemas subcutâneos. Abdome: sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose. Raio X de tórax: pneumotórax de grande volume a direita. Conduta: drenagem torácica em selo d'água e internação hospitalar. Alta hospital em 8 dias, sem intercorrências e/ou queixas clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: A história clínica é fundamental e norteadora da condução do tratamento precoce e o restabelecimento do paciente. Os sintomas de pneumotórax incluem dor e dispneia. Pacientes com pneumotórax espontâneo são geralmente jovens longilíneos. Exames de imagem para o diagnóstico incluem radiografia de tórax e, ocasionalmente, TC. Nosso caso se refere a um pneumotórax espontâneo secundário, são gerados por rompimento de bolhas pulmonares, também áreas de fraqueza das paredes, causadas por doenças pulmonares subjacentes. A mais frequente, responsável por 90% dos casos é o DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) causada pelo tabagismo. Enfisema subcutâneo pode ou não estar presente. O tratamento depende do tamanho do pneumotórax e da gravidade dos sintomas.</p>	<p>LINFANGIOMA PERIRRENAL</p> <p>Jeanne Priscila Santos, Ana Virginia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Lucio Lucas Pereira, Marcela Louise Gomes Rivas, Mario Henrique Bitar Siqueira</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfangioma é uma malformação rara do sistema linfático, resultante de uma dilatação anormal dos ductos linfáticos, sendo mais frequente a ocorrência nas regiões cervical (75%) e axilar (20%). A localização retroperitoneal é responsável por menos de 1% de todos os casos. A maioria dos casos relatados na literatura é identificada incidentalmente, no entanto alguns linfangiomas abdominais podem cursar com dor. O tratamento definitivo das lesões é a ressecção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 50 anos, procurou atendimento em novembro de 2015 após queda da própria altura, a partir da qual apresentou dor intensa dorsal, com irradiação abdominal, piorada ao repouso prolongado. Ao exame físico do abdome, este encontrava-se semi-globoso, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos e indolor a descompressão brusca. Foi realizada tomografia computadorizada na investigação, que evidenciou a presença de uma massa hipodensa de cerca de 4 cm próxima a rim esquerdo, associada a linfonodomegalia peri-aortica. Em dezembro de 2016, foi realizada laparoscopia diagnóstica, na qual foi visualizada uma lesão perirrenal à esquerda, próxima à aorta, de aspecto cístico, sendo esta ressecada durante o procedimento cirúrgico. Evoluiu com fistula quilosa, com resolução após tratamento conservador. O exame anatomopatológico e o procedimento imuno-histoquímico indicaram o diagnóstico de linfangioma cístico. Paciente apresentou recidiva da lesão em 2018, diagnosticada por meio de tomografia computadorizada de abdome de controle, sendo indicada nova abordagem cirúrgica. Foi submetida à nova laparoscopia, porém pela grande quantidade de aderências foi optado por conversão para cirurgia aberta, com exérese do linfangioma recidivado. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências no pós-operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais clínicos ou bioquímicos de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Linfangiomas renais representam uma condição rara de grande desafio diagnóstico, cujo tratamento é eminentemente cirúrgico. O caso relatado aborda a identificação de um linfangioma cístico de localização retroperitoneal submetido a tratamento cirúrgico.</p>
<p style="text-align: center;">PO 604-1</p> <p>AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR E COLANGIOCARCINOMA EM SÍNDROME COLESTÁTICA</p> <p>Caio Winch Janeiro, Fabianne Fernandes Pereira, Fernanda Mello Tavares, Gustavo de Souza Andrade, Heitor Munhoz Pereira</p> <p><i>Centro Universitário de Adamantina - Adamantina - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma é um tumor raro, de origem nas células epiteliais dos ductos biliares e que, dependendo do seu local de acometimento, possui características e tratamentos específicos. A agenesia da vesícula biliar também é uma anomalia rara, geralmente achada incidentalmente. Este trabalho relata uma paciente portadora das duas patologias acima apresentada de uma forma clássica: a síndrome icterícia de padrão coleostático.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 52 anos, apresentou queixa de dor abdominal há 30 dias, intermitente em hipocôndrio direito, com piora pós-prandial, associada à náuseas e febre não aferida. Ao exame físico apresentava-se com queda do estado geral, icterícia 2+/4+, emagrecida e com dor à palpação de hipocôndrio direito. Na tomografia de abdômen observou-se discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas esquerda, colédoco preservado e vesícula biliar ausente, sem antecedentes de remoção cirúrgica. A colangiorensonância magnética evidenciou uma formação irregular e hipovascularizada no fígado, envolvendo o ramo esquerdo da veia porta e dilatação das vias biliares do lobo hepático esquerdo com estenoses associadas. Com o padrão de icterícia coleostática associada à marcadores tumorais (CA 19-9) elevados, optou-se por realizar uma biópsia hepática guiada por ultrassonografia que confirmou a hipótese de colangiocarcinoma. A paciente foi submetida à colangiografia transcutânea com derivação biliar interna com prótese que não venceu a obstrução neoplásica.</p> <p>DISCUSSÃO: O colangiocarcinoma é um tumor maligno raro, originário do epitélio biliar, atingindo qualquer parte do ducto biliar sendo a forma intra-hepática o tipo mais raro. Devido a sua clínica ser inespecífica em fases iniciais, o diagnóstico costuma ser tardio e difícil, sendo o tratamento cirúrgico a única forma de aumentar a sobrevida ou curar. Neste caso a paciente apresentava os sintomas mais frequentes descritos na literatura: dor abdominal, anorexia, náuseas e icterícia. Além do marcador tumoral CA 19-9 estar geralmente elevado no colangiocarcinoma. Casos de agenesia de vesícula são extremamente raros, sendo relatados 413 casos na literatura mundial e não mais que 3 casos em revistas médicas latino-americanas. Sendo assim, a associação de colangiocarcinoma com agenesia de vesícula biliar é ainda menor, com apenas um caso relatado de agenesia sincrônica da vesícula biliar e colangiocarcinoma. Ressaltamos a importância desse caso para a literatura, visto que relatos desse tipo são escassos.</p>	<p style="text-align: center;">PO 604-2</p> <p>AMPUTAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA TRAUMÁTICA ASSOCIADA A PNEUMONECTOMIA: RELATO DE CASO</p> <p>Bianca Lopes Barros, Ana Leticia Maria Lins Leal, Jordana Mambelle Sousa Melo, Vitória Laiza Sousa Sales, Paulo Leão De Menezes, Sabrina Severo de Macêdo Duarte, Silvano Araújo Do Ó Filho, Eduardo Antonio Lopes Barros</p> <p>INTRODUÇÃO: A Amputação Interescapulotorácica é uma alternativa terapêutica aos procedimentos decorrentes de lesão grave de extremidade superior, teve seus primeiros relatos em meados do século passado, e é principalmente utilizada para ressecção de tumores axilares (em especial, os sarcomas), sendo raríssimos os relatos desse tipo de cirurgia em trauma, principalmente, com Pneumonectomia concomitante. Consiste na remoção da Escápula e Clavícula, e todo membro superior do lado acometido. Além da avaliação dos potenciais de cicatrização do membro associado e da funcionalidade para o paciente, faz-se necessário o manejo adequado no tratamento imediato, em possíveis complicações e, durante a reabilitação.</p> <p>RELATO DE CASO: E.H.G.S, 29 anos, masculino, oriundo de PS de Jardim d' Abril, em Osasco. Foi atendido há 02 dias com relato de amputação traumática subtotal do membro superior esquerdo e esmagamento do hemitórax esquerdo, oriundos de atropelamento por caminhão ao dormir em estado etílico por trás de uma das rodas. Foi submetido a uma Traqueostomia e Intubação Orotraqueal, sob pressão positiva, devido a péssimos parâmetros ventilatórios, realizou-se a amputação do membro superior, evoluindo com extensa área de necrose e septicemia, referenciado ao HC-FMUSP, onde foi indicada a Amputação Interescapulotorácica com Pneumonectomia concomitante devido à destruição do pulmão esquerdo com rotação muscular do M. Grande Dorsal e Mm. Peitoral Maior e Menor. Nesse caso, foi feito por abordagem de Berger, para controle precoce das estruturas vasculares de estreito superior do tórax, associada à via posterior (Littlewood), para soltar o grande dorsal e facilitar a ressecção pulmonar. Foram realizadas ligaduras vasculares e ressecção em monobloco da clavícula, escápula e coto remanescente de membro superior; logo após, foi realizada a toracotomia com visualização do dano pulmonar irreversível. Abordou-se o hilo pulmonar e foi realizado a sutura vascular com fio de algodão 4.0 transfixantes, e prolene 4.0 para sutura brônquica ambos com pontos separados. Terminada a Pneumonectomia, lavou-se a cavidade e parede torácica, foi feita rotação do retalho do M. Grande Dorsal e parte remanescente, ainda viável, dos músculos peitorais para a correção do defeito na parede torácica. Paciente evoluiu com dificuldade de restabelecimento dos padrões fisiológicos de ventilação, pneumonia de repetição em pulmão remanescente, necessitando de antibioticoterapia e obteve alta após 7 meses de tratamento, quando houve estabilização do quadro clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso relatado evidenciou quadro clínico de septicemia devido a necrose do membro superior esquerdo, cintura escapular, parede torácica e pulmão esquerdo. Na qual, a amputação interescapulotorácica foi utilizada como medida terapêutica para reversão do quadro. Dessa forma, propiciou-se melhora do padrão ventilatório, além de favorecer o processo de reconstrução muscular, permitindo assim a recuperação do paciente.</p>

PO 605-1	PO 605-2
<p>ABCESSO HEPATICO PIOGENICO RECORRENTE</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Marcel Takeshi Shono, Marco Túlio Barroso Vilarinho, Davi Farias Pereira, Izabella Rezende Oliveira, Diego Fernandes Queiroga Pita</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico ocorre devido ao desenvolvimento de coleção purulenta intra-hepática secundária à reação celular inflamatória local por infecção de bactérias no parênquima hepático. O espectro microbiológico comum varia de acordo com a região refletindo ampla variabilidade nos fatores de risco e curso clínico da doença. O diagnóstico normalmente é realizado com base na clínica, exames laboratoriais e exames de imagem (ultrassom e tomografia). A associação de intervenção radiológica, seja ela por punção ou drenagem, e antibioticoterapia com quinolona e nitroimidazólico tem mostrado melhores resultados na atualidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 51 anos, sem doenças crônicas, relata que há 2 meses iniciou quadro de astenia, febre e dor em hipocôndrio direito (HD) associada a calor, rubor e edema local. Refere também queda de altura há 2 anos com impacto em HD. Foi realizada TC de abdome sugerindo abscesso encapsulado no segmento hepático V e optou-se por tratamento conservador e alta com retorno após uso de ciprofloxacino e metronidazol. Ao retorno foi solicitada nova TC, evidenciando aumento da coleção e foi iniciado o uso de piperacilina+tazobactam. O paciente foi então transferido para unidade de saúde quaternária onde foi realizada drenagem percutânea sem sucesso, devido líquido purulento aspirado ser muito espesso e por não haver dreno adequado no serviço. O paciente evoluiu com piora da dor e leucocitose e foi submetido a procedimento cirúrgico de exérese de cápsula do abscesso hepático, que foi enviada para cultura e não houve crescimento bacteriano, tendo alta após melhora clínica, com dreno hepático e prescrição de piperacilina+tazobactam e metronidazol. Retornou após 10 dias para acompanhamento ambulatorial, com pequena saída de coleção no dreno e com nova TC de abdome evidenciando 3 abscessos hepáticos em segmentos VI e VII. Foi feita a retirada do dreno e nova drenagem percutânea pela radiologia intervencionista, com saída de aproximadamente 120mL de líquido purulento. Foi solicitada Colonoscopia, EDA e USG abdominal para continuar investigação da etiologia do quadro de abscesso hepático recorrente.</p> <p>DISCUSSÃO: Atualmente o índice de recorrência de abscessos hepáticos não superam a taxa de 10% quando realizado o tratamento correto. Temos aqui um quadro de recorrência persistente associado a mudanças expressivas das características do abscesso.</p>	<p>RESSECÇÃO DE TUMOR GIGANTE DE MEDIASTINO VIA TORACOTOMIA CLAMHELL COM MELHORA DOS SINTOMAS DE MASSA.</p> <p>GIOVANI WALTRICK MEZZALIRA, ISMAEL RODRIGO DIAS, ANA CAROLINA CARVALHO FONSECA, CARINA YUMI TAKAHASHI, SASHA KEITH KOVALIUK, GUSTAVO POLESSO NOAL</p> <p><i>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ - JARAGUA DO SUL - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores de mediastino são uma constante no dia a dia do cirurgião torácico, porém grandes massas mediastinais são raras, causam sintomas importantes no paciente do ponto de vista ventilatório/circulatório e sua abordagem, mesmo complexa, se faz necessária para o tratamento ou ao menos, alívio da sintomatologia. O objetivo deste relato de caso é descrever um paciente com tumor gigante de mediastino anterior, sem resposta ao tratamento clínico e com piora progressiva dos sintomas, que após cirurgia de ressecção tumoral pela incisão de Clamshell, apresentou melhora significativa dos sintomas causados pelo efeito de massa do tumor.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.L.S.G, masculino, 26 anos, natural de Curitiba/PR, hígido, sem histórico de tabagismo ou exposição ocupacional a patógenos. Procurou atendimento queixando-se de tosse seca com piora progressiva, perda ponderal, febre vespertina e sudorese, iniciados há 5 meses. Na tomografia de tórax, havia extensa lesão expansiva extrapulmonar em mediastino anterior, sugestiva de lesão neoplásica. Foi submetido a videotoracoscopia e biópsia de massa mediastinal, revelando neoplasia mesenquimal e com imunohistoquímica definindo neoplasia maligna fusocelularpleomórfica de alto grau. Iniciou tratamento com quimioterapia, e após 4 meses apresentava aumento da tumoração e piora importante dos sintomas, com limitação das atividades diárias e, inclusive, impossibilidade de decúbito para o sono. Foi submetido a tratamento cirúrgico, com necessidade de pericardiocentese pré operatória para estabilização. Através de uma toracotomia com incisão de Clamshell foi realizada a ressecção do tumor mediastinal (2.640g), com ressecção pulmonar em cunha e linfadenectomia. O anatomopatológico da lesão definiu teratoma maligno. Após o procedimento cirúrgico, paciente recebeu suporte nutricional e fisioterápico, com melhora clínica gradual e alta no 23º pós operatório, apresentando melhora significativa dos sintomas, conseguindo realizar suas atividades rotineiras, inclusive se casou e fez uma viagem de lua de mel, o que representou a grande conquista para este caso clínico. Permaneceu 6 meses oligossintomático e com boa qualidade de vida, até a recidiva da doença. Apesar do tratamento quimioterápico, voltou a apresentar sintomas de dispnéia intensa, perda ponderal e dor torácica. Foi internado com quadro de derrames pleurais volumosos, necessidade de pleurodese - não efetiva - e evoluiu para óbito 1 ano após primeiro atendimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores gigantes do mediastino anterior são raros e podem ser consequência de falha no diagnóstico precoce. Dependendo do tipo histológico apresentam prognóstico reservado e pelo seu volume e localização costumam desencadear sintomas restritivos para o paciente, sendo necessária a abordagem cirúrgica para alívio dos sintomas e eventual busca de um tratamento efetivo. A incisão de Clamshell se mostrou eficaz no acesso às estruturas abordadas nesta dissecação, que pelo tamanho do tumor, representou um desafio cirúrgico.</p>
<p>PO 606-1</p> <p>ABCESSO ESPLÊNICO: RELATO DE CASO</p> <p>Ana Luisa Barros Oliveira, Ana Carolina Martins Faria de Abreu, André Luiz Resende Corrêa, Huberth Andre Vieira Zuba, Marcelo Polastri Gomes Ferreira, Rodrigo Caldas Trindade, Rodrigo Nankran, Michael Giovanni Ladeia Almeida</p> <p><i>Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico consiste em patologia rara, tendo menos de 600 casos descritos na literatura até 2008, porém com aumento crescente. Afeta homens e mulheres na mesma proporção com distribuição bimodal, na terceira e sexta décadas de vida. Possui etiologia certa ainda questionável, sendo os principais fatores de risco a embolia séptica secundária à endocardite bacteriana, anemia falciforme, imunossupressão e infecções contíguas em órgãos adjacentes, devido a úlceras pépticas perfuradas, pancreatite e empiema pleural. O quadro clínico é inespecífico, sendo a tríade febre, dor abdominal em hipocôndrio esquerdo e esplenomegalia mais comum, entretanto, os sintomas podem variar. A propedêutica consiste em ultrassonografia para identificar número, topografia e tamanho do abscesso, tomografia que possui melhor sensibilidade e especificidade, e radiografia de tórax, podendo evidenciar elevação de cúpula diafragmática e derrame pleural esquerdo. Não há tratamento estabelecido por protocolo, sendo possível a realização de antibioticoterapia de amplo espectro, drenagem percutânea ou aberta e esplenectomia laparoscópica ou aberta. Este relato de caso torna-se relevante devido raridade da doença e importância de identificação dos sintomas precocemente para tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.A.S, 36 anos, sexo feminino, com relato de dor em hipocôndrio esquerdo (HCE) de forte intensidade em fincada, com irradiação periumbilical, lombar, torácica e para membro superior esquerdo acompanhada de astenia, febre em domicílio e hiporexia com perda de peso (4kg em 12 dias). Possui HAS, pancreatite alcoólica prévia, hemorragia digestiva alta por doença ulcerosa péptica e IRA; pseudocisto pancreático em tratamento expectante (Em outubro de 2016, realizou ressonância magnética com colangiografia evidenciando pancreatite aguda; e duas formações císticas, sendo na cauda pancreática e na gordura peripancreática; além de pequenas lesões focais esplênicas, inespecíficas). Na vigência do quadro agudo, realizou tomografia computadorizada que evidenciou coleções subcapsulares esplênicas septadas na sua porção superior e inferior, determinando alterações nos seus contornos, medindo 321 ml e 115ml, além de circulação colateral junto à artéria gástrica fúndica e hilo esplênico e hepatomegalia. Internou para tratamento de abscesso esplênico, sendo iniciada antibioticoterapia com Metronidazol, ampicilina e gentamicina, e tratamento cirúrgico com esplenectomia total aberta. Evoluiu com anemia no pós-operatório imediato (Hb: 5,6), sendo transfundida, e trombocitose (890000). Mantiendo dreno de penrose até véspera da alta, com drenagem serohemática. Alta no 9ºDPO, sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Esse relato de caso demonstra que o abscesso esplênico pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes, sem outra fonte de infecção, e possui quadro clínico inespecífico. Torna-se importante o reconhecimento precoce, pois a doença acarreta graves complicações e apresenta alto índice de mortalidade se não tratada corretamente.</p>	<p>PO 606-2</p> <p>SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO</p> <p>André Luiz Silva Amaral, Rafael Rodrigues Matos, Renata Fornaciari Lara, Paula Franciene Tagliani, Maria Beatriz Bravin, Camila Paisão Marques</p> <p><i>UNEMAT - Cáceres - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Em pacientes com tumores intratorácicos uma complicação não tão frequente, mas importante, é a síndrome da veia cava Superior (SVCS) que apresenta-se clinicamente com edema de membros superiores, dilatação das veias do pescoço, pletoia facial e cianose, além de cefaleia, dispnéia, tosse e disfagia. A etiopatogenia, em geral, está associada à compressão extrínseca da veia cava por tumores intratorácicos. Por vezes o diagnóstico de SVCS vem concomitante ao diagnóstico do tumor, não raro já com metástase.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 50 anos, encaminhado ao Hospital Regional de Cáceres em agosto de 2018 para realização de drenagem. Relata tosse há trinta dias, sem expectoração, dispnéia com piora progressiva, hiporexia, nega febre. Ao exame físico: regular estado geral, localizado e orientado no tempo e espaço, hipocorado, presença de circulação colateral em ambos hemitórax, edema de tórax, pescoço e face, dispnéico, RCRBNF2T sem sopro, tórax com expansividade diminuída a direita, murmúrio vesicular abolido em base direita e diminuído em terço médio direito. Solicitado tomografia computadorizada de tórax que mostrou massa sólida em mediastino posterior junto ao brônquio fonte inferior direito, medindo 47 x 65 mm, condensação do lobo inferior direito e derrame pleural bilateral. A broncoscopia revelou lesão expansiva em brônquio fonte inferior direito, coletado material e enviado a patologia onde foi feito o diagnóstico de neoplasia de células pouco diferenciadas. Foi realizada a drenagem torácica, racionalizada a administração de volume, dando preferência pelo aporte através dos membros inferiores. Solicitada TC de crânio para rastreamento foi observado massa nodular no cerebelo a esquerda, medindo 30 x 30 mm. Paciente foi estabilizado e encaminhado ao serviço de oncologia para realização de radioterapia, conjuntamente as demais intervenções necessárias, para tentativa de regressão do tumor intratorácico e descompressão da veia cava superior.</p> <p>DISCUSSÃO: A SVCS é condição associada, em 90% dos casos, à tumores intratorácicos. O suporte terapêutico pode ser oferecido tratando-a já como evolução de diagnóstico conhecido ou, como no caso relatado, ser um indicio que subsancie a investigação diagnóstica do tumor. O tratamento por radioterapia mostra-se eficiente em 70% dos casos, com regressão dos sinais sintomas.</p>

PO 606-3	PO 607-1
<p>SINDROME DE KARTAGENER</p> <p>Celeste Santana Oliveira, Alisson Juliani, Leonardo Tavares Oliveira</p> <p><i>UNICEUB - BRASILIA - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença hereditária caracterizada por defeitos estruturais que prejudicam a mecânica do movimento ciliar, 1,2,3. Em aproximadamente 50% dos casos, é associada a situs inversus, caracterizando a Síndrome de Kartagener (SK).⁴ As principais evidências clínicas da doença são infecções do trato respiratório recorrentes ou crônicas que eventualmente complicam com bronquiectasias.⁵ O curso da doença é variável e a clínica se altera de acordo com a faixa etária. Na fase pediátrica, predomina o acometimento das vias aéreas superiores, cursando rinite leve, otite média e sinusite 6,7. No adulto, a SK pode apresentar tosse produtiva e sinusopatia crônica mesmo na ausência de situs inversus.⁸ O diagnóstico pode ser difícil e baseia-se na combinação de dados clínicos e exames complementares. Não há teste ideal para confirmar a DCP.⁵ Atualmente, utiliza-se a combinação de técnicas: (1) óxido nítrico nasal, (2) análise de vídeo microscópico em alta velocidade e (3) microscopia eletrônica de transmissão, o melhor e mais acessível método.^{9,10} Até que se faça o diagnóstico, ocorrem danos progressivos e substanciais aos pulmões, devido às infecções recorrentes.¹¹ Entretanto, ainda não há tratamento definido para pacientes com a síndrome, mas se reconhece a importância de controlar infecções pulmonares crônicas e evitar o declínio da função pulmonar com eliminação de possíveis focos inflamatórios, como o tabagismo.¹² Ressecção pulmonar pode ser considerada na presença de doença pulmonar difusa não responsiva a tratamento clínico. Em caso de doença pulmonar terminal, transplante pulmonar pode ser opção terapêutica.^{13,14}</p> <p>RELATO DE CASO: C.M.B. sexo feminino, 50 anos, solteira, branca, natural de Conceição das Alagoas-MG, procedente de Brasília-DF. Relata que desde os 4 anos apresentava quadros recorrentes de pneumonias e crises de sibilância que evoluíram com tosse produtiva. Aos 9 anos, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax, que constatou Situs Inversus Totalis, corroborando o diagnóstico de SK. Atualmente, refere dispnéia aos grandes esforços associada à tosse com expectoração hialina. Nega outras queixas ou comorbidades. Recentemente, realizou TC de tórax e crânio, observando-se broncopneumonia e pansinusopatia inflamatória, além de situs inversus totalis, de provável etiologia da síndrome.</p> <p>DISCUSSÃO: Em 1933, Kartagener caracterizou a SK como uma malformação congênita rara composta pela tríade de situs inversus com dextrocardia, sinusite crônica e bronquiectasia. Há poucos relatos na literatura sobre a patologia, mas sabe-se que quando o portador da síndrome é devidamente tratado, apresenta bom prognóstico. No caso apresentado, a evolução foi clássica, possibilitando diagnóstico precoce. Apesar de interferir na qualidade de vida do paciente, a progressão da doença foi satisfatoriamente interrompida, evidenciando a importância de intervenções precoces, a fim de evitar evolução desfavorável com necessidade de abordagem cirúrgica.</p>	<p>CISTO HIDÁTICO: RELATO DE CASO</p> <p>Ana Luisa Barros Oliveira, Ana Carolina Martins Faria de Abreu, Huberth Andre Vieira Zuba, Rodrigo Caldas Trindade, Marcelo Polastri Gomes Ferreira, Rodrigo Nankran, Michael Giovanni Almeida, Vitor Henrique Xavier Bomfim</p> <p><i>Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidatidose é uma doença parasitária endêmica, predominante na Região Sul do Brasil. É causada pela forma larval do <i>Echinococcus granulosus</i>, que vive ancorado nas vilosidades do intestino delgado do cão e tem porco, ruminantes e o homem, como hospedeiros intermediários. A contaminação humana ocorre pelo contato com o hospedeiro definitivo (cão) ou pela ingestão de água e vegetais contaminados. Hidatidose caracteriza-se pelo desenvolvimento de cistos de dimensões variáveis, mais frequentes em fígado (75%) e pulmões (15%), que crescem cerca de 2-3cm por ano. Quando ocorre manifestação clínica, decorre geralmente da compressão de estruturas ou órgãos vizinhos, podendo inclusive infectá-los ou comprometer a sua homeostasia. A hidatidose hepática consiste em 50 a 70% das hidatidoses, e pode ser tratada clinicamente com antiparasitário, como albendazol; punção percutânea do cisto (PAIR) ou exérese cirúrgica, total ou parcial do cisto. Tal relato de caso evidencia situação rara, a qual os cirurgiões devem ter conhecimento para diagnosticar e abordar precocemente, evitando complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: O.B.S, masculino, 57 anos, caminhoneiro na região Sul do Brasil, com relato de dor em hipocôndrio direito há 2 anos, acompanhada de alterações gastrointestinais. Sendo diagnosticado abscesso hepático por Tomografia computadorizada (TC), foi encaminhado ao nosso serviço para drenagem via laparoscopia. Realizada punção que evidenciou secreção purulenta. Manteve uso de gentamicina, metronidazol e ampicilina, tendo alta em boas condições clínicas. Evoluiu, após 60 dias, com anemia grave, hipotensão e perda ponderal. Realizada nova TC, tendo volumosa formação cística heterogênea com calcificação parietal em hipocôndrio direito (1636ml), sendo aventada possibilidade de Cisto Hidático, com extensão para o espaço de Morrison/suprarrenal direita, tendo esta glândula aderida ao cisto. Paciente foi então submetido a laparotomia mediana para ressecção do cisto, sem intercrrências, sendo iniciado Albendazol no pós-operatório. Paciente apresentou, no pós-operatório imediato em CTI, insuficiência de glândula suprarrenal, evoluindo a óbito. Laudo anatomopatológico da peça confirmou hipótese de Cisto Hidático, pesando 644 gramas, com paredes fibrosas, centro hemorrágico e necrótico, áreas de calcificações e estruturas tipo cristais.</p> <p>DISCUSSÃO: Esse relato torna-se relevante por demonstrar a importância da anamnese (perfil epidemiológico), e do tratamento do paciente como um todo, já que o quadro clínico da comorbidade não é específico e a evolução, lenta. A Hidatidose, na maioria dos casos, é um achado no decorso do tratamento de outras afecções, e desconhecida pela maioria dos médicos, mesmo ocorrendo endemicamente no país.</p>
<p>PO 607-3</p> <p>HERNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO DE PACIENTE DO SEXO FEMININO COM APENDICITE AGUDA</p> <p>ERICK COELHO VALADARES, VINICIUS PACHECO FERNANDES DA SILVA, CAMILA VEIGA BARBOSA, FERNANDA MATHIAS AGUIAR DA SILVA, LUIZ HENRIQUE JARRA MARTINS, ALEXANDRE TEIXEIRA DE ALMEIDA, ISADORA LISBOA SENA, IAN DAMAS VIEIRA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS - PETROPOLIS - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand tem como definição um apêndice inflamado ou não dentro do saco numa hérnia inguinal, correspondendo a 1% de todas as hérnias inguinais e 1% dos casos de apendicite. A doença é mais comum no sexo masculino, correspondendo a 94% de todos os pacientes. Uma vez que seu quadro clínico é semelhante ao quadro clínico das outras hérnias inguinais, seu diagnóstico é intraoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 39 anos, sexo feminino, cor preta, natural de Petrópolis, brasileira procurou o serviço de ginecologia no Hospital Alcides Carneiro (HAC) com queixa de dor pélvica de início há 02 meses com piora progressiva que evoluiu com febre e abaulamento em região inguinal direita. Ao exame físico, fluxo vaginal com odor fétido, dor pélvica intensa à mobilização do colo uterino e presença de tumoração em região inguinal direita, sendo a hipótese diagnóstica inicial um quadro de DIPA com início de esquema terapêutico empírico com Metronidazol, Ceftriaxona e Doxiciclina. A paciente evoluiu com piora do quadro hemodinâmico sendo solicitado parecer para clínica cirúrgica, a qual durante avaliação sugeriu a hipótese de hérnia inguinal encarcerada. Devido ultrassonografia inconclusiva, solicitou-se tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou presença de formação expansiva anexial direita sugestiva de abscesso tubovariano. Indicado laparotomia exploratória com diagnóstico intraoperatório de hérnia de Amyand, classificada como tipo III Segundo Losanoff e Basso, e tipo C segundo Fernando e Leelaratre, sendo então realizado apendicectomia com herniorrafia aberta.</p> <p>DISCUSSÃO: É descrito em literatura que a hérnia de Amyand corresponde a 1% de todas as hérnias inguinais e 1% dos casos de apendicite, a doença é mais comum no sexo masculino, correspondendo a 94% de todos os pacientes. O mecanismo da hérnia acontece mais de forma indireta do que direta. O diagnóstico da hérnia de Amyand é predominantemente intra operatório, o quadro clínico não é suficientes para diferenciação do tipo de hérnia, uma vez que esse é semelhante ao quadro clínico das outras hérnias inguinais. Há controvérsias nas literaturas citadas sobre a conduta cirúrgica em relação a um paciente com hérnia de Amyand e apêndice vermiforme sem inflamação. Somente duas classificações são descritas na literatura, a de Losanoff e Basso que avalia somente o grau de comprometimento do apêndice vermiforme e a de Fernando e Leelaratre que avalia, além disso, o comprometimento do processo hemiário. O relato de caso apresentado sobre hérnia de Amyand é atípico não só pela própria incidência da doença ser reduzida, mas como já citado, pelo processo inflamatório associado e pelo sexo feminino da paciente. Além disso, o caso mostra as dificuldades do diagnóstico prévio que servem como experiência para abordagens futuras e a necessidade de novos relatos de caso para produção de melhores revisões e, consequentemente, estabelecer condutas diagnósticas e consenso em relação à terapêutica.</p>	<p>PO 608-2</p> <p>TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA: OS DESAFIOS DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Lara Nascimento Machado, Nelson Alves dos Santos, André Luiz Carneiro, Daniel Messias de Moraes Netto</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário (TFS) é neoplasia de origem fibroblástica rara, responsável por menos de 2% das massas de tecidos moles. Tem origem nos fibroblastos do mesoteliótipo mesenquimal. É caracterizado pela formação de tumores localizados, geralmente únicos e não produzem derrame pleural. O presente trabalho tem finalidade apresentar um relato de caso de tumor fibroso solitário de pleura em uma paciente oligossintomática e discutir o seu manejo cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 68 anos, sexo feminino, relata há 1 ano, dor contínua, de início insidioso e de caráter "em peso", em transição tóracoabdominal direita, sem relação com movimentos respiratórios. Nega tabagismo, tosse, dispnéia, febre, hemoptise e perda ponderal. Realizou uma radiografia de tórax que evidenciou uma imagem de hipotransparência, bem delimitada, em base de todo o hemitórax direito, sugestivo de massa. Realizou uma Tomografia de Tórax, confirmando o diagnóstico. Como conduta terapêutica, foi indicado ressecção cirúrgica. O resultado anátomo-patológico foi compatível com tumor fibroso solitário de pleura. Acompanhamento da cirurgia após 6 meses sem alteração.</p> <p>DISCUSSÃO: O TFS é associado a um amplo espectro morfológico e comportamental. Varia desde uma forma indolente até neoplasias agressivas (sarcomas de alto grau). Sabe-se que o TFS está associado a múltiplas anormalidades cromossômicas e à presença de pontos de quebra localizados nos cromossomos 12q-15, 8 e 9p-10. Entretanto, na literatura não há uma correlação específica desse tipo de tumor com fatores ambientais como o tabaco. Além dessa falta de fatores ambientais evidentes como fatores de risco, os pacientes com esta doença podem ser assintomáticos, ou apresentar tosse, dispnéia, dor no peito, febre, hemoptise e perda de peso. Ao englobarmos os aspectos epidemiológicos, morfológicos, clínicos e histopatológicos do tumor fibroso solitário de pleura é possível concluir que esses tumores representam um desafio único de diagnóstico e tratamento. Foram feitos inúmeros avanços no entendimento da patogênese, diagnóstico e tratamento que permitem um desfecho favorável para a maioria dos pacientes acometidos por essa patologia. Além disso, os avanços nas técnicas histológicas, moleculares e genéticas permitiram uma categorização mais precisa e a identificação de tumores de partes moles. Dada a raridade do TFS e as atuais evidências de suporte para terapias, o manejo deve ser focado na exérese do tumor. Considerando a taxa de resultados positivos e o comportamento, geralmente, indolente deste tumor, a radioterapia e a imunoterapia não são recomendadas após a ressecção completa com margens negativas. O comportamento biológico de TFS em cada indivíduo é difícil de prever, e mesmo os tumores considerados benignos podem retornar agressivamente. Desta forma, a terapia individualizada, determinada dentro de um ambiente multidisciplinar, deve ser sempre considerada no intuito de um melhor prognóstico.</p>

PO 609-2	PO 609-3
<p>ESTERNECTOMIA NA RECIDIVA LOCAL DO CÂNCER DE MAMA</p> <p>Caio Plácido Costa Archanjo, Diego de Aragão Bezerra, Rafael Bernardo Silva, Erika Silva Spessersits, Thais Vasconcelos, Janiel Carvalho Ponte</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Sobral - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A evolução das técnicas cirúrgicas levou a uma melhora nos cuidados e preparo peri-operatórios, permitindo a realização de cirurgias cada vez mais precoces e com maior eficácia. O manejo de pacientes que precisam realizar ressecção de parede torácica com sua posterior reconstrução continua sendo um grande desafio para cirurgiões. Paciente oncológico com tumores malignos de invasão direta, como câncer de pulmão e mama, são as principais indicações de ressecção do esterno. Tumores primários são menos de 30% dessas indicações, incluindo osteocondroma, fibroma e linfangioma. A investigação nesses pacientes com doença da parede torácica deve ser completa, iniciada na anamnese, questionando sobre doenças malignas prévias, realização de quimioterapia ou radioterapia, condições hereditárias e presença de síndrome consumptiva. O exame físico deve ser direcionado na avaliação da lesão e busca por linfonodos locorregionais. Deve-se usar uma combinação de resultados de TC, RNM e PET para caracterizar o tipo de lesão e sua malignidade, invasão de estruturas anatômicas próximas que possam dificultar uma abordagem cirúrgica como veias, plexo braquial e envolvimento medular.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 49 anos apresentou nódulo endurecido de quadrante superior externo de mama esquerda de crescimento lento e progressivo há um ano e meio. Foi submetida a quimioterapia neoadjuvante e mastectomia radical com anatomopatológicos compatível com carcinoma ductal invasivo residual, margens cirúrgicas livres e dois linfonodos positivos (implantes de neoplasia epitelial invasiva) em 17 biopsiados. Encaminhada para radioterapia adjuvante. Após cinco anos, paciente compareceu em consulta no serviço de cirurgia oncológica em uso de Tamoxifeno, queixando-se do aparecimento de nodulação em clavícula esquerda com relato de seis meses de evolução apresentando dor local. Foi então solicitada tomografia de tórax evidenciando nódulo pré-esternal invadindo articulação esterno-clavicular esquerda. Decidido por biópsia. Resultado: Adenocarcinoma pouco diferenciado metastático. Após avaliação pré-operatória, paciente foi submetida a esternectomia. Microscopia: Osso, cartilagem e músculo esquelético infiltrados por neoplasia formada por células epiteliais que exibem alto pleomorfismo. Conclusão: Infiltração de osso e cartilagem. Margem cirúrgica livre de neoplasia. Imunohistoquímica: Metástase óssea de carcinoma mamário invasivo. Mantém acompanhamento ambulatorial com estado geral comprometido consequentes a lesões metastáticas em encéfalo. Está em quimioterapia paliativa e RT de cérebro total.</p> <p>DISCUSSÃO: A esternectomia deve ser considerada a melhor opção para pacientes com tumores primários envolvendo o esterno podendo atingir cura definitiva. Nas neoplasias de mama recorrentes, a esternectomia era antes uma medida paliativa após falha da radioterapia, mas mostrou-se válida no aumento da sobrevida nos pacientes submetidos a cirurgia, sendo maior em pacientes com doença ainda sem envolvimento linfonodal a distância.</p>	<p>PERITONITE ENCAPSULANTE ESCLEROSANTE: UM RELATO DE CASO.</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A peritonite encapsulante esclerosante (PEE) é uma condição rara, cuja incidência varia de 0,9% a 7,3%. Caracterizada pelo encapsulamento total ou parcial do intestino por uma membrana fibro-colagenosa, pode acometer intestino delgado, intestino grosso, fígado e estômago. Foi observado pela primeira vez por Owtschinnikow em 1907. É classificada como idiopática ou secundária. A forma idiopática foi descrita pela primeira vez por Foo et al em 1978. O diagnóstico pré-operatório é difícil, pois as características clínicas iniciais são inespecíficas, a confirmação diagnóstica é feita por meio da tomografia computadorizada (TC) de abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.G, masculino, 48 anos, admitido no Hospital Regional de Presidente Prudente com quadro de dor abdominal difusa há 5 meses com piora progressiva, inapetência, náuseas, distensão abdominal e perda ponderal de 8 kg no período. No exame físico apresentava abdome distendido, doloroso difusamente à palpação, sem sinais de peritonite, com massa palpável em região de flanco esquerdo e mesogastro. Sem comorbidades ou cirurgias prévias. Realizado TC de abdome total que identificou agrupamento de alças intestinais jejunais/leais no andar superior do abdome, encapsulada por uma fina membrana que captava o meio de contraste, com discreto espessamento da gordura mesentérica adjacente, compatíveis com PEE. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, exérese de cisto que media 24 x 9 x 6 cm com preservação das alças intestinais e lavagem da cavidade. O anatomopatológico identificou um processo inflamatório crônico agudizado, fibrose, calcificações difúscas e ausência de malignidade. Paciente evoluiu bem, recebeu dieta no segundo dia pós-operatório e alta no quarto, com melhora dos sintomas prévios.</p> <p>DISCUSSÃO: A PEE idiopática ou primária é uma condição rara, de causa desconhecida. Não tem relação com a raça, incide com maior frequência em homens, mulheres pré-menstruais ou crianças. No caso da PEE secundária a etiologia esta relacionada a diversas situações que levam à inflamação peritoneal como tuberculose peritoneal, diálise peritoneal, cirurgia abdominal, peritonite recorrente, quimioterapia intraperitoneal, cirrose, transplante hepático, endometriose, ruptura de cisto dermoide e deficiência de proteína S. Devido a clínica, por vezes, inespecífica, grande parte dos casos tem diagnóstico incidental na laparotomia. Os principais sintomas são dor abdominal recorrente, náuseas, vômitos e emagrecimento. O tratamento é cirúrgico e passível de remoção da membrana com liberação intestinal sem ressecção. A excisão subtotal da membrana, enterólise, intubação do intestino delgado, ressecção intestinal são tratamentos para pacientes com alto risco de perfuração. No caso relatado, os sintomas relacionam-se com os encontrados na literatura e o paciente não apresentava nenhum fator etiológico descrito na mesma, sendo classificado, portanto, como idiopático.</p>
<p>PO 610-1</p> <p>USO DA RADIOLOGIA INTERVENZIONISTA NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DAS LESOES FOCAIS HEPATICAS: RELATO DE CASO</p> <p>Julia Posses Gentil, Isadora Ferreira Oliveira, Vinicius Magalhães Rodrigues Silva</p> <p><i>Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões focais hepáticas (LHF) costumam ser encontradas como "incidentalomas" em exames de imagem de rotina. Diante desse tipo de achado, um dos objetivos da sua caracterização é distinguir lesões malignas de benignas, as quais tem conduta e prognóstico diferentes. As benignas incluem principalmente o Hemangioma, a Hiperplasia Nodular Focal (HNF) e o Adenoma. Estas representam 3 a 20% da incidência em adultos e crianças. As malignas, englobam o Carcinoma Hepatocelular e o Carcinoma Fibrolamelar (CFL). A incidência deste último varia de 1 a 5% e em destaque, possui características – tomográficas ou através de ressonância magnética (RM) – semelhantes a HNF. A evolução tecnológica dos exames de imagem tem permitido a detecção de lesões cada vez menores, porém pode haver dificuldade na caracterização e diferenciação. O ultrassom (US) geralmente é o método de primeira escolha para a avaliação das LHF devido ao seu baixo custo e disponibilidade. Contudo, sabe-se que este possui limitações devido à baixa sensibilidade e especificidade. Isto porque, ao US, as lesões benignas e malignas podem apresentar aparência semelhante. Sendo assim, o guideline do American College of Gastroenterology para diagnóstico e manejo de LHF, coloca a tomografia computadorizada (TC) e a RM como os métodos mais precisos para o diagnóstico destas lesões.</p> <p>RELATO DE CASO: DMTW, 27 anos, feminino, amarela, farmacêutica, solteira, nulípara, sedentária e tabagista; em investigação de picos hipertensivos ocasionais, sem outros sintomas; foi encaminhada ao US de abdome para avaliar possível alteração renal como etiologia. No exame, um nódulo hepático foi encontrado incidentalmente. Consultou um cirurgião o qual solicitou TC para diferenciar a lesão e, frente ao laudo com suspeita de CFL foi proposta a hepatectomia parcial. Não segura, buscou uma segunda opinião, onde foi constatado que a história e a imagem não eram totalmente compatíveis com CFL. Por este motivo, foi submetida à RM com contraste hepato-específico (CH-E). O exame não desfez a hipótese de CFL e suspeitou de HNF não-típica. A orientação de prosseguir com a investigação foi cabível. A paciente foi proposto suspender o uso de anticoncepcional oral, mudança no estilo de vida e reavaliação em 3 meses. Após o período, foi submetida à nova RM com CH-E. Houve redução no tamanho da lesão, o que levou à suspeita de sobreposição da HNF com Adenoma. Prosseguindo, após 6 meses, foi submetida à biópsia guiada por US e após a avaliação histopatológica e imuno-histoquímica foi confirmada HNF. Recebeu orientações e segue em conduta expectante.</p> <p>DISCUSSÃO: Observado o exposto confirma-se que as LHF são majoritariamente "incidentalomas". Para o diagnóstico, o US é o método de primeira escolha, porém suas desvantagens na diferenciação das lesões fazem com que a TC e a RM com CH-E tenham papel de destaque. Contudo, em casos de exceção, a radiologia intervencionista mostra-se fundamental para o diagnóstico definitivo e a indicação ideal do tratamento.</p>	<p>PO 610-3</p> <p>MUCOCELE DE APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>CAMILA PAIXÃO MARQUES, RODOLFO GARCIA BORGES, ANDRÉ LUÍS SILVA DO AMARAL, ORLANDO GALETTI JUNIOR, CASSIANO ALFREDO GARCIA DALBEM, FERNANDA BISCOLI EIDT</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR. ANTÔNIO FONTES (HRCFAF) - CÁCERES - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucoccele de apêndice (MA) é uma patologia rara de difícil diagnóstico precoce que predomina em mulheres com mais de 50 a. A doença se caracteriza por aumento do apêndice cecal e acúmulo de material mucinoso intraluminal, decorrentes da alteração da camada mucosa e muscular. Sendo assim, pode causar obstrução e dilatação que mimetizam apendicite aguda. Por ser uma doença de baixa frequência, representando 0,1% a 0,4% de todas as apendicectomias, e sintomatologia pouca característica, os cirurgiões são surpreendidos com seu diagnóstico no período intra-operatório de laparotomias. O objetivo desse trabalho é descrever um relato de caso de MA ocorrido no Hospital Regional de Cáceres Antonio Fontes (HRCFAF) e discutir o manejo cirúrgico mais adequado como o propósito de evitar complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: A.T.B., masculino, 40 a, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral, relatando dor em FID que irradiava para a região lombar D, associada a náuseas, vômitos, febre e disúria há 3 dias. Ao exame físico paciente em BEG, eupneico, normocorado, afebril, hidratado. Abdome atípico, RHA +, flácido, doloroso a palpação em FID e hipogastro e normotimpânica a percussão. Blumberg- e Giordano-. Foi submetido a exames laboratoriais e de imagem. Hemograma: Hb 14,5 g/dl, leucócitos 4900/μL. EAS 4 picóitos p/c e 2 Hm p/c. A US de abdome total revelou lesão cística anecoica de contornos regulares e bem definidos, medindo 7,8x3,6x4,2 cm com volume de 63,25 ml localizado em FID, sugerindo cisto mesentérico. No dia seguinte foi realizado TC contrastada que evidenciou apêndice de aspecto insulativo e repleto de conteúdo líquido, sem causar borramento de gordura adjacente (MA gigante?). Indicado laparotomia exploradora, que evidenciou apêndice vermiforme dilatado, perfurado em base com presença de conteúdo mucinoso transparente em seu interior e grande quantidade na cavidade abdominal e ausência de linfonodos. Foi realizado apendicectomia simples e encaminhada peça anatômica para o serviço de patologia. Paciente evoluiu bem e recebeu alta no 3º dia pós-operatório. O resultado da biópsia diagnosticou neoplasia mucinosa com displasia de baixo grau limitada ao apêndice com margens cirúrgicas livres de neoplasia, porém com implantes de mucina acelular na superfície serosa externa. Paciente foi encaminhado para o serviço de oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento recomendado da MA é cirúrgico. A apendicectomia simples é bastante eficaz, sendo reservado ressecção parcial do ceco ou hemicolectomia direita nos casos de aderência ou invasão local, biópsia evidenciando alto grau de malignidade, tumores maiores que 2 cm e acometimento de linfonodos ou mesoapêndice. O manejo com o órgão deve ser cuidadoso para evitar perfuração e extravasamento do conteúdo gelatinoso com possível sementeira de células neoplásicas na cavidade abdominal causando uma das piores complicações da MA: pseudomixoma peritoneal. Tais pacientes devem passar por investigação de outras neoplasias associadas ao quadro, como CA de cólon e ovário.</p>

PO 611-2	PO 612-2
<p>Tumor Carcinóide Típico: relato de caso de tumor neuroendócrino</p> <p>Mayara Chiara Cardoso, Carolina Cassiano, Giovanna Borges da Costa, Tatiane Vellozo, Lorena Bontempo de Azevedo, Luisa Sousa Vieira, Beatriz Silva Inácio, João Paulo Vieira dos Santos</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) formam um conjunto heterogêneo de neoplasias raras derivadas de células do sistema neuroendócrino difuso e possuem quadro clínico variado, tendo maior frequência no trato gastrointestinal e pulmões. Os relatos de TNE de origem pulmonar correspondem a um quarto do total de casos tendo como exemplar os tumores carcinóides, que abrigam manifestações clínicas inespecíficas de infecção respiratória, o que dificulta o diagnóstico. Esse relato narra um caso de tumor carcinóide típico ocorrido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.</p> <p>RELATO DE CASO: A.I.F.F., masculino, 19 anos, iniciou com pneumonia de repetição, febre e derrame pleural em meados de 2017, sendo evidenciado em Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax massa expansiva oval medindo 3,59 x 2,14 cm provocando obstrução do brônquio intermediário e consequente pneumonia obstrutiva no pulmão direito. Devido impossibilidade de lobectomia pela invasão de estruturas do hilo pulmonar, foi submetido à pneumectomia direita em setembro de 2017, apresentou hemorragia vultuosa no intra-operatório e necessitou de pós-operatório em unidade de cuidados intensivos. Estudo anatomopatológico da peça revelou a presença de tumor carcinóide típico bem diferenciado com padrão organoide e trabecular, ausência de metástases nos dois linfonodos analisados.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à diversa sintomatologia possível, os TNE costumam ser diagnosticados e tratados com base em seu sítio de origem (RICKMAN, 2017). TNE de pulmão são observados em 1-2% dos casos de tumores pulmonares (American Cancer Society, 2018) e condizem com a idade jovem do paciente relatada no caso do A.I.F.F. A sobrevida de 5 anos para TNE típicos é de 50-70% e, para atípicos, 20-80% (BRCIC, 2016) e o tratamento costuma ser ressecção do tumor. Tais dados ressaltam a importância da identificação precoce e precisa de TNE, facilitando seu tratamento e melhorando o prognóstico.</p>	<p>HERNIA DE BOCHDALEK NO ADULTO: UM RELATO DE CASO</p> <p>ÍTALO SILVA CRUZ, Moisés Ederlano Tavares Araújo, Cicera Yolanda Santos Araújo, Carolina Anunciação Patrício Santos, Larissa Moreira Torres, Ana Mayara Miranda, Alexandre Santos Lima</p> <p><i>Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte FMJ - Juazeiro do Norte - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hérnia de Bochdalek é uma patologia congênita que representa um dos defeitos congênitos torácicos mais comuns e, geralmente, é diagnosticada ainda intra útero. Normalmente, o diagnóstico no adulto ocorre incidentalmente por exames de imagem ou devido a sintomatologia secundária à herniação das vísceras para o tórax. Dadas as potenciais complicações de apresentação tardia (encarceramento, estrangulamento de vísceras herniadas e até morte súbita), preconiza-se o tratamento cirúrgico logo que possível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, branco, casado, técnico de enfermagem, natural e procedente de Juazeiro do Norte, foi admitido no dia 19/06/2013 no serviço de cirurgia do Hospital Regional do Cariri-HRC, com quadro de dispnéia aos médios esforços e dor em região escapular esquerda há 4 meses, com início insidioso. Na tomografia de tórax, evidenciou falha pleuroperitoneal à esquerda, em seu aspecto posterior, cujo hiato media 5,1 cm com protusão de gordura mesentérica; segmento intestinal colônico e polo superior renal para a cavidade do hemitórax esquerdo, cujo saco herniário apresentava as seguintes dimensões 16,0 x 14,6 x 14,4 cm, com retração de estruturas vasculo-bronquiais e atelectasia subsegmentar esquerda, elucidando volumosa hérnia diafragmática em hemitórax esquerdo, compatível com diagnóstico de hérnia de Bochdalek. O paciente então foi submetido à correção cirúrgica antero lateral esquerda no sexto espaço intercostal. Realizou-se isolamento do saco herniário com liberação de aderências, ressecção do anel herniário, redução da hérnia diafragmática e herniorrafia com colocação de tela de reforço. No décimo dia de pós-operatório, o paciente se apresentava sem queixas e o dreno foi removido, com consequente alta. Após 22 dias de pós-operatório, paciente retorna ao serviço para consulta ambulatorial, com exame físico sem alterações. Negava dispnéia ou qualquer desconforto torácico, recebendo alta da cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Condição rara em adultos, a hérnia de Bochdalek deve ser suspeitada em pacientes que apresentam sintomas respiratórios ou gastrointestinais refratários aos tratamentos convencionais. Possui quadro clínico semelhante a outras patologias, sendo por vezes confundida com enfermidades, tais como eventração diafragmática. O diagnóstico não invasivo é possível por meio dos exames de imagem, sendo a videolaparoscopia considerada o método mais preciso.</p>
<p>PO 612-3</p> <p>MELANOMA OCULAR METASTÁTICO PARA LINFONODO INGUINAL: RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPE ANTONIO GOES SCORSIONI, MARCEL DEPIERI ANDRADRE, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, PAULO GARDENAL TELES</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma é o tipo histológico menos comum entre as neoplasias malignas de pele, chegando a 96.000 casos/ano nos Estados Unidos, porém, é o que está associado a maior taxa de mortalidade, com cerca de 9.000 mortes. Melanoma também é a neoplasia ocular mais comum, e muitas vezes, possui prognóstico ruim, visto a demora em realizar seu diagnóstico. Neste artigo iremos relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de melanoma ocular em história progressiva distante, tratado cirurgicamente, e apresentou metástase em linfonodo inguinal esquerdo 20 anos após procedimento inicial.</p> <p>RELATO DE CASO: I. F. L., 64 anos, sexo feminino, com queixa de dor e nódulo em região inguinal esquerda há 4 meses. Sem comorbidades, de antecedentes pessoais, refere melanoma ocular há 20 anos. Ao exame físico apresentava em região inguinal esquerda massa sólida, de 5 cm, superfície lisa, aderida a planos profundos sem sinais flogísticos. Foi realizada ultrassonografia da região inguinal esquerda que evidenciou formação sólida expansiva e vascularizada de 9,6 X 6,7 X 5,6 centímetros (Imagem 1). Realizado exérese total da lesão (Imagem 2), que estava aderida a planos profundos e a veia femoral, sendo ressecado e realizada a sutura primária do vaso. Encaminhado à peça para análise anatomopatológica, que identificou melanoma maligno metastático em linfonodo inguinal, confirmado por imunohistoquímica.</p> <p>DISCUSSÃO: Melanoma é uma neoplasia agressiva dos melanócitos que são localizados principalmente na pele, porém estão presentes em orelhas, olhos, trato gastrointestinal, mucosas orais, genitais e meninges. Apesar de ser a neoplasia de pele menos frequente, relaciona com a taxa mais alta de mortalidade [4]. Melanoma ocular é o principal tipo histológico de câncer que afeta o olho no mundo. Aproximadamente 95% tem origem na uvea (íris, corpo ciliar e coróide), enquanto apenas 5% tem origem na conjuntiva [5]. Ele é o segundo sítio mais comum depois do cutâneo. Como no caso da nossa paciente, que apresentou inicialmente melanoma ocular, no qual não recebeu o devido seguimento. O estadiamento do melanoma ocular, o status linfonodal também fornece importantes informações do prognóstico do paciente, inclusive, biópsia de linfonodo sentinela é uma forma menos invasiva de identificar infiltração linfonodal, do que linfadenectomia [3]. As metástases mais comuns de melanoma uveal, pela baixa drenagem linfática, raramente produzem metástase linfonodal, e sim hematogênica, enquanto o conjuntival produz metástase linfática [1]. O tratamento varia conforme o estadiamento da lesão. Pacientes com sinais de doença metastática devem passar por exames de imagem, inclusive ressonância magnética de crânio, PET-Scan, Tomografia computadorizada de abdome total e tórax. A quimioterapia mais utilizada e aprovada pela FDA é a dacarbazina [2]. Como no caso relatado, a paciente com melanoma ocular há 20 anos, que por via linfática desenvolveu metástase linfonodal, a exérese total da lesão é o melhor tratamento, seguido de quimioterapia.</p>	<p>PO 613-1</p> <p>DIAGNÓSTICO TARDIO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) EM PACIENTES SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO.</p> <p>Eduarda Luz Barbosa Alarcão, Gustavo Werneck Ejima, Henrique Metzker Ferro</p> <p><i>UnICEUB / UNB - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é um tumor que ocorre devido a uma mutação nos genes de um hepatócito. Essa mutação geralmente é causada por agentes externos, como o vírus da hepatite - tipo B (50%) e tipo C (20%), ou pelo excesso de multiplicação das células, como a contínua regeneração nas hepatites crônicas, presentes em até 56% dos pacientes. O CHC é responsável por mais de 90% das neoplasias malignas hepáticas primárias, além de ser a 6ª doença maligna mais comum, tornando-se a 3ª maior causa de mortalidade nos cânceres. Há ainda uma disparidade na incidência do CHC, acometendo 3,7 homens a cada 1 mulher. Os sintomas costumam ser inespecíficos e indicam uma fase mais avançada da doença. Entre as manifestações estão: dor abdominal, tumoração palpável, inapetência, icterícia e emagrecimento. O prognóstico para os pacientes acometidos varia de acordo com a fase de detecção, tendo expectativa de vida média inferior a um mês, caso o diagnóstico seja realizado apenas na fase sintomática da doença. É importante destacar que mesmo os tratamentos disponíveis ainda são limitados, a exemplo da ressecção cirúrgica, que na maioria dos casos não é elegível devido à extensão do tumor ou ao comprometimento hepático.</p> <p>RELATO DE CASO: RGSB, 65 anos, sem comorbidades diagnosticadas, internada por quadro de dor lombar associada a oligúria. Durante investigação do quadro, paciente apresentou queixa de epigastralgia associada a distensão abdominal. Solicitados exames laboratoriais que evidenciaram: BT 3,2; BD 2,05; BI 1,15; GGT 1508; TGO 234; TGP 87; Sorologia para Hepatites B e C não reagentes. Solicitado ultrassonografia de abdome que evidenciou hepatoesplenomegalia e presença de trombose em veia porta. Em endoscopia digestiva, foram detectadas varizes esofágicas de fino calibre. Realizada AngioTC de abdome que evidenciou tumoração sólida heterogênea de 15x12,9cm, infiltrando o sistema ductal, as veias hepáticas e a veia porta. Devido a essa lesão, foi solicitada alfafetoproteína com resultado de 9.146, altamente sugestivo de CHC. TC de tórax sugestiva de metástase pulmonar e linfonodal. Paciente foi encaminhada para os serviços de gastroenterologia e oncologia que indicaram apenas cuidados paliativos devido à extensão da lesão, comprometimento hepático avançado e metástase pulmonar. Durante o período de internação, aproximadamente um mês, paciente evoluiu com piora do estado geral, diminuição da aceitação da dieta - sendo necessária dieta enteral -, icterícia, ascite e importante edema de membros inferiores.</p> <p>DISCUSSÃO: A partir do caso descrito, é importante relatar que apesar da paciente não apresentar nenhum dos principais causadores da doença, como hepatite ou cirrose, foi obtido um diagnóstico já na fase sintomática do CHC, com uma rápida evolução e sem possibilidades de tratamentos curativos. Dessa forma, devido à sua alta prevalência, alta morbidade e agressividade, é preciso suspeitar de sua incidência mesmo em pacientes assintomáticos e sem comorbidades agravantes.</p>

PO 613-2	PO 613-3
<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK EM ADULTO, RELATO DE CASO</p> <p>Antonio Braz Silva Neto, Luiz Felipe Medeiros Rocha, Gabriela Lima Nóbrega, Carlos Antonio Souza Filho, Guilherme Bastos Palitot Brito, Rebecca Gomes Ferraz, Alyne Alves Sobrinho, Fernando Freire Lisboa</p> <p><i>Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: HÉRNIAS DE BOCHDALEK são defeitos diafragmáticos posteriores congêntos decorrentes da persistência do canal pleuroperitoneal da vida embrionária. Sua apresentação ocorre normalmente na infância, com incidência em neonatos, variando de 1:4000 a 1:7000. No adulto é achado raro, com incidência entre 1% e 5%. Ocorre predominantemente em mulheres, com relação de 17 mulheres para cada cinco homens. Eles ocorrem principalmente no lado esquerdo, e são comumente assintomáticos. No entanto, as hérnias assintomáticas de Bochdalek estão sendo detectadas com maior frequência devido ao advento e avanço da Tomografia computadorizada e da Ressonância. Os casos sintomáticos, apresentam-se com sintomas digestivos como dor abdominal persistente, peristalse intratorácica ou com sintomas respiratórios, sendo necessário a abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso: F.F.S. Feminino, 57 anos, natural de Santana dos Matos/RN, residente em Natal/RN, casada, autônoma. Paciente com história de dor torácica crônica, recorrente, há cerca de 36 anos, em base de HTE irradiando para dorso ipsilateral, de forte intensidade, que piorava nos períodos de constipação intestinal, associado a pirose retroesternal, empachamento, distensão abdominal e vômitos pós-prandiais, que melhoravam após analgesia e lavagem intestinal. Há 5 anos apresentou piora dos sintomas, que tornaram-se mais frequentes e com maior intensidade, principalmente quando fazia esforço físico importante ao cuidar de mãe idosa, evoluindo com o surgimento de dispnéia aos esforços e disfagia de condução. além de uma perda ponderal de 10kg nesse período.</p> <p>DISCUSSÃO: TC de Tórax (05/05/17): Elevação de hem cúpula diafragmática esquerda, com área central de abaulamento, insinuação para o hemitórax esquerdo e aparente descontinuidade do diafragma, por onde se insinua a flexura esplênica do cólon. O hiato mede cerca de 83 mm no plano axial. Em junho de 2018 foi submetida a laparoscopia e toracoscopia com lises de aderências, sendo identificada volumosa hérnia diafragmática contendo alças intestinais, baço e encarceramento pulmonar. Realizado toracotomia com correção de hérnia diafragmática e colocação de tela biológica+ funduplicatura à Nissen. O tratamento das HB é cirúrgico e consiste na redução dos órgãos herniados e fechamento do orifício diafragmático, primário ou com auxílio de próteses sintéticas. Embora não haja consenso na literatura sobre a melhor abordagem, nas HB esquerdas, o tratamento clássico é pela via torácica, com justificativa de melhor acesso às estruturas pleuro-mediastinais, embora alguns autores descrevam a intervenção abdominal como igualmente satisfatória para lise de aderências. No nosso caso, a abordagem escolhida foi a toracoabdominal. Sendo realizado laparoscopia com a lise de aderências, toracoscopia e por fim, toracotomia com fechamento do defeito e colocação de tela, porém cada caso é individualizado a depender da experiência do cirurgião.</p>	<p>TUMOR FILOIDE MALIGNO COM DUAS RECÍDIVAS E NECESSIDADE DE RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>PAULA VICK VIEIRA, FREDERICO KLANN VICTORINO, JORGE ROBERTO REBELLO, GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE, MARIANA DA SILVA ASSIS, DAIANE PAULO</p> <p><i>UNIVALI - Itajaí - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relato de caso de paciente (pct) abordado por equipe multidisciplinar com duas recidivas loco regionais de Tumor Filóide Maligno (TFM) e invasão de parede torácica (PT). Objetiva-se relatar a ocorrência do raro tumor (TU) e tratamento cirúrgico com reconstrução de PT.</p> <p>RELATO DE CASO: SEJD, mulher, 37 anos. Nega (N) histórico de CA familiar e tabagismo. Apresentava TU em mama esquerda (ME), crescimento há 3 anos, biópsia (bx) negativa (ng) para CA há 1,5 ano, USG de ME correspondente a BI-RADS 4A. Há 1 ano realizou nova bx: lesão TU fusocelular pleomórfica com componente inflamatório necrosante (NC); IHQ: neoplasia maligna pleomórfica (NMP) com possibilidade de TFM. Sintomas: dor constante, irradiação para membro superior ipsilateral; perda de 5 kg e inapetência. N febre e sudorese. Exame físico (EF): TU em QSL de 10-12 cm diâmetro, eritema e calor local; Axilas livres. Realizou mastectomia simples com bx de linfonodo (LFN) sentinela em ME há 9 meses (m), congelação ng (00/01); Anatomopatológico (AP): TFM de 8,5 x 7 x 6,5 cm, margens livres. TC há 7m com achados: linfonodomegalia (LFNM) em axila esquerda (AE), até 1,1 cm no maior eixo, imagem nodular com densidade de partes moles (PM) de 1,2 cm no tecido subcutâneo entre porções do 4º-5º arcos costais à esquerda (E). EF: nódulo palpável em QI ME, 4 x 4 cm. RNM: LFNM na transição entre axila e retropectoral à E de 24 mm. Bx com AP: NMP com 50% do volume NC, compatível à recidiva TFM. Há 6 m: invasão de periósteo e musculatura intercostal, sendo então realizada toracotomia em bloco envolvendo pele, tecido subcutâneo, musculatura peitoral e intercostal, além de 2 arcos costais e pleura parietal. Reconstrução de PT com tela de marlex e metilmetacrilato. AP: TFM de 5 x 4,5 x 3,5 cm, NC presente, extensa, pele livre. ILV ng, margens livres. TC reestadiamento há 5 m apresentando 2ª recidiva loco regional precoce, confirmado TFM, formação nodular sólida heterogênea, contornos irregulares, limites bem definidos, abaixo do plano da cicatriz cirúrgica, realce por meio de contraste, 4 x 4 cm; LFNs adjacentes; formações com características císticas nas regiões anexas bilateralmente, 3,6 cm à E, 2,8 cm à direita. EF: LFNM à E, 3-4 cm. Iniciou ciclos de QT para observar resposta e definir conduta. Após 4º ciclo repetida TC sem mudança de padrão. Há 15 dias realizou ressecção de TU de PM de PT e linfadenectomia axilar E. AP: sarcoma fusocelular de alto grau. N presente, infiltração perineural, margens livres, LFN ng (00/03). Pct permanece em seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso apresenta doença relativamente incomum (<1% dos TU de Mama na mulher), em pct jovem com alta recidiva o que colabora com a literatura. O que diferencia o caso é a abordagem em conjunto à oncologia que, pela malignidade, conduziu os ciclos QT; e com a cirurgia torácica por invasão de PT, necessidades que denotam caso ainda mais raro na literatura: reconstrução com cimento ósseo dos arcos costais por invasão do periósteo e da musculatura intercostal (2,4% dos TU filóides).</p>
<p>PO 614-2</p> <p>RELATO DE CASO: LOBECTOMIA + RESSECÇÃO DE ARCOS COSTAIS EM BLOCO POR CARCINOMA ESCAMOSO EC IV</p> <p>Tobias Sampaio, Lyndon Johnson Serra Junior, Hiago Dantas Medeiros, Lais Nóbrega Vieira, David Paes de Lima</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário de pleura (TFSP) é um tumor raro que acomete usualmente a pleura visceral, originado a partir do mesênquima da camada submesotelial. A morfologia do TFSP é variável, por se tratar de um tecido mesenquimal pluripotente. O tratamento preconizado para as formas benignas é a ressecção completa do tumor, devendo atentar-se ao cuidado com comportamentos clínicos inesperados, tais como invasão de órgãos adjacentes e compressão cardíaca pela massa tumoral. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso benigno de TFSP, evidenciando as escolhas terapêuticas ideais para este paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 77 anos, sexo masculino, ex-tabagista há 20 anos, em uso de losartana para tratamento de HAS. Encaminhado pelo cardiologista por achado de opacidade no hemitórax esquerdo (HTE). Queixa de dispnéia de longa data, acompanhada de dor torácica difusa, tosse seca, inapetência e perda de peso gradual, não sabendo quantificá-la. Ao exame físico apresentava bom estado geral, ausculta abolida nos 2/3 inferiores do HTE. Tomografia de tórax revelou lesão sólida com aproximadamente 24cm no maior diâmetro. Foi submetido à biópsia percutânea, com o anatomopatológico evidenciando uma neoplasia mesenquimal de padrão fusocelular compatível com TFSP, sem sinais de malignidade. Indicada ressecção cirúrgica da lesão, sendo realizada por toracotomia posterolateral esquerda, com o achado cirúrgico de volumosa tumoração sólida, lobulada, aderida à língua e ao pericárdio. Diante da dificuldade de mobilização da lesão, foi optado por uma segunda toracotomia 2 espaços abaixo, além de ressecção transtumoral. A aderência ao pericárdio foi resolvida com eletrocautério sem necessidade de pericardiectomia, e a aderência à língua foi tratada com grampo de linear. A peça pesou 2,8 Kg. O paciente apresentou expansão pulmonar satisfatória, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. O anatomopatológico final confirmou a lesão benigna de margens livres. O paciente se encontra atualmente bem e sem complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: O TFSP é o mais comum dos tumores solitários fibrosos, com ocorrência estimada em 2,8 a cada 100.000 indivíduos, sendo comumente observado entre a sexta e sétima década de vida. Não há associação comprovada do aparecimento do TFSP e a exposição à radiação ou tabagismo, assim como não há heranças genéticas ou fatores de risco predisponentes relatados. 40-60% dos pacientes possuem sintomas pulmonares não específicos como tosse, dor torácica e dispnéia. O tratamento do TFSP é a ressecção completa em bloco do tumor com margens negativas (RO). Um estudo em bloco com pacientes submetidos à ressecção desse tipo de tumor, concluiu que a abordagem promove boa sobrevida a longo prazo. Nos tumores benignos, não há necessidade de tratamento complementar por este possuir uma resposta favorável apenas com a ressecção. A depender da classificação de risco do paciente, deve-se realizar consultas esparsadas, devido à chance de recorrência do TFSP em até 20 anos após o tratamento.</p>	<p>PO 614-3</p> <p>MIELOMA MÚLTIPLO COM METASTASES CUTÂNEAS E TESTICULARES: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p><i>Centro Universitário Assis Gurgacz - CASCAVEL - Paraná - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Mieloma Múltiplo (MM) é caracterizado pela proliferação descontrolada e clonal de plasmócitos na medula óssea com produção de imunoglobulinas anômalas monoclonais, chamadas proteínas M. Após o diagnóstico o paciente deve ser estadiado. Devido ao mau prognóstico dos pacientes com MM estão sendo pesquisadas novas opções terapêuticas, incluindo o transplante com células progenitoras. Descrevemos o caso de um paciente masculino, 56 anos, que há 5 anos apresentou quadro de MM na coluna vertebral. Submetido a tratamento com quimioterapia e transplante autólogo de medula óssea apresentou remissão completa da doença. Após 4 anos apresentou recidiva óssea da doença, além de subcutâneo e testículos, com comportamento agressivo, pouco responsiva ao tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino de 56 anos, sem história prévia familiar para câncer, foi diagnosticado em 2013 com MM. Apresentava medula óssea 60% infiltrada por plasmócitos, eletroforese de proteínas compatível com MM. Solicitado estudo citogenético e FISH de medula óssea que confirmaram tratar-se de MM. Evoluiu com lesões infiltrativas em toda a coluna vertebral e fraturas em T12 e L3. Recebeu tratamento quimioterápico com quatro ciclos de Bortezomibe, Ciclofosfamida e Dexametasona. Após foi submetido a transplante autólogo de medula óssea, com excelente resposta. Apresentou remissão de quatro anos da doença. Em 2017 iniciou com múltiplas dores em coluna e quadril. Realizado Pet Scan que apresentou nova lesão lítica em sacro. Confirmada plasmocitoma em sacro. Foi submetido à radioterapia e posterior exérese da lesão. Recebeu quatro ciclos de Lenalidomida. Em 2018 houve progressão da doença óssea, e início nova quimioterapia com esquema Krd 12 ciclos, além de daratumumab e corticoterapia. Apresentou evolução desfavorável nos primeiros ciclos, com o aparecimento de nódulos subcutâneos na região dorsal e punho esquerdo, além de nódulos testiculares. Ao ultrassom tanto os nódulos no subcutâneo com testiculares eram hipocogênicos, sólidos, com contornos parcialmente regulares e com fluxo ao doppler, compatível com plasmocitoma. Realizou-se ressecção dos tumores em partes moles no dorso e punho, sendo o anatomopatológico compatível com neoplasia maligna e imunohistoquímica confirmando tratar-se de metástases de mieloma múltiplo. Em virtude dos nódulos testiculares terem as mesmas características imagiogenológicas das lesões ressecadas no subcutâneo, foi optado por não fazer a orquiectomia. Optou-se por manter o tratamento até completar os 12 ciclos propostos, visto que a resposta a esse esquema de terapêutica é lento. No entanto, não houve remissão das lesões descritas além do surgimento de novas lesões no subcutâneo na perna esquerda e região perianal, com piora clínica do paciente. No momento em cuidados paliativos e discussão de tratamento com poliquimioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: O MM com plasmocitomas em subcutâneo e em testículo é raro, e pelos poucos casos descritos em estudos, considerou-se importante descrever sua evolução.</p>

PO 615-2	PO 615-3
<p>FISTULA GASTROPLEURAL PÓS LESÃO POR ARMA BRANCA EM HEMITORAX ESQUERDO</p> <p>Beatriz Teodoro Rangel, Barbara Bardella Morais, João Amaral Galvão, Alexandre de Castro Teobaldo, Brena Costa Santos, Thamires Fernandes de Lima Simões, Alexandre Edson Azevedo, Luiza Bittencourt Coutinho de Oliveira</p> <p><i>HMSA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fistula gastropleural é uma entidade extremamente rara, pouco descrita na literatura médica, podendo ter diversas etiologias: traumáticas, iatrogênicas ou complicações cirúrgicas. O presente caso refere-se a um paciente vítima de lesão por arma branca em tórax com abordagem cirúrgica tardia pelo serviço de Cirurgia Torácica no Hospital Municipal Souza Aguiar.</p> <p>RELATO DE CASO: A.S., 43 anos, admitido na emergência de um hospital em referência de trauma, com relato de lesão por arma branca em região de hemitórax esquerdo sendo realizada toracostomia em selo d'água por hemopneumotórax. Após melhora evolutiva, foi retirado o dreno de tórax e fornecida alta hospitalar no 5º dia. Na 2ª semana, o paciente retorna com relato de saída de secreção purulenta pelo óstio do dreno e pela ferida por arma branca. Realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax de admissão que evidenciou hidropneumotórax à esquerda e atelectasia de parênquima pulmonar, sendo indicada nova toracostomia em selo d'água à esquerda com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Após 24 horas, foi realizada TC de controle que manteve mesma imagem anterior, sendo suscitado de encarceramento pulmonar. Foi então solicitada transferência para o HMSA e avaliação pela Cirurgia Torácica. Na admissão, devido à natureza da secreção, foi administrado azul de metileno via oral, não sendo observado extravasamento do corante pela toracostomia. Iniciado cuidados gerais, antibioticoterapia e solicitado exames laboratoriais para programação de decorticção pulmonar. Ao longo da internação, foi evidenciada mudança do aspecto e coloração de secreção em dreno, com resíduos em fundo de coletor. Administrado novamente azul de metileno, não visualizado extravasamento em dreno de tórax. Solicitada EDA que também não evidenciou lesões aparentes. No entanto, após visualizar restos alimentares em coletor, foi optado por abordagem cirúrgica de urgência. Realizada toracotomia exploradora à esquerda evidenciando grande quantidade de secreção purulenta com restos alimentares e lesão em diafragma e fundo gástrico, configurando fistula gastropleural. Realizada gastrografia e frenorrafia com fio de longa absorção, decorticção pulmonar e toracostomia em selo d'água anterior e posterior. No pós-operatório, foi mantida drenagem purulenta de alto débito, não sendo contemplada pelos drenos de tórax, optando-se por confecção de pleurostomia. Após 3 dias, paciente evoluiu com choque séptico refratário e óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Os eventos apresentados podem ser atribuídos a múltiplas causas: lesão penetrante primária frênica e gástrica despercebidas, lesão iatrogênica por toracostomias sucessivas ou ainda erosão de diafragma e perfuração de fundo gástrico devido ao processo inflamatório gerado pelo empiema. Atentos à gravidade dessa condição e à baixa incidência, independente do processo etiológico, este estudo denota a necessidade do alto grau de suspeição clínica para a mesma visando a intervenção cirúrgica precoce e redução da morbimortalidade.</p>	<p>RELEVANCIA DA SUSPEIÇÃO DIAGNOSTICA E DO CONHECIMENTO DOS MEDICAMENTOS CAUSADORES DE NET – RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo Werneck Ejima, Jonas de Souza Finco, Gabriel Gonçalves Resende, Eduardo José Ferreira Sales</p> <p><i>UnICEUB - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), é uma reação adversa, rara, aguda e potencialmente fatal, comumente relacionada ao uso de medicamentos. As manifestações cutâneas ocorrem devido à apoptose de queratinócitos com separação de pele na junção dermo-epidérmica, produzindo lesões de aspecto de pele escaldada que se iniciam no tronco com subsequente generalização, podendo poupar áreas palmoplantares. Sabe-se que os medicamentos mais associados são antibióticos (sulfonamida), carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, alopurinol, AINES, lamotrigina e nevirapina. O manejo do paciente varia entre os centros e entre especialistas, sendo consenso a retirada imediata do agente causal e encaminhamento ao centro de queimados.</p> <p>RELATO DE CASO: GVOS, 14 anos, procedente de Barreiras-BA, com história de Transtorno Opositor Desafiador já em seguimento, quando no dia 16/11/2018 houve substituição das medicações em uso (sertralina e lítio) por lamotrigina. No dia 26/12/2018, foi admitido na UBS de sua cidade com quadro de síndrome gripal, sendo medicado com amoxicilina e prednisona, evoluindo com rash principalmente em face e mucosa oral, progredindo com formação de bolhas e descolamento da epiderme. Foi transferido para a clínica médica do Hospital Regional de Planaltina-DF, onde foi ajustada a sedação aplicada e solicitado RX de tórax e avaliação da unidade de fisioterapia. No dia 03/12/2018, foi transferido para a unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte. Apresentava bolhas com descolamento em tronco, MMSS, face e pés, avaliado em 70% da superfície corporal acometida, com impossibilidade de deambulação e de deglutição. Mediante protocolo instituído, as medicações foram suspensas e foi realizada troca diária de curativos com Dersani®. No dia 07/12/18, recebeu alta com melhora significativa das lesões e do estado geral e instruí-se retorno ambulatorial para seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste cenário de um paciente com extenso histórico de uso de medicamentos, evidencia-se a demora diagnóstica ao qual são submetidos até que se tenha uma suspeição da patologia e até que se interrompam as medicações em uso, propiciando ocorrência de complicações e sequelas. Dessa forma, vê-se que o conhecimento dos principais medicamentos causadores de NET, intervenção precoce associada a retirada dos possíveis agentes causais e encaminhamento para centro de referência no manejo dessas reações/patologias são fatores de elevada relevância para o melhor prognóstico desses pacientes.</p>
<p>PO 616-2</p> <p>METASTASECTOMIA PULMONAR NA INFANCIA EM PACIENTE COM TUMOR DE CELULA GERMINATIVA DE TESTICULO: RELATO DE CASO</p> <p>Geovana thees perillo rodrigues, luísa freire barcelos, bárbara alves campos ferreira, eduardo augusto borges primo, lara nascimento machado, nelson aves dos Santos, andré luiz carneiro, daniel messias de Moraes Neto</p> <p><i>UNIEVANGÉLICA - goiania - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: De acordo com a literatura, o principal foco de metástase em crianças é o tecido pulmonar e, dentre os tumores pulmonares, a maioria consiste em tumores secundários. A impossibilidade de diferenciação entre malignos e benignos na Tomografia Computadorizada (TC), faz com que a exérese de nódulos pulmonares permaneça como parte do tratamento curativo para a maioria das doenças oncológicas pediátricas. Dada a grande relevância desta entidade para o cirurgião pediátrico e oncologista, este trabalho tem como objetivo relatar o caso de metastasectomia pulmonar (MP) na infância em paciente com tumor de célula germinativa de testículo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 1 ano e 10 meses, masculino, com tumor de células germinativas de testículo operado por via inguinal baixa apresentando metástases pulmonares. Realizou quimioterapia de resgate com presença de nódulo único pulmonar de 3 cm em lobo inferior esquerdo ao final do tratamento. Realizada ressecção do nódulo pulmonar com diagnóstico anatomopatológico de tecido granulomatoso residual, demonstrando a efetividade da quimioterapia de resgate. Acompanhamento após 6 meses de cirurgia sem evidência de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: Nos pulmões as metástases são majoritariamente originadas a partir das vias hematogênicas e linfáticas. Tendem a se comportar de modo semelhante ao tumor primário, podendo gerar novas metástases. São assintomáticas na maioria das vezes. Habitualmente a suspeita diagnóstica advém de achados radiológicos de pacientes com histórico de neoplasia maligna. Diagnosticado o nódulo pulmonar na infância, todas as crianças devem ser submetidas à ressecção cirúrgica, independente do tamanho dos nódulos, devido a falta de dados significativos na literatura que permitam diferenciar nódulos benignos de malignos na TC de tórax. Os tumores de testículo são raros e correspondem, no sexo masculino, a 1-2% dos tumores sólidos pediátricos. Nos pacientes com TCG, os principais sítios de metástase a distância são o pulmão e fígado. Num estudo realizado por Neto e colaboradores, todos os tratamentos foram cirúrgicos (orquiectomia unilateral), sendo que 47/60 (78,3%) receberam terapia adjuvante e entre as crianças, 12/34 (35,3%) foram tratadas apenas com cirurgia, uma maioria que converge com o tratamento do caso descrito. Já estudos de Vanucci referem que o tratamento quimioterápico é altamente eficaz, obtendo-se remissão completa da doença na maioria dos pacientes, dispensando a necessidade de uma MP. Os critérios para MP são: 1. Presumir ressecabilidade completa da totalidade da doença metastática; 2. Função pulmonar adequada; Risco cirúrgico tolerável. 3. Tumor primário controlado (ou ser controlável); 4. Ausência de evidências de metástases extra-pulmonares; 5. Ausência de outra forma de tratamento mais eficaz. Sardenberg e colaboradores concluíram que a MP é um procedimento seguro e potencialmente curativo para esses pacientes, os quais podem alcançar sobrevida de longo prazo. O caso relatado teve manifestação habitual em relação à literatura.</p>	<p>PO 616-3</p> <p>FEOCROMOCITOMA – REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE UM CASO</p> <p>Thacizo Augustho Eugenio Dourado Meira Machado, Guilherme Teixeira de Souza Castro, André Teixeira de Souza Castro, Marcelo Polastri Gomes Ferreira</p> <p><i>Hospital Santa Casa de Belo Horizonte - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os feocromocitomas são originários das células cromafins, cerca de 90% acometem a área medular da glândula suprarrenal. Considerados raros, com incidência estimada em 2 a 8 casos a cada milhão de pessoas, mais prevalente entre a terceira a quinta década de vida. A maioria são esporádicos, mas podem associar-se a síndromes, como as neoplasias endócrinas múltiplas do tipo 2 e Von-Hipel-Lindau. Em caso de hipertensão associado palpação, cefaleia e sudorese, o diagnóstico é altamente sugestivo. O diagnóstico laboratorial ocorre pela dosagem de catecolaminas e seus metabólitos no plasma ou na urina. Exames de imagem devem ser realizados para definir a localização das lesões. O preparo pré-operatório consiste em controlar a pressão arterial, diminuir os paroxismos e corrigir eventual hipovolemia. O tratamento cirúrgico permanece como única medida definitiva.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.T., masculino, 50 anos. Admitido com quadro de sudorese associado a cefaleia, palpitações e aumento da pressão arterial, iniciados há três anos, com piora há dois meses. Diagnosticado com diabetes e hipertensão arterial de difícil controle. Encaminhado serviço de cardiologia do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte para propedêutica. Exames constataram elevação de adrenalina, noradrenalina e dopamina urinárias, proteinúria (++) e glicemia elevada. A ressonância nuclear magnética evidenciou "massa em topografia de glândula suprarrenal esquerda sugestiva de feocromocitoma". Iniciado preparo pré-operatório com Prazosina até controle dos sintomas por 02 semanas. Realizado excisão da lesão por laparotomia exploradora. O pós-operatório transcorreu satisfatoriamente, sem necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.</p> <p>DISCUSSÃO: O feocromocitoma é considerado raro. Cerca de 25% a 40% dos pacientes possuem paroxismos hipertensivos, o paciente além dos paroxismos apresentava a tríade clássica dos sintomas, cefaleia, sudorese e palpitações. O diabetes de difícil controle é secundário ao aumento das catecolaminas, as quais diminuem a liberação de insulina, reduzindo a captação de glicose. Os tumores podem liberar esses hormônios de forma intermitente, logo a dosagem isolada geralmente não seja recomendada para o diagnóstico. Embora 90% dos feocromocitomas acometem a glândula suprarrenal, 5% podem ser extra-abdominais, requerendo exame de imagem para definir a conduta. Foi realizado a ressonância nuclear magnética do paciente, esta considerada como a mais sensível. O mapeamento de corpo inteiro com 131I-meta-iodo-benzil-guanidina (131I-MIBG) auxilia a diagnosticar as metástases. Não foi identificado outros tumores no paciente, sugerindo feocromocitoma esporádico. Requerem agilidade no diagnóstico, uma vez que 10% evoluem com metástase. Podem causar lesões no miocárdio, morte súbita secundária a arritmias, acidente vasculares cerebrais, entre outros. O tratamento definitivo consiste na excisão tumoral.</p>

PO 617-1	PO 617-3
<p>ABORDAGEM DE TRAUMA HEPATICO GRAVE EM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE: RELATO DE CASO</p> <p>Ana Letícia Freitas-Silva, Vinícius Henrique Almeida Guimarães, Raíssa Felipe-Santos, Paula Cristina Santos Soares, Thalita Cândido Oliveira, Cecília Salazar Ulacia, Beatriz Silva Inácio, Carlos Alfredo Salci Queiroz</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O fígado é o segundo órgão mais afetado em traumatismos abdominais fechados. Na maioria dos casos, o trauma hepático é conduzido por tratamento conservador com baixas taxas de complicações e mortalidade. Relatamos, contudo, um caso de paciente com lesão hepática contusa - ocasionada por acidente de trânsito - abordada cirurgicamente devido a instabilidade hemodinâmica. Essa intervenção em hospital de baixa complexidade resultou, posteriormente, em necrose parcial de lobo esquerdo.</p> <p>RELATO DE CASO: L.R.S., 18 anos, feminino, vítima de acidente automobilístico, atendida inicialmente em hospital de pequeno porte a 136 km de Uberaba. Ao exame de admissão, apresentava vias aéreas pervias, ausculta respiratória diminuída bilateralmente, instabilidade hemodinâmica e sinais de contusão abdominal. Foi procedida a drenagem torácica bilateral com fuga aérea e pequeno débito sanguíneo. Sem resposta à reposição volêmica e sem métodos de imagem disponíveis, foi realizado lavado peritoneal (LP) com retorno de 20 ml de sangue. Encaminhada para laparotomia exploradora, foi identificada lesão de lobo hepático esquerdo com sangramento ativo, sendo realizada rafia da lesão com interrupção do sangramento. Recebeu, ainda, transfusão de dois concentrados de hemácias. Após a cirurgia, foi encaminhada para HC UFTM devido a ausência de leito de UTI no hospital de origem. Paciente foi recebida estável hemodinamicamente às custas de baixas doses de drogas vasoativas. TC de tórax com contraste evidenciou: pneumotórax residual de pequeno volume à direita e moderado à esquerda; e contusão pulmonar bilateral em lobos superiores. Já TC de abdome revelou sinais de trauma hepático em lobo esquerdo, com presença de coleção nessa topografia; pequena quantidade de líquido livre peri-hepático, peri-esplênico e na pelve; e evidências de necrose parcial do lobo esquerdo do fígado. Sob cuidado intensivo, paciente evoluiu com melhora hemodinâmica, o que permitiu desmame de noradrenalina e extubação. Liberou-se dieta branda e fisioterapia motora e respiratória. A paciente progrediu para bom estado geral, realizado desmame de O2 com sucesso e boa aceitação da dieta. Após retirada de drenos abdominais e torácicos, não apresentou queixas. Recebeu alta após 11 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico imediato dos traumas hepáticos é atualmente reservado para: hemorragia ativa significativa por lesões complexas, lacerações simultâneas de outros órgãos abdominais ou após falência do tratamento conservador (SOUSA, 2012). Via de regra, a abordagem cirúrgica se restringe a 10-20% dos casos (PIPER e PEITZMAN, 2010). Mas, como no caso a paciente estava hemodinamicamente instável e com LP positivo, o ideal era, de fato, a abordagem cirúrgica. Contudo, devido a necrose hepática, cria-se um questionamento da eficiência desse procedimento, especialmente por ter sido realizado em um hospital de pequeno porte e sem exames de imagem. Desse modo, o envio direto para o HC UFTM poderia ter sido uma opção mais viável.</p>	<p>TRES TUMORES NAO SINCRONICOS EM APARELHO DIGESTIVO</p> <p>ANGELA LOPARDI NICOLATO, TARCÍSIO VERSIANI DE AZEVEDO FILHO, ARTUR LEONEL CARNEIRO, LUIS FERNANDO RESENDE MARQUES, PAULO CÉSAR DE FARIA JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, ANDRÉ MESQUITA DE ABREU</p> <p><i>HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias da papila de Vater e intestino delgado são raras, já a neoplasia de intestino grosso é mais comum em nosso meio. Quando o intestino é acometido por mais de uma lesão neoplásica, logo pensa-se nos tumores sincrônicos, que são manifestações de uma mesma neoplasia em diversos pontos do aparelho digestivo. Dos tumores do trato gastrointestinal (TGI), somente 1% a 2% ocorrem no intestino delgado, prevalecendo em homens com mais de 50 anos, tendo a doença de Crohn como seu principal fator de risco.</p> <p>RELATO DE CASO: AFS, sexo masculino, 54 anos. Comparece em consulta ambulatorial referindo enterectomia em 2009 por tumor em intestino delgado e colectomia total em 2011 por tumor em cólon, ambas realizadas em outro serviço. Realizou quimioterapia adjuvante após as duas cirurgias, sendo que após a segunda, perdeu o acompanhamento oncológico ao fim do tratamento quimioterápico. Refere início de quadro de astenia e dispneia aos grandes esforços, sem outros sintomas, tendo procurado auxílio médico e realizado revisão laboratorial que evidenciou hemoglobina de 7,0. Iniciou então propedêutica para investigação de anemia, realizando uma endoscopia digestiva alta que visualizou massa neoplásica na terceira porção duodenal. O resultado de anatomia patológica mostrou neoplasia invasora pouco diferenciada, com padrão sugestivo de carcinoma. Realizada também TC que evidenciou um espessamento parietal circunferencial e irregular de 3^o/4^a porção do duodeno, com extensão de 9cm. Realizada laparotomia com incisão de Chevron. Após dissecação laboriosa, devido intenso processo inflamatório com aderências firmes, identificada massa volumosa ao redor da 3^a porção do duodeno, sem invasão de estruturas vasculares ou do pâncreas e optado pela realização de duodenopancreatectomia clássica. O procedimento foi laborioso do início ao fim, com sangramento significativo no intraoperatório, com o paciente demandando hemotransfusão e aminas vasoativas. Ao fim do procedimento cirúrgico o paciente foi encaminhado ao centro de terapia intensiva entubado e em estado grave. Evoluiu no 1^o dia pós-operatório com SIRS e choque refratário às medidas adotadas, falecendo após PCR em assistolia e arresponso. O estudo de anatomia patológica da peça cirúrgica mostrou um adenocarcinoma de papila.</p> <p>DISCUSSÃO: Na cirurgia de Whipple, a recorrência local do tumor é rara, entretanto, seus índices de mortalidade são elevados - 2% a 5% - e os índices de morbidade também alarmantes - 20% a 30%. Diversos fatores devem estar em voga na escolha da pancreateoduodenectomia, como a idade do paciente, a expectativa de vida, a histologia tumoral e o diâmetro tumoral. Além disso, a escolha operatória entre uma ressecção local transduodenal ou uma Whipple vai ao melhor manejo do cirurgião, respeitando as condições do paciente.</p>
<p>PO 618-2</p> <p>SEGREDOS CADEADOS DE UM MEDIATINO</p> <p>Luísa Pretto Favaretto, Amanda Morganti Gros, Eduardo Beck Paglioli Neto, Gustavo Lazaroto Swarowsky, Mariana Kumaira da Fonseca, Eduardo Zanotta Rodrigues, Mariana Sandrin Toni, Omer Pereira da Costa Filho</p> <p><i>Hospital de Pronto Socorro - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pulmão é responsável por 13% de todos os casos de câncer no mundo, sendo a alta taxa de incidência devida, majoritariamente, ao uso disseminado do tabaco - principal fator de risco. Dos tumores originados do epitélio pulmonar, 15% são de células pequenas e 85% de células não pequenas, sendo este último subdividido em adenocarcinoma, carcinoma epidermoide e carcinoma de grandes células. Os sintomas se devem ao crescimento e disseminação da lesão, sendo normalmente caracterizados por tosse, dispneia e hemoptise, contudo parte dos pacientes pode apresentar-se assintomática. O diagnóstico é sugerido por exames de imagem e confirmado por análise citológica de amostra da lesão, sendo a biópsia o método de maior acurácia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 77 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica e transtorno bipolar com risco de suicídio. Vem ao hospital, encaminhada de instituição de internação psiquiátrica, com queixa de disfagia após ingestão de corpo estranho (cadeado) e fragmentos de garfo plástico há dois dias, com suspeita de perfuração esofágica. Solicitada tomografia computadorizada que evidenciou coleção irregular periesofágica, medindo 7,2 x 4,4 x 3,9 cm, com impregnação periférica pelo meio de contraste. Paciente evoluiu com taquipneia, esforço ventilatório e diminuição global da ausculta pulmonar com sibilos expiratórios. Submetida a toracotomia póstero-lateral direita por suspeita de perfuração de esôfago torácico com abscesso mediastinal. No transoperatório, evidencia-se ausência de perfuração esofágica ou coleção inflamatória, porém identifica-se volumosa massa expansiva subcarinal, firmemente aderida à pleura visceral com comprometimento linfonodal e lesões nodulares periféricas em lobo inferior esquerdo sugestivas de metástases. Realizada biópsia das lesões para elucidação diagnóstica, pleurodesse abrasiva e drenagem torácica esquerda. Apresentou boa evolução pós-operatória, com melhora clínica progressiva. Resultado do anatomopatológico revela carcinoma de células não pequenas. A família opta pela não realização de medidas invasivas, solicitando apenas cuidados paliativos.</p> <p>DISCUSSÃO: O carcinoma de células não pequenas é um tumor de caráter agressivo com grande invasão de estruturas torácicas e alto grau de metastização. Seu diagnóstico normalmente é tardio, sendo fator de mau prognóstico. O tratamento depende do estadiamento do tumor, que segue o padrão TNM, e a ressecção cirúrgica é o método de escolha sempre que possível, sendo a lobectomia o procedimento mais indicado. Os casos que apresentam como opção o tratamento cirúrgico são tumores não metastáticos com acometimento nodal apenas ipsilateral, porém o procedimento deve ficar reservado a pacientes com função pulmonar adequada e sem comorbidades graves. A ressecção deixa de ser realizada quando há acometimento nodal contralateral ou metastização - casos em que a quimiorradioterapia apresenta-se como tratamento razoável e a imunoterapia começa a despontar como uma nova solução.</p>	<p>PO 618-3</p> <p>NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Natália Santos de Melo, Ângelo Santana Guerra, Isabella Godoy Gomes, Mairo Grossi Morato, Dennyson Melo Andrade, Paula Martins Rodrigues</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias mucinosas de baixo grau (LAMNs) é atualmente a terminologia mais recente para designar tumores mucinosos do apêndice que apresentam risco de disseminação peritoneal. As LAMNs são raras, representando menos de 1% de todos os cânceres, e possuem potencial maligno bastante variável, sendo que os de estágio inicial são normalmente diagnosticados incidentalmente na suspeição de apendicite. O prognóstico de LAMN é muito dependente da presença de ruptura do apêndice, fazendo com que os tumores que estão confinados ao apêndice tenham bom prognóstico. No que se refere ao tratamento, há recomendações para se tomar condutas mais agressivas, como hemicolectomia direita e a remoção de todos os implantes mucóides associados à citorredução, apesar de a apendicectomia ser classicamente considerada um tratamento definitivo.</p> <p>RELATO DE CASO: ASS, feminina, 52 anos, admitida com queixa de dor abdominal em topografia de fossa ilíaca direita, de forte intensidade, associada a febre não aferida e distensão abdominal. Alega náuseas. Nega disúria. Evacuações e flatos presentes. Previamente hipertensa, em uso de Captopril 25mg (1-1-1), Furosemida 40mg (1-0-0) e espironolactona 25mg (1-0-0), sem outras comorbidades. Ao exame apresentava desconforto brusca dolorosa e imagem tomográfica caracterizando provável quadro de apendicite aguda. Prescrito Ciprofloxacino e Metronidazol. Optado por abordagem cirúrgica, por laparotomia exploradora. Foi evidenciada tumoração cística em topografia de ceco, de aproximadamente 10cm, múltiplas aderências frouxas associadas à esta lesão, ausência de secreção purulenta ou abscessos adjacentes e presença de pequena quantidade de líquido ascítico (seroso). Procedida hemicolectomia direita e anastomose ileocólica com duplo grameamento. Peça enviada para anatomopatológico, com o seguinte resultado de biópsia: neoplasia mucinoide de baixo grau de apêndice; 13 linfonodos avaliados, todos livres de neoplasia; perda de lâmina própria e muscular da mucosa, mucina acelular permeia ate muscular própria, neoplasia invasora não evidenciada, 00/13Infl, estadiamento Tis N0. Segue acompanhamento na oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um caso raro de neoplasia mucinosa de apêndice cecal com apresentação clínica de abdome agudo. A grande maioria das neoplasias de apêndice não são suspeitadas no pré-operatório, demonstrando a pouca quantidade de estudos dessa afecção disponíveis na literatura e mostrando a necessidade de melhor entendimento de suas características epidemiológicas, clínicas e terapêuticas.</p>

<p style="text-align: center;">PO 619-1</p> <p>RELATO DE CASO: ABSCESSO HEPÁTICO POR CORPO ESTRANHO - PALITO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA</p> <p>PATRIZZIA CALEGARO PALMA, BETINA VESCOVI, MARTHINA BASTOS DE MORAES, MATHEUS MACHADO OLIBONI, CRISTIANO ANTONIAZZI ABAID, GABRIELA PEREIRA DE MOURA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico, caracterizado por uma infecção supurativa do parênquima hepático, ainda se apresenta como um desafio terapêutico. Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade decorrente dessa condição diminuiu significativamente, devido ao aprimoramento das técnicas de tratamento, sendo a primeira linha, na maioria dos casos, composta por drenagem percutânea associada à antibioticoterapia. Recentemente, houve uma mudança na epidemiologia desta entidade patológica, sendo a doença de via biliar a principal causa atualmente. O abscesso hepático causado por corpo estranho é uma entidade rara, que geralmente cursa com falha de tratamento devido à dificuldade de se estabelecer um diagnóstico precoce. Através desse trabalho, objetivamos relatar um caso dessa condição rara que ainda se apresenta como um desafio terapêutico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 68 anos, previamente hígida chegou ao serviço de pronto atendimento do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo de Santa Maria com febre e dor abdominal alta. Foram realizados exames de imagem que mostraram volumoso abscesso hepático entre os segmentos V e VI do fígado. Foi realizada drenagem percutânea com boa evolução e estabelecida antibioticoterapia por 14 dias. Após 30 dias a paciente retorna com mesmo quadro, sendo diagnosticada recidiva do abscesso. A paciente foi submetida a videolaparoscopia com drenagem do abscesso; no interior do mesmo foi encontrado um corpo estranho (palito de dente) bem como na região de antro gástrico, o qual estava aderido ao fígado. Foi realizada uma drenagem do abscesso com irrigação da cavidade e drenagem ampla. Apresentou boa evolução, tendo alta no quinto dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora o abscesso hepático decorrente de perfuração do trato gastrointestinal por corpo estranho seja de difícil diagnóstico, devido à inespecificidade dos sintomas, se diagnosticado e realizada a retirada do corpo estranho precocemente, tem um desfecho favorável.</p>	<p style="text-align: center;">PO 619-2</p> <p>TUMOR CARCINOIDE EM CRIANÇA. RELATO DE CASO</p> <p>Yuri Nayan Kirsch, Pedro Luis Reis Crotti, Rafael Quixabeira Bezerra de Araujo, Victor Sandrini e Silva, Marcus Vinicius Esteves Aveilino da Rocha</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução / Objetivos: As neoplasias neuroendócrinas pulmonares, como os tumores carcinóides, são mais comuns no adulto que na criança. Manifestam-se, a partir dos 25 ou 30 anos, como quadros infecciosos pulmonares ou com hemoptise recorrente. O diagnóstico é feito através da broncofibroscopia, pelo aspecto característico do tumor carcinóide típico. O tratamento cirúrgico é curativo na maioria dos pacientes. Os autores relatam caso clínico de criança com dez anos de idade, com tumor carcinóide localizado em brônquio principal direito, invasão da carina e do brônquio principal esquerdo submetida a pneumonectomia direita, ressecção parcial de brônquio principal esquerdo, carinectomia e broncoplastia.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato do caso: Criança com dez anos de idade, em tratamento em outro serviço, com diagnóstico de pneumonias de repetição desde os quatro anos de idade. Apresentou quadro de infecção de vias aéreas com 8 meses de idade, permanecendo assintomática até os quatro anos. Encaminhada, no momento, para investigação de quadro de mucoviscidose. Dosagem de sódio e cloro no suor compatível com mucoviscidose. Radiografia atual demonstra diminuição volumétrica do pulmão direito. Tomografia de tórax revela múltiplas cavidades no pulmão direito e massa hilar. Broncofibroscopia evidencia a presença de lesão vegetante e obstrutiva de BPD, com invasão da carina e do BP esquerdo. Submetida a pneumonectomia direita, carinectomia, ressecção de 1,0 cm do brônquio principal esquerdo e broncoplastia, sem utilização de circulação extra-corpórea. Apresentou infecção no pulmão remanescente, tendo permanecido internada por 21 dias. Recebeu alta em boas condições. Encontra-se no 8º mês de pós-operatório, em acompanhamento ambulatorial, sem evidências tomográficas e endoscópicas de recidiva da neoplasia.</p> <p>DISCUSSÃO: As patologias pulmonares infecciosas em crianças tem inúmeros diagnósticos diferenciais. Neoplasias neuroendócrinas pulmonares primárias, dentre elas os tumores carcinóides, são raras. Sua presença deve ser suspeitada quando a evolução do tratamento da patologia de base é incompatível com o tratamento estabelecido</p>
<p style="text-align: center;">PO 619-3</p> <p>CONDROSSARCOMA DE CLAVÍCULA: RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE</p> <p>Pedro Henrique Coêlho de Mélo Leite, Autha Maria Mendes Oliveira, Luívia Fragozo Barros, Iuri Brito Nóbrega Silva, Bruno Henrique Arruda Paula, Deborah Pinagé Alves Lima, Aryana Medeiros Silva, André Luis Lopes Gomes Siqueira</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os condrossarcomas são a segunda variedade mais comum de tumor ósseo maligno produtor de matriz, mais frequente em homens, e com incidência máxima entre a quarta e sexta décadas de vida. A localização do tumor é mais frequente nas cinturas pélvica e escapular e na diáfise de ossos longos, sendo a ocorrência na clavícula correspondente a 0,5% dos casos. Os condrossarcomas podem ser classificados em central ou periférico de acordo com a localização no osso, e em graus I a III de acordo com o nível de atipia celular. O tratamento curativo consiste na cirurgia com ressecção de margens amplas, já que a grande maioria dos tumores são radio e quimiorresistentes.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 17 anos, apresentou tumoração em terço proximal da clavícula esquerda com crescimento progressivo, há cerca de 24 meses. Ao exame físico, foi evidenciado tumor na articulação esternoclavicular esquerda, não aderida a plano profundos, com dor à palpação, mas sem alteração da coloração ou temperatura. A radiografia simples demonstrou lesão osteolítica na porção clavicular proximal esquerda. Foram solicitadas tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) da clavícula esquerda com contraste, evidenciando lesão expansiva, predominantemente cística medindo 3,4 x 3,5 x 3,1 centímetros nos planos ortogonais, com densidade de partes moles na região metadiáfisária proximal da clavícula, com características pouco agressivas e sem comprometimento vascular e nervoso. A conduta adotada foi realizar ressecção retirando a extremidade esternal da clavícula esquerda através da abordagem anterior à clavícula, sendo feito posteriormente o estudo anatomopatológico da peça cirúrgica, o qual confirmou diagnóstico de condrossarcoma primário, central e grau II com margens livres.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente relato apresenta a ocorrência do condrossarcoma em paciente fora da epidemiologia mais frequente, pois a incidência em menores de 20 anos corresponde a 2 a 5% dos casos e a localização na clavícula a 0,5% dos pacientes. Portanto a investigação rápida de tumoração de crescimento progressivo é crucial para diminuir as chances de complicações e aumentar a sobrevida.</p>	<p style="text-align: center;">PO 620-1</p> <p>TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM HEPATOCARCINOMA-COLANGIOCARCINOMA COMBINADO MULTIFOCAL</p> <p>Bruna da Silva Feitosa, Eduardo Resende Sousa e Silva, Felliipe Marques da Silva Araújo, Laura Viana de Lima, Renata Pereira Fontoura, André Luis Conde Watanabe, Natália de Carvalho Trevizoli, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hepatocarcinoma (CHC) é uma neoplasia maligna originada dos hepatócitos, cujo diagnóstico pode ser obtido por meio de critérios radiológicos. Raramente, associa-se a um componente de colangiocarcinoma. Nesse sentido, o intuito deste relato é o de evidenciar esta rara apresentação e seu prognóstico adverso, por meio da descrição de caso de um paciente com ambas as neoplasias, submetido a transplante hepático.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 58 anos, ex-tabagista, apresentando, previamente ao transplante hepático, cirrose Child-Pugh B, com escore de 12 no Model for End Stage Liver Disease. À tomografia computadorizada (TC) de abdome foi visualizada lesão única de 32mm, com realce arterial e washout tardio, sugestivo de CHC. Os valores de alfafetoproteína estavam aumentados, o que corroborou o diagnóstico. Foi submetido a transplante hepático, sem intercorrências cirúrgicas e com boa evolução pós-operatória. O explante revelou carcinoma hepatocelular-colangiocarcinoma combinado multifocal, sendo a maior lesão de 49mm. Decorridos 3 meses da cirurgia, paciente apresentou quadro de dispneia progressiva, evidenciando-se, à TC de tórax, enfisema pulmonar e múltiplos nódulos indeterminados. Teve piora do padrão ventilatório, de modo que foram necessárias intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Nova TC revelou aumento dos nódulos em parênquima pulmonar, apesar da utilização de esquema antimicrobiano e antifúngico de amplo espectro. Ademais, observou-se nova elevação nos valores da alfafetoproteína, sugerindo doença metastática pulmonar. O paciente evoluiu com necessidade de parâmetros progressivamente mais elevados de ventilação, até evoluir para o óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: O CHC é responsável por mais de 90% dos tumores malignos primários do fígado, sendo uma das principais causas de mortalidade relacionada ao câncer. Pacientes portadores desta neoplasia com lesão única de até 5 cm e cirrose Child B ou Child C, como no caso, são candidatos a transplante hepático, devido ao seu maior potencial curativo. Segundo os critérios de Milão, para tal terapêutica, leva-se ainda em conta a evidência de metástase, assim como a invasão vascular e o escore MELD. Contudo, em menos de 5% dos casos, há uma associação com colangiocarcinoma intra-hepático - segundo tumor maligno primário de fígado mais frequente, e de difícil diagnóstico. Achado este que corrobora a um comportamento biológico tumoral mais agressivo, no contexto da imunossupressão, podendo evoluir com doença disseminada, como no caso descrito, implicando em baixo ganho de sobrevida mesmo com o transplante. Desta forma, destaca-se a importância de critérios de elegibilidade para o receptor de transplante hepático, valendo-se da defesa de não se empregar esta terapêutica em casos semelhantes ao relatado, visto a escassez de doadores disponíveis, a grande demanda por órgãos e o pior prognóstico quando comparados a casos de CHC sem associação.</p>

PO 620-3	PO 621-1
<p>DIAGNOSTICO TARDIO DE GANGLIONEUROMA DE ADRENAL EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO</p> <p>Hianny Ribeiro Cabral, Viviane Morais Cunha Lima, Eduardo Taromaru, Paulo Roberto da Silva Júnior, Amanda Ariel Pires Cavalcanti Zeca, Karolyne Enesto Luiz Nobre, Anna Heloysa de Almeida Ludgério Roberto</p> <p><i>Hospital do servidor público municipal - são paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Incidentalomas são tumores assintomáticos encontrados por acaso em exames de imagens. Ganglioneuromas (GN) são tumores originados de células da crista neural, geralmente assintomáticos, fazendo parte do diagnóstico diferencial de incidentalomas. Usualmente, os GN não secretam catecolaminas ou hormônios esteroides, podendo apresentar como sintomas dor e palpação de massa.</p> <p>RELATO DE CASO: G.N.A, feminino, 22 anos, deu entrada com queixa de dor abdominal há 10 dias, em quadrante inferior direito, do tipo em pontada, de moderada intensidade e sem irradiação. Negou febre, náuseas, vômitos, diarreia e disúria. Exames laboratoriais sem alterações. A USG de abdome total mostrou formação heterogênea predominantemente hipocóica de aspecto lobulado, sem fluxo ao Doppler, medindo cerca de 5,0x4,0x4,0cm na topografia da loja adrenal. A TC de abdome e pelve com contraste denotou formação hipotenuante, heterogênea, de aspecto multilobulado, sem realce pós contraste, em topografia de loja adrenal medindo cerca de 5,8x4,2cm. Interrogou-se a hipótese diagnóstica de linfangioma retroperitoneal e a paciente recebeu alta hospitalar. Três anos depois, devido a persistência de quadro álgico, paciente procura outro serviço, onde foi solicitada nova tomografia de abdome e pelve sem contraste, que evidenciou colelitíase sem sinais de colecistite aguda e formação hipodensa, lobulada, em topografia de região adrenal direita, medindo cerca de 6,8x4,0 cm, sendo liberada com analgesia. Um ano depois, a paciente procurou serviço ambulatorial referindo existência de massa abdominal não esclarecida em exames de imagens prévios. Solicitou-se ressonância magnética de abdome, que identificou formação lobulada, homogênea, com hipossinal em T2, sem restrição a difusão e realce discreto tardio em loja adrenal direita, sem plano de clivagem com a glândula, medindo 7,0x4,3cm, com íntimo contato com os vasos renais e sem invasão de estruturas adjacentes, optando-se por adrenalectomia radical direita. No primeiro dia pós operatório, a paciente evoluiu com taquicardia, dor torácica e desconforto respiratório, com exames laboratoriais, eletrocardiograma e tomografia, todos sem alterações. Com a persistência dos sintomas, optou-se por iniciar hidrocortisona, evoluiu bem e recebendo alta no terceiro dia. Como resultado de anatomopatológico: Ganglioneuroma maduro de adrenal direita.</p> <p>DISCUSSÃO: Por fazer parte do diagnóstico diferencial de incidentalomas, o GN deve ser lembrado no achado ocasional de massas de adrenal em exames de imagem. O GN possui características de imagem variáveis, podendo ocorrer calcificações em até 20% dos casos, sendo comumente uma massa homogênea bem circunscrita. Por essa imparcialidade em exames de imagens, a opção terapêutica acaba sendo o tratamento cirúrgico. O tamanho da lesão é outro fator importante na avaliação. Habitualmente, lesões malignas apresentam diâmetro superior a 6cm e as lesões menores que 4cm devem ser ressecadas nas situações de produção hormonal.</p>	<p>CISTO CILIADO HEPATICO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Leonardo Augusto Lima Farias, Fernando Fontes Souza, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Adriano Pamplona Torres, Ana Virginia Ferreira Figueira, Debora Sara Almeida Cardoso</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os cistos ciliados hepáticos, ou cistos de foregut, são lesões císticas hepáticas de ocorrência bastante rara, com menos de 100 casos descritos até o momento na literatura mundial. A sua estrutura histológica é bastante semelhante à dos cistos broncogênicos. Consistem em 4 camadas distintas, um revestimento epitelial ciliado interno, músculo liso, tecido conjuntivo e uma cápsula fibrosa. Geralmente se apresentam como lesões císticas solitárias, uniloculares, subcapsulares, com menos de 3 cm, acometendo mais comumente o segmento hepático IV. Embora bastante rara, existem casos relatados de degeneração malignas destes cistos, com o surgimento de carcinoma de células escamosas. Relatamos o caso de um paciente submetido à ressecção de um cisto ciliado hepático achado incidentalmente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 52 anos de idade, com histórico importante de etilismo e tabagismo, diagnosticado com tumor de base de língua durante investigação de quadro de odinofagia. Realizou tomografias de tórax e abdome para estadiamento da doença, sendo visualizada uma lesão cística multiloculada em segmento hepático IV, sem apresentar realce pelo meio de contraste, subcapsular e com aparente comunicação com a árvore biliar. Apresentava também colelitíase assintomática. Foram aventadas como hipóteses diagnósticas: cistadenoma hepático, implante metastático com degeneração cística, abscesso hepático ou cisto ciliado hepático. O paciente foi então submetido à cirurgia para ressecção e elucidação diagnóstica da lesão. O procedimento foi iniciado por laparoscopia, porém devido a dificuldades com material e temendo a ruptura da lesão, foi optado pela conversão para cirurgia aberta por meia de incisão subcostal direita. Foi realizada a ressecção completa da lesão com margens e colecistectomia. Não foi observada continuidade da lesão com a árvore biliar durante a exploração cirúrgica. O paciente apresentou infecção de ferida operatória, com necessidade de revisão em centro cirúrgico e tratamento antibiótico com piperacilina-tazobactam, recebendo alta após o término do tratamento com boa aceitação da dieta e em bom estado geral, sendo reencaminhado para a oncologia para prosseguir com o tratamento do carcinoma de células escamosas de base de língua. O estudo histológico da lesão hepática revelou tratar-se de cisto ciliado hepático, sem degeneração maligna.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos ciliados hepáticos são lesões bastante raras, cujo aspecto nos exames de imagem é facilmente confundido com cistadenomas hepáticos ou outras lesões císticas. Geralmente são achados incidentais em exames de imagem, como no caso descrito. Embora neste caso se tratasse de lesão multiloculada, o aspecto mais habitualmente observado é o de uma lesão unilocular simples. Podem ocorrer também ilhas de tecido gástrico ou intestinal ectópico em seu interior. Devido ao risco de transformação maligna, a ressecção cirúrgica da lesão é considerada o tratamento de escolha.</p>
<p>PO 621-2</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA DA PNEUMONIA NECROTIZANTE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Vanessa Mohamed Rassi, Jordana Nascimento Machado, Geovana Thees Perillo Rodrigues, André Luiz Carneiro, Nelson Alves dos Santos, Daniel Messias Moraes Neto</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Pneumonia Necrotizante (PN), é uma complicação rara e grave da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Caracterizada pela liquefação, necrose e cavitação do tecido pulmonar. A importância de seu estudo decorre da alta taxa de mortalidade, do aumento progressivo de sua incidência e da falta de guidelines para o manejo. Aqui visa-se revisar a literatura sobre PN e relatar um caso com necessidade de abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 41 anos, com dor em hemitórax esquerdo (HTE), dispneia, febre e tosse produtiva, há 30 dias. No pronto socorro, foi tratado de PAC. Houve persistência do quadro clínico após antibioticoterapia (ATBT). Realizou Tomografia Computadorizada de Tórax (TCT), que evidenciou consolidação com áreas de necrose, pequenas cavitações e atelectasia em lobo inferior esquerdo, associadas a empiema em grande loja, com nível hidroaéreo, e espessamento pleural à esquerda. Feito o diagnóstico de PN, o tratamento eleito foi lobectomia pulmonar inferior esquerda para ressecção de toda a necrose. Paciente evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A PN decorre de processo inflamatório e isquemia brônquica/pulmonar. O agente mais comum é o pneumococo, mas outros já foram implicados, como S. aureus, S. Pyogenes, Nocardia, Klebsiella pneumoniae e P. aeruginosa. A persistência dos sintomas, piora do quadro clínico ou refratariedade à ATBT são pistas para o diagnóstico de PN. A TCT é o exame gold-standard – fundamental, tanto para diagnóstico, como para detectar áreas de má perfusão, que podem indicar alto risco de necrose extensa, além de prever retardo ou falha na ATBT e auxiliar na decisão de um tratamento cirúrgico. O tratamento intervencionista é realizado em duas frentes: abordagem do envolvimento da pleura e abordagem da infecção do parênquima pulmonar. Uma opção de intervenção é a drenagem percutânea na PN. É associada a alto risco de complicações, mas pode servir como terapêutica temporária em pacientes com PN e grandes lesões cavitárias. O tratamento cirúrgico não possui indicações bem definidas, o que faz da escolha entre ele e o manejo clínico, um desafio. A cirurgia é eleita quando o objetivo é controlar sepsis, drenar empiema, abrir abscessos pulmonares, ressecar tecido necrótico, re-expandir o pulmão e na falha da ATBT. Não há um consenso sobre qual o melhor período para se operar. Alguns autores defendem a cirurgia precoce, pois a lesão ainda estaria localizada. Outros referem que a melhora clínica prévia permite resolução das áreas com pouca perfusão, reduzindo a extensão da lesão. Os procedimentos variam desde a necrosectomia e decorticção até ressecções pulmonares – segmentectomia, lobectomia (LB) ou pneumectomia (PM). No caso relatado, foi escolhida a LB pela lesão ser restrita ao lobo inferior esquerdo, e, dada à grande extensão, a segmentectomia não pôde ser considerada. Conclui-se que a abordagem cirúrgica a ser eleita e seus resultados dependem dos achados na TCT e aqueles durante o ato cirúrgico, associados às condições gerais do paciente.</p>	<p>PO 621-3</p> <p>CISTO MUCINOSO DE BAÇO</p> <p>ALINE ARALDI LAZZERI, LUIS FERNANDO TASCA, LETICIA RAFAELA DE OLIVEIRA FERREIRA</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO - JUAZEIRO - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto esplênico é uma entidade clínica e patológica rara. É mais comumente encontrado no sexo feminino entre a segunda e quarta décadas de vida. É classificado como cisto primário ou verdadeiro (quando possui revestimento epitelial) ou como secundário ou pseudocisto (quando não possui epitélio).</p> <p>RELATO DE CASO: V.S.D.S, 23 anos, sexo feminino, solteira, design de sobranceiras, natural de Petrolina-PE, residente e procedente de Juazeiro-BA, veio ao serviço com queixa de dor e massa palpável em hipocôndrio esquerdo há 2 meses. Negava sintomas associados, fatores de melhora ou piora da dor, comorbidades, alergias, e antecedentes epidemiológicos e familiares relevantes para o caso. Ao exame, apresentava massa palpável em hipocôndrio esquerdo, sem outras alterações. Portava ultrassonografia de abdome que mostrava volumosa massa em baço. Frente ao achado, foi solicitada uma tomografia computadorizada de abdome evidenciou baço com volumosa formação cística em sua porção inferior, medindo cerca de 7,4x8,1centímetros, sem detecção de septos ou nódulos murais associados. A paciente foi submetida à esplenectomia total por laparotomia. Evoluiu com melhora clínica, sem intercorrências, tendo alta hospitalar no segundo dia pós operatório. Resultado do histopatológico revelou tratar-se de um cisto mucinoso de baço.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos esplênicos são bastante incomuns. A primeira vez que foram descritos foi em 1829 por Andral através de um cisto não parasitário. A partir dessa data, vários outros autores descreveram relatos de caso envolvendo cistos ao longo dos anos. Os cistos esplênicos possuem crescimento insidioso, sendo a maioria assintomáticos. No entanto, quando geram sintomas, a dor no quadrante superior esquerdo é o mais comum. A depender do tamanho, geralmente acima de 8 centímetros, podem gerar outros sintomas em virtude da compressão de estruturas adjacentes. Dentre eles destacam-se: náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso e refluxo esofágico (através da compressão gástrica); dispneia, dor pleurítica, atelectasia e infecções respiratórias (pela compressão do hemidiafragma esquerdo); além de sintomas urinários, menos frequentes, pela compressão do rim esquerdo e do sistema pielocalicular ipsilateral. O exame físico tende a ser normal, podendo, em raras vezes, apresentar massa abdominal palpável, a depender do volume do cisto. O diagnóstico pode ser realizado através de ultrassonografia de abdome, seja por um achado acidental ou pelos casos de pacientes que apresentem sintomas ou exame físico suspeitos. Na sequência, a tomografia computadorizada pode ser realizada, tendo em vista que apresenta alta acurácia para o diagnóstico. Diante do aumento do risco de complicações, como roturas, hemorragias e infecções, os cistos esplênicos com diâmetro acima de 4-5 centímetros devem ser submetidos a tratamento cirúrgico. Sendo assim, a laparotomia com esplenectomia tem sido uma das opções de tratamento para muitos casos de cistos esplênicos.</p>

PO 622-1	PO 622-2
<p>TUMOR HEPATICO EM PACIENTE SEM FATORES DE RISCO.</p> <p>Levindo Alves de Oliveira, KYLDERY WENDELL MOURA CAVALCANTE, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Pedro Gomes Lins de Carvalho, Hikaro Vinicius Galvão Dantas, Rafaela Xaud Rodrigues, Danilo Jonas Silva Friaça</p> <p><i>Hospital Geral de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o câncer primário maligno de fígado mais comum, e a terceira neoplasia que mais causa morte no mundo. Tem grande incidência em pessoas com idade acima de 45 anos com alguma doença hepática crônica 1. Sendo as mais comuns hepatite B, hepatite C e cirrose hepática.</p> <p>RELATO DE CASO: J.R.O., 57 anos, sexo masculino, casado, 02 filhos, lavrador, natural de Boa Vista-RR, procedente e residente de Cantá- RR. Nega histórico de HAS e DM, uso de tabaco e etilismo pesado. Nega histórico de câncer na família. Relata que há dois meses procurou o PSF em Boa Vista-RR, com quadro de inapetência, emagrecimento, dispnéia e icterício. Foi encaminhado ao Hospital Geral de Roraima (HGR) onde foi solicitado internação no dia 28/09/2018 com quadro de inapetência há 3 meses e icterícia há 15 dias. Apresentava exames particulares com elevação de bilirrubinas à custa de direta e indireta, hepatites B e C não reagente. Ao exame apresentava icterícia 4+/4+, abdome globoso, distendido, indolor a palpação, sem peritonite e com hepatomegalia. Foram realizados exames de imagem: RNM coluna lombar (02/08/2018), USG de ABD no dia 30/09/2018, colangioRNM no dia 04/10 e TC de ABD no dia 16/10/2018. Todos evidenciando uma massa sólida nos segmentos hepáticos I, V e VIII com provável metástase para coluna lombar. Realizado cintilografia óssea trifásica (23/10/2018): Reações osteoblásticas nas vértebras L2, L3 e L4. E no dia 14/11/2018, foi realizada a biópsia hepática onde se concluiu CHC. Paciente foi encaminhado aos cuidados da oncologia no dia 28/11/2018 restrito ao leito, em anasarca, icterício (4+/4+) e elevações de enzimas hepáticas. O serviço de oncologia relatou paciente com doença neoplásica avançada e em insuficiência hepática sem condições clínicas para quimioterapia paliativa. Recebeu alta hospitalar para seguimento de cuidados paliativos em casa. Em meados de Janeiro de 2019, paciente faleceu.</p> <p>DISCUSSÃO: Percebe-se que o CHC é uma neoplasia que necessita ser diagnosticada e estadiada de forma precoce para seu melhor manejo. Observando-se que a ressecção hepática está associada a melhores resultados do que a quimioembolização transarterial, porém, é necessário ainda não ter ocorrido metástase e o tumor seja menor que 5 cm, associado ao nível cirrótico do paciente, pois assim, espera-se melhor avaliação para possível tratamento e sobrevida que gira em torno de 6 a 20 meses.</p>	<p>SIMPATICOTOMIA TORACICA PARA TRATAMENTO DE ICO E PATOLOGIAS VASCULO-NERVOSAS</p> <p>Rafael Quixabeira Bezerra de Araujo, Yuri Nayan Kirsch, Victor Sandrini e Silva, Marcus Vinicius Esteves Avelino Rocha, Pedro Luis Reis Crotti</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução / Objetivos: A simpaticotomia torácica tem sido utilizada para o tratamento das desordens autonômicas do SNA, principalmente a hiperidrose. No tratamento da hiperidrose palmar, axilar e crânio-facial os resultados tem sido satisfatórios. Para o tratamento das patologias vasculo-nervosas a indicação torna-se mais restrita e a eficácia diminui, a longo prazo. Os autores relatam o tratamento de desordens vasculo-nervosas dos membros superiores e de angina intratável com a utilização da simpaticotomia torácica videoeoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: Materiais / Métodos: Submetidos a simpaticotomia torácica por videotoroscopia três pacientes: duas com Fenômeno de Reynaud e perda tecidual nas extremidades digitais e uma com angina intratável e quadro recorrente de edema agudo de pulmão (EAP). Duas pacientes (43 e 58 anos) com perda tecidual por vasculopatia grave nas falanges distais dos quírodactilos foram submetidas a simpaticotomia torácica, com secção de T2 a T4, através da videotoroscopia. Uma paciente (59 anos) com quadro angina intratável e edema agudo de pulmão recorrente foi submetida a simpaticotomia videotoroscópica, com secção de T2 a T6. Havia sido submetida a revascularização do miocárdio 1999 (MIE-Da). Nova revascularização do miocárdio em 2002 (ponte safena para artéria descendente anterior e para ramo marginal da art. circumflexa). Ambas pontes safena ocluídas e MIE pérvia com leito distal de Da ruim (setembro 2004). No momento, sem indicação para novo tratamento cirúrgico. Apresentou quatro episódios de angina e edema agudo de pulmão, no período de março a setembro de 2004, refratário a tratamento clínico ambulatorial. Uma das pacientes com Reynaud submetida a simpaticotomia evoluiu sem sintomas, quatro anos após o procedimento. Trata-se de paciente com componente de vasculopatia mais intenso (hipertensão e diabetes). A paciente com fenômeno de Reynaud com componente neurofuncional mais intenso (43 anos) apresentou melhora quanto a necrose tecidual por vasculopatia, porém persiste com sintomatologia dolorosa importante, nos ambientes frios. A paciente com ICO intratável apresentou melhora significativa dos sintomas. Trinta meses após o procedimento não apresenta episódios de EAP desde o POI, tendo retornado às atividades diárias. Não necessitou internações para tratamento da ICO e/ou EAP, no pós-operatório</p> <p>DISCUSSÃO: Os autores relatam três casos de pacientes com vasculopatia, de extremidades superiores e coronariana, tratadas por simpaticotomia toracoscópica, com sucesso, corroborando a possibilidade deste tipo de abordagem cirúrgica para casos selecionados.</p>

PO 622-3	PO 623-1
<p>RELATO DE SINDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA APOS MASTECTOMIA RADICAL EM PACIENTE ONCOLOGICA NO INTERIOR DO ESTADO DO TOCANTINS</p> <p>Camila Fecury Cerqueira, Tássylla Caroline Ferreira Pereira, Patrick Nunes Brito, Lucélia de Oliveira Santos, Iago Oliveira Gomes, Reinaldo Magalhães Fernandes, Laís Rocha Brasil, Eric de Oliveira Soares Junior</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: : A Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) representa acometimento neurológico crônico, caracteriza-se pela presença de dor espontânea em queimação, hiperalgesia, edema, instabilidade vasomotora, alteração da função motora e anormalidades autonômicas. (ALVARES et al, 2009). Incide em menos de 2% da população. Associa-se em 19% no período pós-operatório. Não se limita à distribuição de um único nervo periférico e aparentemente é desproporcional ao evento desencadeante (SANTOS; PUGA; MASSADA, 2015). A fisiopatologia exata é desconhecida, sendo multifatorial, podem estar envolvidos fatores genéticos, psicoemocionais, imunitários, inflamatórios e do sistema nervoso central e periférico (PACHECO et al, 2016). O objetivo desse trabalho foi elaborar um relato de caso de SDRC após mastectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: A.J.B.L., feminino, 46 anos, parda, natural de Araguaína-TO, procura ambulatório de mastologia com queixa de mastalgia a direita, intensa, súbita, associada a hiperemia, sem fator desencadeante aparente, sem fatores de melhora. Nega história familiar de câncer de mama, tabagismo, uso de anticoncepcional oral e etilismo. Mamografia e ultrassonografia com nódulo em mama direita BIRADS 5, confirmado por biópsia um "Carcinoma Ductal Invasivo" pT4bpN2apMx. Indicado quimioterapia neoadjuvante com resposta pobre. Realizado mastectomia radical modificada com colocação de expansor. No pós-operatório imediato paciente evoluiu com dor intensa, em queimação na região do ombro com irradiação para MSD até antebraço, com diminuição da motricidade e limitação do movimento de adução e refratária a analgesia. Exame de imagem do membro, dentro da normalidade. Encaminhada ao ambulatório de neurologia, sendo então feito o diagnóstico de SDRC. Atualmente, paciente evoluiu com quadro de depressão, devido à dor incapacitante, segue em acompanhamento com fisioterapia e em uso de analgésicos, antidepressivos.</p> <p>DISCUSSÃO: Trabalho realizado com o objetivo de apresentar tema pouco conhecido pelo meio médico para evidenciar a importância de tê-lo como diagnóstico diferencial, tendo em vista uma doença progressiva e incapacitante. Assim, mostrando a importância de diagnóstico precoce, evitando a incapacitação física do paciente.</p>	<p>TUBERCULOSE HEPATICA SIMULANDO ABCESSO HEPATICO AMEBIANO</p> <p>Sandrelli Reis de Barros Carneiro, Aldiley Leal Vila Bela, Francisco Luzio De Paula Ramos</p> <p><i>Instituto Evandro Chagas - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tuberculose é uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no Brasil e no mundo. Os pulmões são os órgãos mais afetados, no entanto a forma extra-pulmonar, especificamente a abdominal ocorre em 11% dos casos. A apresentação hepática é rara, os sintomas e achados radiológicos inespecíficos. Por tratar-se de uma doença considerada problema de saúde pública no Brasil, além de poucas evidências literárias sobre a forma hepática foi o que motivou este relato de caso.</p> <p>RELATO DE CASO: L.J.B.C. masculino, 36 anos, motorista, residente na cidade de Belém-PA, HIV negativo, tratado em junho de 2017 de parasitose por Schistosoma mansoni. Iniciou quadro de febre e dor abdominal (junho/2018) com imagem de coleção hipodensa no espaço hepatorenal de 5,3x1,7x5,6cm; foi internado em hospital particular para tratamento por suspeita de abscesso hepático amebiano em julho 2018 iniciando ceftriaxona 2g/dia e metronidazol 1,5g/dia, endovenosos; seguido de drenagem hepática guiada por tomografia com saída de pequena quantidade de líquido seroso – sem estudo de culturas devido amostra limitada. Recebeu alta melhorado com manutenção de antibiótico via oral (ciprofloxacino/metronidazol – 10 dias). Em setembro de 2018 manteve queixa de dor abdominal em HD e febre sendo então reiniciada a mesma terapêutica via oral. A tomografia de abdome mostrou coleção hipodensa em segmento VI do lobo direito do fígado (6,8x4,0cm) sugestivo de coleção de abscesso, sendo então programada (re)drenagem da coleção e realizada em 05/10/2018 com saída de pouco líquido seroso e cultura negativa. Concomitante em seguimento no Instituto Evandro Chagas (IEC), por esquistossomose progressiva e diante irresolubilidade efetiva do quadro em questão, foram analisados exames laboratoriais do período, que mantinham padrão de leucócitos normais, contudo elevação de segmentados sendo então suspeitado de tuberculose e solicitado PPD que mostrou-se forte reator. Iniciou, empiricamente, tratamento para tuberculose em outubro de 2018 e desde então paciente assintomático e sem novas coleções intrahepáticas.</p> <p>DISCUSSÃO: O abscesso hepático amebiano é a apresentação extra-intestinal mais frequente da amebiose. É mais comum em homens entre 30-50 anos com manifestação de dor abdominal e febre como relatado no caso. Tende a cursar com leucocitose sem eosinofilia, elevação de fosfatase alcalina, transaminases, bilirrubina e discreta anemia – não evidenciados neste estudo. O diagnóstico é feito por exames de imagem, sendo o abscesso amebiano hepático caracteristicamente único e em lobo direito. O diagnóstico definitivo é feito através de identificação de Entamoeba histolytica no material aspirado em 50% dos casos. Diante suspeita diagnóstica, baseada na epidemiologia, quadro clínico e achados radiológicos pode ser iniciada terapêutica empírica com eficácia do metronidazol em 90% dos casos. A drenagem percutânea está indicada quando volume do abscesso ultrapassa 150cm³ ou quando não ocorre regressão de tamanho ao uso de antibióticos.</p>

PO 623-2	PO 624-1
<p>TRAUMA DE TORAX E FRATURA DE ESTERNO. RECONHECIMENTO DAS PRINCIPAIS LESOES E TRATAMENTO CIRURGICO.</p> <p>Victor Sandrini e Silva, Rafael Quixabeira Bezerra de Araujo, Yuri Nayan Kirsch, Marcus Vinicius Esteves Avelino Rocha, Pedro Luis Reis Crotti, Geraldo Messias Santos Silva</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma de tórax é uma das principais causas de morte dos pacientes politraumatizados e representa cerca de 25% das mesmas. Entre as principais causas ressaltamos a colisão de veículos, atropelamento, lesão por arma de fogo, quedas de altura, acidente de motocicleta, espancamento, lesão por arma branca, explosão e esmagamento. Nestes traumas, as condições fisiopatológicas que se instalam são rapidamente progressivas, podendo em determinadas situações levar à morte em minutos. Cerca de 85% destes traumas podem e devem ser tratados em sua fase aguda, mesmo que por médicos com básicos conhecimentos cirúrgicos. A gravidade do trauma e sua letalidade é diretamente proporcional à força que atua sobre a parede torácica e ao quanto dessa força é transmitida para os órgãos intratorácicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Descrever casos clínicos de pacientes politraumatizados graves, que apresentavam fratura do esterno, com contusão miocárdica e pulmonar. Enfatizar a investigação clínica préoperatória, a estabilização clínica nas primeiras horas, a indicação do tratamento cirúrgico e as potenciais complicações do próprio trauma e do tratamento cirúrgico. São abordados os aspectos clínicos e descritos os potenciais lesões intratorácicas que estes pacientes apresentavam, assim como a investigação de possíveis lesões devido à intensidade do trauma de três casos clínicos distintos. 1. Paciente jovem, acidente automobilístico, com fratura de esterno e contusão pulmonar. Submetido a uma fixação com sutura utilizando fio de aço. 2. Paciente jovem, acidente por queda de altura em barragem hidroelétrica. Afundamento torácico anterior. Fratura de esterno. Contusão pulmonar e miocárdica severa. Submetido a correção cirúrgica com alinhamento dos fragmentos e sutura com fio de aço. 3. Paciente idoso, vítima de queda de cavalo. Fratura de esterno, pneumomediastino e pneumopericárdio. Submetido a tratamento cirúrgico constatando-se ruptura do átrio direito taponada. Sutura dos ferimentos</p> <p>DISCUSSÃO: A lesão do osso esterno não é frequente nos pacientes politraumatizados graves que sobrevivem aos momentos iniciais do trauma e do tratamento das lesões por ele provocadas. Porém, reveste-se de importância o reconhecimento da lesão e suas potenciais complicações associadas e relacionadas ao trauma cardíaco, à contusão miocárdica e pulmonar, além de hemotórax, pneumotórax hipertensivo ou aberto, lesões vasculares, entre outras. Em análise de indicadores técnicos de colisão, baseados em dados pré-clínicos e clínicos de pacientes com fratura externa entre 1985-2004, constatamos que dos 42.055 pacientes feridos, avaliados por uma unidade de investigação de acidentes, apenas 267/42.055 pacientes (0,64%) sofreu uma fratura externa no período de 20 anos. Contusões moles são mais frequentemente concomitantes (55%), seguido por lesões da coluna cervical (23%), fraturas múltiplas das costelas (14%) e lesões pulmonares (12%). Deste total de pacientes, 18% foram politraumatizados, com 11,2% morrendo no local e 2,3% no hospital(1).</p>	<p>Paracoccidiodomicose simulando colangiocarcinoma: diagnóstico viabilizado pela laparoscopia.</p> <p>THAIS ROCHA DE SENA, TAYNAN FERREIRA VIDIGAL, DOUGLAS DE ARAUJO RESENDE E SOUZA, JULIANO FELIX CASTRO, CRISTIANO XAVIER LIMA</p> <p><i>HOSPITAL FELICIO ROCHO - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paracoccidiodomicose (PCM) é uma importante micose endêmica da América Latina, causada pelo fungo Paracoccidiodioides brasilienses. Apresenta-se sob a forma subaguda, que acomete crianças e jovens e atinge o sistema reticuloendotelial e sob forma crônica, atingindo homens adultos, acometendo pulmões, linfonodos, mucosas e pele. O diagnóstico é dado pela identificação do fungo em tecido contaminado ou por técnicas de PCR. No caso relatado a seguir, é descrita a infecção por PCM simulando Colangiocarcinoma.</p> <p>RELATO DE CASO: L.A.S.N, 32anos, masculino, natural de Pará de Minas, iniciou quadro de fraqueza, emagrecimento de 8kg em 3 meses, tosse seca, febre, sudorese noturna e anemia. Ausência de lesões cutâneas e icterícia. Realizou Ressonância Nuclear Magnética que indicou grande lesão expansiva em topografia de hilo hepático e dilatação das vias biliares extra-hepáticas. Sendo realizado colangiorressonância, que indicou linfonodomegalias necróticas na região hilar hepática, aparentemente determinando compressão extrínseca no ducto colédoco e conglomerado de linfonodos próximo a raiz do mesentério. Encaminhado ao ambulatório de cirurgia geral, para programação de biópsia de massa em hilo hepático e linfonodos, que foi realizada por laparoscopia, cujo anatomopatológico indicou reação granulomatosa, com numerosas células gigantes multinucleadas e várias estruturas fúngicas arredondadas de membrana dupla, com brotamentos laterais. Como ocorre na PCM. Paciente iniciou tratamento com Itraconazol oral, e segue em acompanhamento regular com boa resposta.</p> <p>DISCUSSÃO: O advento da laparoscopia e o emprego desta técnica para realização de biópsia de massas intra abdominais otimizarão diagnóstico e tratamento de tais lesões. A necessidade de resultados de anatomia patológica para guiar os próximos passos possibilita a ampliação de diagnósticos de lesões não usuais. PCM é considerada a terceira causa de morte por doença infecciosa crônica no Brasil. O principal fator de risco para infecção são profissões ou atividades relacionadas ao manejo do solo, através da inalação de partículas contaminadas pelo fungo. Na forma crônica, predomina no sexo masculino – razão de 22:1. O envolvimento abdominal na PCM é normalmente visto na forma subaguda, com uma grande variedade de manifestações clínicas, variando de náuseas, vômitos, ascite, icterícia, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, massa tumoral e obstrução intestinal. A icterícia geralmente aparece tardiamente e ocasionada por compressão extrínseca do ducto biliar comum por gânglios linfáticos. O paciente relatado não cursava com lesões cutâneas e mucosas, típicas da PCM. Uma vez que a imagem e a história clínica permitiam diagnóstico de Colangiocarcinoma, a realização da biópsia por laparoscopia permitiu o diagnóstico correto, e a programação de tratamento específico, de modo que paciente não foi submetido a procedimento cirúrgico de maior morbidade para ressecção de massa ou cirurgia de caráter paliativo.</p>
<p>TUMORES DE CORAÇÃO.</p> <p>Marcus Vinicius Esteves Avelino Rocha, Yuri Nayan Kirsch, Victor Sandrini Silva, Rafael Quixabeira Bezerra Araujo, Pedro Luis Reis Crotti, Geraldo Messias Santos Silva</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores do sistema cardiovascular são afecções raras com incidência de 0,0017% a 0,28%. Manifestam-se por sinais e sintomas inespecíficos, na maioria das vezes. No entanto, a dispnéia está presente em 36% dos casos e a perda de peso em 20%, seguida por palpitações (18%). O tratamento de alterações de ritmo cardíaco, das doenças que acarretam disfunção no sistema de condução His-Purkinje e das síndromes que podem acometer o coração (isquêmica, particularmente) devem levar em consideração a possibilidade de neoplasias cardíacas. Os tumores do músculo cardíaco são os rabdomiossarcomas, que se desenvolvem com maior frequência nas cavidades cardíacas esquerdas, principalmente no ventrículo esquerdo. Dentre os tumores endovasculares, o mais frequente é o mixoma de átrio esquerdo (75%) e suas possíveis variantes. O mixoma tem predomínio no sexo feminino, com aspecto macroscópico gelatinoso e transparente. São geralmente únicos, com localização preferencial no átrio esquerdo e inserção próxima à fossa oval. São considerados tumores benignos, embora muitas vezes assumam papel maligno com recidiva local, invasão da parede torácica e embolização. Os tumores metastáticos do coração, entre eles o melanoma maligno, são descritos com maior frequência acometendo o ventrículo direito (parede anterior e septal, com invasão do ventrículo esquerdo), nas formas de doença não disseminada.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 39 anos referiu que iniciara com sintomas de dispnéia e cansaço aos grandes esforços. Tais sintomas mostraram discreta progressão nos meses subsequentes, de maneira que ele procurou o cardiologista. Ao exame físico, apresentava segunda bulha hiperfônica e sopro sistólico grau 4, no foco tricúspide. Foi realizado ecocardiograma, que evidenciou massa tumoral em via de entrada do ventrículo direito, com extensão até a via de saída desse, causando obstrução importante de fluxo, associada à hipertensão arterial pulmonar de grau moderado a importante. O paciente foi internado no dia por massa em ventrículo direito com vistas à abordagem cirúrgica. Na história médica progressiva do paciente havia a ressecção de uma lesão cutânea em região cervical esquerda, cujo exame histopatológico mostrou tratar-se de melanoma nodular, nível III de Clark. Além disso, exérese de lesão cutânea de antebraço direito, realizada anteriormente, revelou melanoma tipo disseminação superficial, com margens cirúrgicas comprometidas. Em radiografia de tórax, foram observadas múltiplas lesões nodulares bilaterais. A tomografia de tórax mostrou volumosa lesão expansiva ocupando a cavidade ventricular direita, deslocamento do septo interventricular para a esquerda, derrame pericárdico moderado, múltiplos nódulos pulmonares e pequenos gânglios axilares bilaterais. A tomografia de crânio evidenciou múltiplas lesões cerebrais, compatíveis com implantes metastáticos. O diagnóstico final foi melanoma metastático</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores cardíacos malignos, apesar de raros, devem ser considerados em diagnósticos diferenciais.</p>	<p>APENDAGITE EPIPLOICA NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DO ABDOME AGUDO INFLAMATORIO – RELATO DE CASO</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Ana Flávia Andrade Costa, Bruna Bandeira Oliveira Junqueira, Thais Bandeira Oliveira Junqueira, Vivian Scarlath Lopes Oliveira, Bruna Fernandes Sousa, Gláucio Silva Souza</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendagite epiploica constitui uma condição clínica pouco comum, com sua incidência ainda não verdadeiramente conhecida. Decorrente da torção ou da isquemia de apêndices epiploicos distribuídos ao longo de todo o cólon, manifesta-se com dor intensa localizada e progressiva. Percebe-se um aumento no relato de casos diagnosticados, seja pelo maior conhecimento da afecção ou pelo avanço de métodos propedêuticos de imagem, representados principalmente pela tomografia computadorizada (TC). Mesmo com todo arsenal que dispomos para diagnóstico, por vezes persiste a dúvida na diferenciação com outras doenças de resolução cirúrgica principalmente com a apendicite aguda e diverticulite de Meckel quando a apendagite localiza-se no ceco e a dor é na fossa ilíaca direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 37 anos, IMC=42,3, com quadro de dor intensa localizada na fossa ilíaca direita e progressiva há cerca de 36 horas, sem relato de febre. Realizada ultrassonografia (US) que revelou apêndice vermiforme de 6,6mm de diâmetro. TC do abdome com apêndice no limite da normalidade, ausência de líquido livre na cavidade peritoneal e espessamento de tecido gorduroso localizado na fossa ilíaca direita (1,3cm) justaposto ao ceco. Optado pelo tratamento medicamentoso, não operatório. Quadro clínico mantido após 36 horas de acompanhamento hospitalar, optado pela realização de laparoscopia que foi diagnóstica de apendagite epiploica. Realizado retirada do apêndice epiploico necrosado. Anatomia patológica: necrose gordurosa associada a processo inflamatório agudo e hemorragia. Evolução pós operatória sem intercorrências. Mantido acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrita em 1956 por Linn, a apendagite epiploica é uma condição inflamatória pouco frequente, que em virtude de isquemia e/ou torção, determina quadro de abdome agudo que acomete principalmente o quadrante inferior esquerdo ou a fossa ilíaca direita onde os apêndices epiploicos se localizam mais frequentemente, estando apenas ao cólon descendente e sigmoide ou ao ceco. Portanto, seu diagnóstico diferencial deve ser feito com apendicite aguda, diverticulite de Meckel e diverticulite aguda do cólon sigmoide. Como método propedêutico preferencial para diagnóstico diferencial, destacamos a TC do abdome. Seu tratamento é clínico, porém na dúvida diagnóstica ou na recorrência clínica, a laparoscopia poderá ser utilizada para confirmação diagnóstica e efetivação da terapêutica.</p>

PO 625-1	PO 626-1
<p>NEOPLASIA NEUROENDOCRINA HEPÁTICA PRIMÁRIA: RELATO DE CASO</p> <p>VICTOR AUGUSTHO BARBOSA, PEDRO HENRIQUE PADUAN, GILVAN LUÍS GAVA, FABIO HENRIQUE MENDONÇA DE OLIVEIRA, CARLOS EDUARDO RODRIGUES LOPES, AIRTON ROSSINI</p> <p><i>UFMT - Sinop - Mato Grosso – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores carcinoides são Neoplasias Neuroendócrinas (NNEs) de crescimento lento e que acometem, geralmente, o trato digestivo e pulmões. Aproximadamente 74% destes tumores surgem no trato gastrointestinal, e o fígado, quando acometido, é na maioria das vezes sítio de metástases, sendo o Tumor Carcinóide Hepático Primário (TCHP) extremamente raro, com apenas 94 casos descritos na literatura. Devido a essa raridade, o diagnóstico do TCHP é complexo, e dificultado por sua similaridade com o Carcinoma Hepatocelular. A apresentação clínica é pouco específica, sendo a dor abdominal a principal queixa. O tratamento de escolha é a hepatectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 53 anos, queixando-se de dor abdominal, com Ultrassonografia (US) Abdominal normal. Realizou Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou gastrite enantematosa leve de corpo gástrico, duodenite erosiva e positivo para <i>H. pylori</i>. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com lesão de 5,3x5,1x4,4cm (118cm³), que sugeriu adenoma hepático. A colonoscopia não apresentou alterações. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) mostrou lesão de 6,4x6,1x4,9cm (191cm³) no segmento VII do fígado, bem delimitada, de contornos discretamente lobulados, sugerindo adenoma hepático, e indicou linfonodomegalia adjacente ao fundo gástrico. O anatomopatológico (AP) constatou a presença de um carcinoma de fígado. A imuno-histoquímica (IH) sugeriu sítio primário genital, todavia a RNM de pelve não mostrou alterações. Realizou-se a hepatectomia dos segmentos V, VI e VII. O AP da peça cirúrgica evidenciou neoplasia maligna epitelial com diferenciação glandular. A IH concluiu como neoplasia neuroendócrina bem diferenciada (NET grau 2, OMS 2010), com perfil não específico para determinar tipo histológico de origem.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico da NNE hepática é difícil, pois além de ser uma patologia rara, o diagnóstico é de exclusão. No caso relatado, inicialmente, a paciente apresentou um sintoma inespecífico, sendo solicitado US abdominal. Porém, este método tem limitações importantes na identificação de neoplasias hepáticas incipientes, sendo necessário métodos mais sensíveis, como a TC e RNM, que identificam, mas limitam-se quanto a determinação da malignidade/benignidade dos achados. A exemplo desse caso, a sugestão de uma lesão benigna retardada o diagnóstico, pois diretrizes atuais contraindicam a biópsia de todos os adenomas. Diante da persistência dos sintomas e o correspondente aumento da lesão, métodos mais invasivos devem ser adotados, como biópsia para análise AP e IH. A partir da comprovação da malignidade torna-se imperativo determinar se a lesão é primária ou metastática. Com a identificação da origem molecular da lesão, o tratamento e o prognóstico tornam-se mais direcionados e com melhores resultados. Faz-se necessário o aprimoramento dos atuais métodos diagnósticos a fim de diferenciar, ainda na fase pré-operatória, as NNEs primárias do fígado do carcinoma hepatocelular, tornando o prognóstico mais favorável.</p>	<p>RESSECÇÃO DO SEGMENTO VIII POR VIA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA DO FÍGADO: RELATO DE CASO</p> <p>ALESSANDRA ANDRADE LOPES, ANA CAROLINA ANDRADE LOPES, MARCELLA RESENDE MONTEIRO PRADO, IAN PAGNUSSAT, SERGIO RENATO PAIS-COSTA</p> <p><i>HOSPITAL BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias císticas hepáticas constituem apenas 5% das lesões císticas, mas, devido aos avanços nos exames de imagem abdominal, a sua frequência está aumentando. Essas incluem o cistoadenoma benigno, agora referido como neoplasia mucinosa hepática não invasiva, que é, em geral, encontrada incidentalmente; e cistoadenocarcinoma, uma lesão maligna agora chamada de neoplasia mucinosa hepática invasiva. Na primeira, devido à sua propensão para recorrência local, bem como a sua malignização, o tratamento de escolha deve ser cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente C.A.C., feminino, 48 anos, com dor abdominal em hipocôndrio direito há 1 ano e gastroplastia prévia há 10 anos, foi submetida a tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética. O achado incidental mostrou lesão cística septada com área sólida no interior medindo 5 cm em segmento VIII. Investigações hematológicas identificaram os marcadores tumorais CA 19-9 = 132, 3 e CEA = 3,8. O tratamento proposto e realizado com sucesso foi uma segmentectomia laparoscópica do segmento VIII, sendo a lesão excisionada em "endobag" a fim de evitar disseminação.</p> <p>DISCUSSÃO: A neoplasia mucinosa hepática não invasiva ocorre principalmente dentro do parênquima hepático (80-90%), com predomínio no lobo direito (55%), embora também tenham sido descritos na árvore biliar extra-hepática e na vesícula biliar. A paciente em questão apresentava dor abdominal inespecífica, com duração de 1 ano, e teve seu diagnóstico em exame de imagem incidental, assim como na literatura de referência, segundo a qual muitos pacientes são assintomáticos e, mais comumente, os sintomas incluem dor e sensação de massa abdominal superior. O diagnóstico de cistos hepáticos pode ser feito por exame ultrassonográfico, que tem 90% de sensibilidade e especificidade em diagnosticar este tipo de lesão cística. Porém, casos suspeitos de neoplasia mucinosa hepática não invasiva ou invasiva, devem ser documentados por tomografia computadorizada ou ressonância magnética, exames de escolha neste caso. As imagens típicas possuem margens irregulares, forma oval, com presença de septações internas e calcificações, havendo realce com o uso do meio de contraste. O manejo difere dos demais cistos não neoplásicos. O tratamento da neoplasia mucinosa hepática não invasiva deve ser cirúrgico, devido à potencial degeneração maligna dessas lesões, descrita em até 15% dos pacientes. A técnica cirúrgica deve ser individualizada, levando em consideração a localização do tumor e do paciente. O prognóstico após a remoção completa de uma neoplasia mucinosa hepática não invasiva é excelente, com sobrevida prolongada, o que pode ser visto na paciente descrita neste caso.</p>
<p style="text-align: center;">PO 626-2</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA DIAGNOSTICADA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Hélio Tourinho Diniz Gonçalves Neto, Isadora Ferreira De Oliveira, Rafael Silva Cajazeira, Márcio Rivison Silva Cruz</p> <p><i>Universidade Salvador - UNIFACS - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática congênita (HDC) consiste na descontinuação do diafragma, resultante da formação inadequada deste na embriogênese. O defeito permite que o conteúdo abdominal migre em direção ao tórax, criando um efeito de massa comprometedor ao pulmão e outras estruturas torácicas. Usualmente encontrada no lado esquerdo (80% dos casos), trata-se de uma doença da infância e, portanto, seu diagnóstico em adultos é um evento raro. De etiologia pouco conhecida, a HDC tem apresentação clínica que varia de casos assintomáticos (mais raramente), a casos associados a sintomas respiratórios, gastrointestinais e, nos casos mais graves, instabilidade hemodinâmica. As manifestações da hérnia diafragmática diagnosticada em adultos estão mais relacionadas com sintomas abdominais como dor, enquanto que nos recém-nascidos são percebidos mais comumente sintomas respiratórios. O diagnóstico é frequentemente suscitado em recém-nascidos com desconforto respiratório grave e um abdome côncavo. Tratando-se dos casos assintomáticos, normalmente seu diagnóstico é dado a partir da realização de exames radiológicos eventuais.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente relato de caso evidencia um paciente masculino de 60 anos, assintomático. Em consulta de rotina, após avaliação de radiografia de tórax, o mesmo foi diagnosticado com hérnia diafragmática e confirmado após realização de TC de abdome. A não associação de trauma prévio na história do paciente levou a equipe médica a concluir o quadro como de origem congênita, diagnóstico raro na fase adulta. Dessa maneira, a combinação dos dados radiológicos com a clínica negativa do paciente levou ao diagnóstico de hérnia diafragmática assintomática, sendo desaconselhado a realização de intervenção cirúrgica uma vez que o paciente encontra-se sem sintomas. O caso foi avaliado pela equipe da Cirurgia Geral que liberou o paciente para casa após observação, sendo orientado para retorno em caso de aparecimento de sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia diafragmática congênita é ocasionada a partir de qualquer falha embriológica que acarrete no fechamento incompleto do músculo diafragma, sendo esta condição caracterizada por uma protusão de estruturas abdominais para o interior da cavidade torácica. A hérnia diafragmática congênita é um diagnóstico raro de ser dado em indivíduos durante a fase adulta, sendo sua incidência de apenas um caso a cada 133 mil pessoas. O diagnóstico, quando sucedido na idade adulta, foge do expectável, tendo em vista o caráter predominantemente pediátrico da enfermidade. Quando descoberto na idade adulta, espera-se que a malformação esteja associada a uma sintomatologia, fator não presente no caso em evidência. Quanto ao padrão clínico da HDC usualmente encontrado na literatura, o mesmo não se fez presente no caso supracitado. O objetivo do presente relato é trazer os aspectos fundamentais pautados na literatura sobre o conhecimento da hérnia diafragmática congênita.</p>	<p style="text-align: center;">PO 627-1</p> <p>SÍNDROME DE MIRIZZI: RELATO DE CASO</p> <p>JOSE ROBERTO CAVALCANTE DE NOVAIS, JHONAT THAYLSON DA SILVA, MARCIO MONTEIRO DAVILA MELO, MARCUS VINICIUS QUIRINO FERREIRA</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho - Arapiraca - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi consiste na obstrução seja do ducto hepático comum ou do colédoco, secundária à compressão extrínseca devido à impação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula (bolsa de Hartmann). Causa compressão do ducto biliar adjacente, resultando em obstrução parcial ou completa do ducto hepático comum e, finalmente, desencadeando disfunção hepática. Acompanha-se de inflamação da vesícula biliar e, em alguns casos, pode estar presente fistula colecistohepática (síndrome de Mirizzi tipo II, III, IV) ou não (síndrome de Mirizzi tipo I). A síndrome de Mirizzi é incomum, apresentando uma incidência de menos de 1% ao ano nos países ocidentais desenvolvidos e de 4,7% a 5,7% nos países em desenvolvimento. Prevalce entre a quarta e a sétima década de vida e a incidência aumenta em pacientes submetidos à colecistectomia para 0,3 a 5% e 0,1 a 2,7% entre pacientes com colelitíase; Enquanto isso, pacientes com câncer de vesícula biliar apresentam o maior risco (> 25%)</p> <p>RELATO DE CASO: M.D.S.A, sexo feminino, 67 anos, com quadro de dor abdominal e icterícia há dois meses, com piora nos últimos 15 dias. Apresentava febre e dor em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal, ao exame físico. Os exames laboratoriais demonstravam aumento das enzimas canaliculares: fosfatase alcalina 296 U/L, GGT 111 U/L e aumento das Bilirrubinas (Total:13,3 / BI: 7,4). A tomografia de abdome demonstrou quadro de colecistite calculosa associado a dilatação de vias biliares intra-hepáticas.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Mirizzi pode ser originada por um processo inflamatório secundário à erosão causada por um cálculo biliar impactado no infundíbulo da vesícula biliar ou na bolsa de Hartmann e no ducto cístico. Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, seguida de icterícia e colangite. Podem se associar também náuseas, vômitos, colúria, prurido, hepatomegalia e, menos frequentemente pancreatite aguda, perfuração da vesícula biliar e perda ponderal. Os tipos são: I) compressão extrínseca do ducto hepático comum/ colédoco por cálculo no colo vesicular ou ducto cístico; II) presença de fistula colecistobiliar com erosão de diâmetro inferior a 1/3 da circunferência do ducto hepático comum/colédoco; III) presença de fistula com diâmetro superior a 2/3 da circunferência do ducto hepático comum/colédoco; IV) presença de fistula que envolve toda a circunferência do ducto hepático comum/colédoco; V) qualquer tipo, mais fistula colecistoentérica (Va: sem íleo biliar e Vb: com íleo biliar). De acordo com o caso encontrado à classificação de Mirizzi existe um protocolo bem definido de tratamento cirúrgico, onde os procedimentos recomendados para diferentes tipos são: tipo I - colecistectomia parcial; tipo II - fechamento da fistula com sutura ou coledocolastia; tipo III - coledocolastia; tipo IV - anastomose biliodigestiva. Na ausência de fistula colecistobiliar (Tipo I), a colecistectomia e a remoção dos cálculos biliares constituem o tratamento de escolha</p>

PO 628-1	PO 628-2
<p>TORACOFRENOLAPAROTOMIA COMO ALTERNATIVA PARA RESSEÇÃO DE METASTASE HEPATICA</p> <p>Marcelo Garcia Toneto, Leticia Manoel Debon, Rafael Costa e Campos</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é um dos mais prevalentes no Brasil. Cerca de 50% dos pacientes desenvolvem doença metastática, sendo o fígado o órgão mais acometido. A ressecção cirúrgica associada ao tratamento quimioterápico, ainda possibilitam chance de cura em cerca de metade dos pacientes acometidos. As limitações da ressecção cirúrgica das metástases hepáticas diminuíram consideravelmente nos últimos anos. Tradicionalmente, utiliza-se o acesso abdominal para realização das hepatectomias, porém, não é incomum a indicação de ressecção hepática em pacientes que foram submetidos a cirurgias prévias que dificultam esse acesso abdominal. O objetivo deste relato é descrever um caso de ressecção hepática realizada através de uma toracofrenolaparotomia devido à dificuldade pela presença de múltiplas incisões prévias e de uma ostomia no quadrante superior direito do abdome.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato do Caso: Homem, 59 anos, submetido a laparotomia por quadro de obstrução intestinal há um ano em outro serviço, na qual foi realizada colectomia subtotal com ileostomia terminal e encaminhado para avaliação de metástase hepática. Exame anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma de cólon descendente, com infiltração de todas as camadas da parede do cólon e do tecido adiposo. Metástase em 1 de 12 linfonodos. Tomografia computadorizada evidencia 2 lesões expansivas no segmento VII do fígado, de 5,2 x 4,6 cm e outra próxima de 1,1 x 1,0 cm, relacionadas a implantes secundários. PET-CT mostrou que as duas lesões eram hipercaptantes (SUV 7,5) sem sinais de outras lesões. Foi submetido a quimioterapia neoadjuvante, com redução significativa das lesões hepáticas. Devido a múltiplas cirurgias prévias, (apendicectomia com reintervenção, hemiorrafia incisional com tela e a incisão mediana para ressecção da lesão no cólon), além da presença de hérnia incisional e ileostomia em hipocôndrio direito, optou-se por via de acesso cirúrgico através de toracofrenolaparotomia direita. A incisão permitiu excelente acesso ao fígado, realização de ecografia trans-operatória e ressecção das lesões hepáticas. O anatomopatológico das lesões confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, metastático em fígado, com limites cirúrgicos livres. A evolução foi boa, tendo o paciente alta hospitalar no 6º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A toracofrenolaparotomia é um método alternativo seguro e reproduzível na ressecção hepática de pacientes com múltiplas intervenções abdominais prévias.</p>	<p>PNEUMOCITOMA : RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO FERNANDO BINOTTO, Julio Mott Ancona Lopez, Daniela Cristina Almeida Dias, Thiago Carvalho Gaudio, Carolina Gomes Alexandre, Claudia Pereira Santos, Jorge Henrique Rivaben, Andre Miotto</p> <p><i>PREVENT SENIOR - São Paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumocitoma esclerosante pulmonar (PEP) é uma neoplasia benigna rara, descrita em mais de 50 anos como hemangioma esclerosante colubular. A PEP afeta predominantemente adultos de meia idade acima de 50 anos, com relação feminino-masculino de 5:1. A principal característica da PEP é a presença de dois tipos de células: células da superfície cuboidal e células estromais redondas, consideradas neoplasias plásticas.</p> <p>RELATO DE CASO: Em janeiro de 2018, uma mulher de 67 anos procurou a equipe de cirurgia torácica para avaliação de um nódulo pulmonar solitário a direita. Não apresentava sintomas respiratórios nem história de tabagismo, tuberculose pulmonar prévia ou neoplasia. O nódulo havia sido detectado desde 2016. A tomografia atual apresentava imagem nodular localizada na periferia justa mediastinal do segmento superior do lobo inferior direito, medindo aproximadamente 3,8 x 3,6 cm, com calcificações na sua periferia e calcificações internas. A broncoscopia não mostrou diminuição dos óstios do segmento superior do lobo inferior direito, com biópsia transbrônquica revelando proliferação celular de células pequenas e ovaladas. No intraoperatório identificou-se uma lesão extrapulmonar fortemente aderida aos Lobo Médio e Lobo Inferior. Por não serem evidenciadas células malignas nas seções congeladas do tecido coletado durante a cirurgia, foi realizada apenas ressecção da lesão. Os estudos anatomopatológicos definitivos revelaram células epitelióides sem atipias, mal delimitadas, com citoplasma eosinofílico e núcleo basofílico ora com cromatina densa ora com nucléolos evidentes agrupadas difusamente distribuídas entremeadas por estroma denso com vasos sanguíneos de parede hialinizadas, podendo corresponder a mesotelioma. As colorações imuno histoquímicas foram: positiva tanto para (EMA) quanto para (TTF-1) e negativo para para citoqueratina 7 (CK7), CD56, CD45 e CD20; sinaptofisina foi positivo fraco. Depois que a PEP estava confirmada, não havia necessidade de terapia adjuvante porque o tumor era benigno. O paciente recebeu alta sem complicações. O tomografia computadorizada de alta resolução será realizada no seguimento.</p> <p>DISCUSSÃO: A forma de apresentação mais comum é o nódulo pulmonar assintomático sendo menores que 3cm em 73% dos casos. O PEP apresenta-se tipicamente na radiografia como nódulo periférico, solitário, bem definido e homogêneo. A tomografia demonstra uma lesão arredondada com margens lisas. Geralmente é desafiador diagnosticar na congelação e amostras pequenas pois podem ser facilmente confundidos com adenocarcinoma ou tumores carcinóides. Geralmente possuem um curso clínico benigno, metástases são extremamente raras. Conclusão O PEP é um diagnóstico desafiador tanto para o patologista quanto para o cirurgião. Esses tumores tipicamente têm um curso clínico benigno, metástases são extremamente raras. O tratamento da PEP envolve ressecção cirúrgica e o prognóstico é favorável sendo a recorrência ainda não foi relatada.</p>
<p style="text-align: center;">PO 630-1</p> <p>ADENOMA HEPATICO SINTOMATICO EM MULHER EM USO DE ANOVULATORIO, SUBMETIDA A RESSEÇÃO CIRURGICA.</p> <p>Bianca Faria Oliveira, Raissa do Carmo Vitorino, Ian Ribeiro Rocha, Felix Orellana Meza, Luigi Rodrigues Brianez, Alberto Bicudo Salomão, Rodrigo Fonseca Caetano</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Neoplasias hepáticas benignas acometem com maior incidência mulheres jovens e habitualmente são assintomáticas, com diagnóstico incidental. Entretanto, os adenomas hepáticos podem causar dor abdominal, especialmente em mulheres em uso de anovulatórios, o que caracteriza fator de risco para tal patologia. Descrevemos caso de paciente com adenoma hepático sintomático, submetida a tratamento cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 45 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo com piora aos esforços. Uso de anticoncepcional oral desde os 16 anos. Ultrassonografia de abdome total em outubro/2018, evidenciado nódulo hepático hipoecogênico de 6,8x3,8x6,2 cm. Ressonância magnética de abdome superior com ácido gadoxético em outubro/18 identifica nódulo hepático com impregnação precoce abaulando borda inferior e anterior do segmento IV, medindo 7,3cm e outra em segmento VII de 2,1cm isodensas e de natureza pouco específica. Teste para marcadores tumorais (CEA, CA 19.9 e alfafetoproteína) e sorologias para hepatite B e C foram negativos, provas de função hepática normais. A paciente foi submetida à hepatectomia com segmentectomia-4B com auxílio da ultrassonografia intraoperatória para ressecção completa do tumor. O uso de anticoncepcional oral foi suspenso no pré-operatório. Apresentou boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar precoce. O estudo anatomopatológico demonstrou-se tratar de adenoma hepático.</p> <p>DISCUSSÃO: Adenoma hepático é o terceiro tumor de fígado mais frequente. Mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva. O uso de anticoncepcional e esteróides anabolizantes aumentam a incidência, o tamanho, o número e o risco de sangramento, assim como sua descontinuidade pode determinar a regressão. São, na maioria dos casos, assintomáticos. Os sintomas, quando presentes, são discreta dor em abdome superior e distensão abdominal. Pode-se encontrar elevação das enzimas canaliculares e, em casos de transformação maligna, dosagem sérica de alfafetoproteína aumentada. São descritos alguns subtipos de adenomas, dos quais destaca-se os com mutação no gene da beta-catenina, mais predisposto à malignização, e o os com características inflamatórias, associados ao risco de sangramento e quadro alérgico. O exame anatomopatológico confirma o diagnóstico, entretanto a biópsia não é indicada na maioria das vezes pelo risco de complicações e boa acurácia dos exames de imagem, em especial a ressonância magnética de abdome com ácido gadoxético. A ressecção dos adenomas hepáticos é indicada nos casos sintomáticos e/ou maiores de 5cm e o anticoncepcional oral deve ser suspenso obrigatoriamente. No caso em discussão, a indicação cirúrgica foi baseada na sintomatologia da paciente, com um volumoso nódulo hepático, com características sugestivas de adenoma na investigação radiológica pré-operatória.</p>	<p style="text-align: center;">PO 631-3</p> <p>CISTOADENOMA MUCINOSO DE RETROPERITONIO – RELATO DE CASO</p> <p>KAUANA OLIVEIRA GOUVEIA, VALERIA MIDORI GUTOSKI YUKI, Carlos Humberto Guilman TANIZAWA, GERALDO ALBERTO SEBEN, Roberto PEREIRA DURSCKI, Marcos César DO Amaral PATRUNI, DANILO KEDROVSKI</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cistadenoma retroperitoneal primário é um tumor raro, observado principalmente em mulheres com incidência de 0,01-0,2% dentre as neoplasias retroperitoneais. Foi descrito pela primeira vez por Handfield-Jones em 1924, há aproximadamente 50 casos descritos. Classifica-se em: cistadenoma mucinoso benigno, cistadenoma mucinoso limitrofe, cistadenocarcinoma mucinoso maligno. A clínica geralmente é inespecífica, dificultando seu diagnóstico diferencial com outras massas retroperitoneais, isso torna os exames de imagem e conduta cirúrgica essenciais para diagnóstico e tratamento</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 36 anos, queixa de massa palpável em abdome e discreta dor em quadrante inferior esquerdo. Ultrassom: massa cística volumosa com aproximadamente 20 cm, compressão extrínseca da via urinária esquerda. Exames laboratoriais: CEA: 4,75. TC de abdome total: massa cística em hemi-abdome esquerdo e deslocamento de estruturas. Ressonância magnética: confirma massa cística e sugere origem mesentérica. Paciente foi submetida a laparotomia. Exérese de cisto gigante foi realizada sem intercorrências. Anátomo-patológico: lesão cística arredondada pesando 303 gramas, medindo 11,1 cm com superfície externa acastanhada com áreas vinhosas. Aos cortes lesão cística uniloculada, paredes delgadas medindo até 0,1 cm de espessura, superfície externa esbranquiçada com áreas vinhosas, trabeculadas e conteúdo aquoso amarelado. Diagnóstico: Cistoadenoma mucinoso</p> <p>DISCUSSÃO: A apresentação clínica de cistoadenoma retroperitoneal normalmente é massa palpável assintomática ou com dor abdominal leve, pode estar associada a queixas gastrointestinais inespecíficas. A avaliação por exames de imagem consegue identificar a lesão cística, mas o diagnóstico só é estabelecido com exame histopatológico da peça cirúrgica. Dal Mo Yange colaboradores referem que, na análise microscópica, o cisto é revestido por uma única camada de células epiteliais colunares altas com citoplasma pálido e núcleos basais. Dentre os diagnósticos diferenciais tem-se linfangioma cístico, mesotelioma cístico, teratoma cístico, cisto de Mullerian, linfoncele e urinoma. Para Pennell TC a etiologia do cistoadenoma retroperitoneal primário não é bem conhecida, porém como há semelhanças histológicas com cistadenoma mucinoso ovariano, uma hipótese é o crescimento a partir tecido ovariano ectópico. O diagnóstico precoce é importante devido ao seu potencial maligno. O tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica para avaliação diagnóstica, embora, Chen JS e colaboradores referem que a aspiração seja um bom método para delinear a natureza do cisto, a análise citológica do fluido aspirado frequentemente não revela o tipo de células epiteliais que revestem o cisto. Na cirurgia deve-se atentar para a exérese completa do cisto com sua cápsula íntegra sendo a laparotomia exploradora indicada para diagnóstico e tratamento. No caso relatado foi realizado laparotomia sem intercorrências com evolução pós-operatória favorável e alta em quatro dias.</p>

PO 632-1	PO 632-2
<p>RESSEÇÃO DE HEPATOCARCINOMA EM LOBO DIREITO POR VIDEOLAPAROSCOPIA</p> <p>YANKA PEREIRA ROCHA, Kleriene Vilela Gomes Souza, Leonardo Lourenço Zilio, Eduardo Diniz Botelho, Michelli Daltrio Coelho Ridolfi</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Diversas doenças benignas e malignas do fígado têm como tratamento definitivo a ressecção hepática. Novos instrumentos e a melhoria da técnica possibilitaram a realização de ressecção por videocirurgia. Em 2007 houve o primeiro relato de hepatectomia direita por videolaparoscopia realizada no Brasil. Desde então houve um crescimento das indicações e no número de procedimentos realizados por esta via. O objetivo desse artigo é relatar o caso de um paciente com hepatocarcinoma em lobo direito submetido a ressecção laparoscópica.</p> <p>RELATO DE CASO: A.D.A, masculino, 85 anos, com queixa de linfonodo em flanco direito há 2 meses, sem sinais flogísticos. Negava febre e perda de peso. Comorbidades: hipertensão de longa data, DPOC e cardiopatia com valva mitral biológica. Escala de performance 1. Exames laboratoriais na entrada: Hb 13,9, Ht 39,9, Leucócitos 14.260, Plaquetas 153 mil, Glicemia de jejum 116, CT 104, HDL 41, LDL 118, TG 125, TGP 28, TGO 42, BT 0,33, Creatinina 1,48, Na 140, K 4,7, Ureia 61, GGT 65, FA 98, INR 1,00, função tireoidiana sem alteração e Alfa feto proteína 361,07. À RNM de abdome superior apresentava massa hepática com realce heterogêneo precoce e persistente ao meio de contraste, com cerca de 9,3 x 5,8 cm, de aspecto indeterminado, em segmento VI, com abaulamento da cápsula, estágio intermediário, estadiamento T1N0M0. Diante disso, o paciente foi encaminhado para avaliação cirúrgica. A cirurgia ocorreu da seguinte forma: o paciente sob anestesia geral é colocado em posição francesa. É realizado pneumoperitônio. Utilizados 5 trocartes. Realizado inventário da cavidade. Deu-se a mobilização do fígado, dissecação portal e da veia cava. Em seguida, ressecção do parênquima hepático foi realizado por pinça de radiofrequência, a lesão foi retirada através de um incisão de 5 centímetros na fossa ilíaca direita. Após o procedimento cirúrgico o paciente permaneceu com o dreno de Blake por 5 dias, no 6º dia o paciente recebeu alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: É evidenciado que a conduta terapêutica com maior potencial curativo para os casos de hepatocarcinoma é a intervenção cirúrgica, hepatectomia, contraindicada em casos de elevado risco cirúrgico, mas uma boa eleição em casos de menor risco. Um estudo de meta-análise, em 2007, observou que comparativamente, a hepatectomia aberta e a laparoscópica tem riscos cirúrgicos semelhantes, no entanto, a cirurgia laparoscópica demonstra valores significativamente menores de perda sanguínea e tempo de hospitalização dos pacientes. Observa-se melhor prognóstico, devido ao retorno mais precoce a atividades diárias e redução global do trauma cirúrgico, portanto. Os pacientes eletivos para este tipo de cirurgia devem ser selecionados, devido à impossibilidade ou elevado risco de acessar determinados lobos hepáticos, portanto, em pacientes como o do presente caso, em que a localização do tumor é anterior, a indicação da hepatectomia por videolaparoscopia se torna extremamente conveniente e segura.</p>	<p>LEIOMIOMA DE ESÓFAGO: RELATO DE CASO DE PACIENTE DIAGNOSTICADA NO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS</p> <p>Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, Darcy Ribeiro Pinto Filho, Alexandre Jose Gonçalves Avino, Bruno Maineri Pinto, Vitor Maineri Pinto, Andre Rombaldi, Alesandra Bassani, Scheila dos Santos Cardoso</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores mesenquimais de esôfago são patologias raras, entre eles os mais comuns são os leiomiomas, que afetam principalmente seu terço médio e distal. Geralmente são pequenos e assintomáticos, sendo mais comuns em homens, e frequentemente detectados incidentalmente. A remoção cirúrgica deve ser realizada se o tumor se tornar sintomático, aumentar mais de 1 cm durante seguimento, mostrar alterações estruturais ou houver suspeita de malignidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 49 anos, hipertensa, hipotireoideia, asmática interna em agosto de 2018 por trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo, evoluindo com tromboembolismo pulmonar maciço, sendo determinada também massa esofágica de forma incidental em angiogramografia durante investigação, que comprimiu o esôfago médio. Endoscopia realizada evidenciou varizes de esôfago, que foram ligadas durante internação, e a cerca de 20cm da arcada dentária superior, observava-se área de abaulamento extrínseco, recoberta por mucosa normal, sem sinais de estenose. Paciente avaliada pela cirurgia torácica, que indicou intervenção eletiva após estabilização clínica. Reinternou em dezembro de 2018 de forma eletiva, alegava sintomas de dor retroesternal e ventilatório dependente, perda ponderal de aproximadamente 8% do peso em quatro meses e dispnéia aos esforços. Foi submetida a toracotomia posterior direita, sendo abordado o mediastino posterior, com massa tumoral no recesso retroperitoneal, ressecada com preservação da mucosa e sutura da camada muscular. Anatomopatológico determinou leiomioma de esôfago. Em acompanhamento ambulatorial trinta dias após o procedimento paciente alimentava-se normalmente, não apresentando queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de raro, o leiomioma de esôfago é o tumor benigno mesenquimal mais frequentemente encontrado neste órgão, representando apenas 0,5-0,8% dos tumores esofágicos. Em 80% dos casos afeta o terço médio e distal do órgão, como descrito, mas é mais frequentes em homens, com frequência relativa de 2:1 a 5:1, entre 20 e 59 anos. Geralmente são assintomáticos, sendo um achado ocasional em exames complementares ou até que atinjam grande tamanho podendo causar sintomas como: dor retroesternal, disfagia, tosse, odinofagia, perda de peso e sangramento digestivo. No caso relatado, esses sintomas se confundem pela sobreposição com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Em geral o leiomioma não necessita de ressecção, sendo indicado nos casos sintomáticos, quando maiores que 5 cm ou se houver dúvida sobre a natureza da lesão, sendo realizada enucleação da lesão por toracotomia ou videotoracoscopia. O leiomioma de esôfago é um achado raro, sendo considerado um desafio diagnóstico, por ser inicialmente assintomático e um achado incidental em exames radiológicos ou endoscópicos na maioria dos casos. Assim, o caso relatado promove o conhecimento de um diagnóstico raro, de baixa incidência, estimulando o conhecimento e a busca pelo diagnóstico.</p>
<p>PO 633-1</p> <p>HEMOPERITÔNIO POR SANGRAMENTO ESPONTANEO DE NODULO HEPATICO</p> <p>RAISSA DO CARMO VITURINO, BIANCA FARIA OLIVEIRA, IAN RIBEIRO ROCHA, FELIX ORELLANA MEZA, LUIGI RODRIGUES BRIANEZ, RODRIGO FONSECA CAETANO, ALBERTO BICUDO SALOMÃO</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABA - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores hepáticos acometem 9% da população, sendo a maioria benignos, com maior incidência em mulheres jovens e geralmente assintomáticas. Poucos casos podem apresentar complicações, como dor abdominal, massa palpável, ruptura e sangramento. A seguir descrevemos um caso de paciente jovem, com sangramento agudo espontâneo de nódulo hepático benigno.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 30 anos, sem comorbidades, com uso recente de anabolizantes endovenosos e termogênicos via oral, em agosto de 2018 apresentou dor abdominal intensa e difusa, sem outros fatores associados. Em tomografia de abdome evidenciou-se imagem hipodensa em lobo hepático esquerdo de aproximadamente 13 cm, sugestiva de hemangioma, com líquido livre abdominal. Submetida à cirurgia em urgência para drenagem do hemoperitônio. Recebeu alta hospitalar e foi encaminhada para avaliação e seguimento em serviço de referência em cirurgia hepatobiliar. Realizou novos exames de imagem, identificando nódulos hepáticos em segmentos VI e VII, de tamanhos entre 0,4 a 2,5cm, sugestivos de adenoma à ressonância magnética (RM) do abdome com ácido gadolínico, além de extensas coleções com efeito de massa circundando lobo hepático esquerdo, contidas pela cápsula hepática, de 11,1x4,5x5,5 cm e outra pósterior inferior de 12,7x9,4x7,5 cm, ambas com 750ml. Teste para marcadores tumorais (CEA, CA 19.9 e alfafetoproteína) e sorologias para hepatite B e C foram negativos, provas de função hepática normais. Em novembro de 2018 foi realizada videolaparoscopia com drenagem do volumoso hematoma na borda do lobo hepático esquerdo, comprimindo estômago e estruturas adjacentes, e biópsia hepática. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória e resultado de anatomopatológico negativo para malignidade, porém inconclusivo.</p> <p>DISCUSSÃO: Muitos nódulos hepáticos, especialmente as neoplasias benignas, são assintomáticos e possuem diagnóstico incidental. Algumas lesões podem apresentar sangramento espontâneo em raros casos. O adenoma tem natureza benigna, maior prevalência em mulheres jovens e potencial para sangramento e malignização, em especial nas pacientes que fazem uso de anticoncepcional oral e anabolizantes. O hemangioma hepático é a neoplasia benigna mais comum do fígado e o seu sangramento espontâneo é descrito em 0,4 a 20% dos casos, com maior risco em grandes lesões subcapsulares. O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular é a neoplasia primária hepática maligna mais comum, mais incidente em indivíduos cirróticos, alcoólatras ou infectados cronicamente por vírus da hepatite B ou C e raramente apresenta ruptura espontânea com sangramento. No caso em relato, o exame anatomopatológico descartou malignidade, afastando a possibilidade do hepatocarcinoma, porém não foi conclusivo. Entretanto, o quadro clínico, a história de uso de anabolizantes e os achados de imagem na RM do abdome com ácido gadolínico fortalecem o diagnóstico de adenoma hepático.</p>	<p>PO 633-2</p> <p>DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA COMO TRATAMENTO DE CARCINOMA DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO</p> <p>Erlon de Ávila Carvahó, Andreza de Jesus Prates, Aurélio Rocha de Oliveira, Felipe Antônio de Souza Fonseca, Marina Varela Braga de Oliveira, Shaline Braga Ramos</p> <p><i>Hospital Alberto Cavalcanti - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Globalmente, o câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada, sendo responsável por mais de um milhão de casos a cada ano. É também a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo. Uma vez estabelecido o diagnóstico de câncer de mama, é importante definir com precisão a extensão inicial da doença, uma vez que essa informação afetará a recomendação de tratamento. Sendo que a Desarticulação interescapulotorácica se mantém como alternativa terapêutica aos procedimentos conservadores naqueles tumores localmente avançados envolvendo a axila e o ombro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 58 anos, faioderma, compareceu ao serviço de Cirurgia Torácica no município de Belo Horizonte – MG em novembro de 2017, encaminhada pela equipe de mastologia. Ao exame físico, apresentava abaulamento em região infraclavicular direita de aproximadamente 5cm. A paciente possuía histórico de Setorectomia em quadrante superior lateral direito em outubro de 2016, com posterior Mastectomia à direita em março de 2017, devido diagnóstico de Carcinoma ductal invasivo recidivado e não responsivo a quimioterapia e radioterapia. Na propedêutica, a Cintilografia apresentou baixa probabilidade de implantes osteoblásticos, a Tomografia Computadorizada de Tórax identificou massa em topografia do músculo peitoral maior direito, com dimensões de 11,5x7,6x5,3cm. A Ressonância Nuclear Magnética de tórax evidenciou comprometimento importante do plexo braquial, artéria e veia axilar direita. Foi discutido com a equipe de oncologia clínica e definido como a única chance de tratamento curativo a Desarticulação interescapulotorácica, tendo em vista que a paciente não apresentava metástase. Em maio de 2018 foi realizado o procedimento proposto, em seguida a paciente foi encaminhada para o CTI onde foi iniciado o curativo à vácuo. Apresentou boa evolução e recebeu alta do CTI após cinco dias. O anátomo patológico mostrou adenocarcinoma multifocal, apresentando margens livres na peça cirúrgica. No 14º dia pós-operatório, foi realizado pela equipe de cirurgia plástica, a rotação de grande dorsal para cobertura de exposição da caixa torácica. Em julho de 2018 a paciente recebeu alta hospitalar para seguir acompanhamento ambulatorial e com o EMAD.</p> <p>DISCUSSÃO: O nódulo mamário é a apresentação inicial em cerca de 90% dos casos de câncer de mama. Com relação aos métodos diagnósticos, os resultados por imagem e biópsias representam um papel central no diagnóstico, plano terapêutico e estadiamento do paciente com câncer de mama. A Desarticulação interescapulotorácica foi inicialmente proposta em meados do século XIX para o tratamento de lesões traumáticas envolvendo a cintura escapular, hoje tem sido empregada para o controle local de vários tipos de tumores malignos envolvendo a região da axila e ombro, onde uma operação conservadora não pode ser indicada, devido o tumor ser localmente avançado, invadir o plexo braquial e não apresentar resposta a quimioterapia e radioterapia.</p>

PO 633-3	PO 634-1
<p>ABORDAGEM CIRURGICA VIA LAPAROSCOPICA DE CISTO HIDATICO ESPLENICO: RELATO DE CASO</p> <p>Jeanne Priscila Santos, Daniel da Silva Marques, Ana Virginia Ferreira Figueira, Larissa Machado e Silva Gomide, Adriano Pamplona Torres, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Debora Sara de Almeida Cardoso, Silvana Calais de Freitas</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidatidose é uma doença parasitária endêmica causada pelo agente <i>Echinococcus granulosus</i>, a qual é transmitida ao homem a partir da ingestão de alimentos contaminados por ovos eliminados por hospedeiros definitivos (normalmente cachorros infectados). Fígado (70%) e pulmões (25%) são locais comumente afetados por cistos hidáticos, podendo também ser localizados no rim, pâncreas, tireóide e baço, sendo a incidência deste último menor que 5%. A manifestação clínica da hidatidose esplênica pode incluir dores abdominais, surgimento de massas palpáveis, dentre outros. O diagnóstico pode abranger o ensaio imunoenzimático (ELISA) e pode ser confirmado por ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada. O tratamento da doença é eminentemente cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, com história de há quatro anos ter buscado auxílio médico por conta de quadro importante de distensão abdominal, náuseas e dor abdominal em hipocôndrio esquerdo e epigástrico. No exame físico, paciente apresentava leve dor a palpação do mesogástrio, sem nenhum outro achado. Em investigação diagnóstica foi solicitado uma tomografia contrastada de abdome onde foi identificada uma lesão com atenuação cística, homogênea, sem realce, com calcificações grosseiras parietais, medindo 75 x 82 x 78 mm e ocupando os terços superior e médio do baço, sendo imagem sugestiva de cisto hidático esplênico. Posteriormente a paciente foi referenciada à infectologia do Hospital Universitário de Brasília, onde foi prescrito uso de albendazol e em seguida fora encaminhada ao serviço de cirurgia geral para o tratamento definitivo. No pré-operatório foi realizado o esquema de vacina contra germes encapsulados e programação para esplenectomia videolaparoscópica. Paciente realizou a cirurgia sem intercorrências, sendo feito no intra operatório soro fisiológico a 3% para esterilização do cisto, com retirada da peça cirúrgica por incisão de Pfannenstiel prévia. Paciente apresenta significativa melhora clínica e segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A hidatidose com envolvimento isolado no baço é uma afecção incomum, sendo a esplenectomia o tratamento de escolha. Poucos casos de cirurgia laparoscópica são descritos na literatura para esta doença, uma vez que o rompimento destes cistos na cavidade sem esterilização prévia pode causar complicações sérias, como por exemplo o choque anafilático. Descrevemos um caso no qual a opção da via laparoscópica se mostrou segura, com esterilização prévia e retirada do cisto com a cápsula íntegra. O crescimento dos cistos hidáticos geralmente ocorre de forma lenta e assintomática, sendo as manifestações clínicas geralmente relacionadas pela compressão dos órgãos envolvidos. Apesar disso, o diagnóstico e tratamento se torna importante pelo risco de romper-se em estruturas vizinhas.</p>	<p>MALIGNIZAÇÃO DE ADENOMA HEPATOCELULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Eduarda Jacinto Bauer, Ana Virginia Ferreira Figueira, Larissa Machado e Silva Gomide, Andre Luis Conde Watanabe, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenoma hepatocelular (AHC) é tumor benigno, que acomete sobretudo mulheres em idade fértil, associado ao uso prolongado de anticoncepcional oral (ACO). O AHC pode cursar assintomático ou com dor abdominal, ruptura, hemorragia ou transformação maligna. O tratamento cirúrgico do AHC é recomendado devido aos riscos de complicações, todavia, maior conhecimento dos fatores de risco para malignização melhoraram a seleção de pacientes para tratamento menos invasivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 41 anos, sem comorbidades, foi admitida no serviço de Cirurgia Geral com dor abdominal, há 2 meses, e massa palpável em hipocôndrio direito. Histórico de uso de ACO por 18 anos, negava tabagismo, etilismo e uso de outras medicações. Inicialmente, solicitada ultrassonografia abdominal, sendo visualizada lesão hepática em lobo direito, nodular, irregular e de ecotextura sólida, medindo 8,28x8,69x6,69 cm. Prosseguiu-se à investigação com ressonância magnética de abdome que evidenciou massa parcialmente exofítica no segmento hepático VI, medindo 10,4x7 cm, com cápsula bem definida, intensidade de sinal heterogênea (hipossinal em T1 e hipersinal em T2), componente adiposo e wash-out; além de lesão de padrão semelhante, de 1,4 cm, na transição dos segmentos IVB e V. Realizada biópsia sugestiva de AHC, sem evidências de malignidade. Alfa-fetoproteína (AFP) de 241,5 mg/dL. Optado pelo tratamento cirúrgico. A paciente foi submetida a hepatectomia não regrada aberta da lesão em segmento VI, sendo decidido acompanhamento de lesão do segmento IVB. Procedimento sem intercorrências. Com boa evolução clínica, recebeu alta no 4º dia pós-operatório. Anatomopatológico de peça cirúrgica compatível com carcinoma hepatocelular (CHC) grau 2, estadiamento pT3, com margens cirúrgicas livres. Dois meses após a operação, apresentou tumoração dolorosa e endurecida em epigástrico, vômitos e hiporexia. Tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou aumento da lesão de segmento IVB, medindo 12,3x10,4x9,6 cm, nódulo peritoneal indeterminado e lesão pulmonar sugestiva de metástase. Por ora, paciente em acompanhamento com equipe de Oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O risco de transformação maligna do AHC é de cerca de 5 a 10% e está associado ao sexo do paciente, tamanho e subtipo tumorais. Sexo masculino, aumento da lesão, elevação do nível sérico de AFP e ativação de b-catenina estão correlacionados com maior risco de malignização e preconizam investigação detalhada e ressecção cirúrgica da lesão. Apesar do quadro insinuante de AHC, o caso relatado possuía aspectos indicativos de malignidade. Diferenciar o AHC do CHC bem diferenciado pode ser difícil. A biópsia por punção associada à pesquisa de b-catenina pode auxiliar na distinção, mas por vezes o material obtido é insuficiente para total esclarecimento diagnóstico. Assim, o tratamento cirúrgico do AHC é o mais adequado quando na presença de fatores de risco de malignização, em vista da dificuldade diagnóstica e do potencial curativo da cirurgia.</p>
<p>PO 634-3</p> <p>PILEFLEBITE SECUNDÁRIA A DIVERTICULITE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO</p> <p>Estevan Taube Borré, Edgar Santin, Luis Paulo Androni, Alice Bianchi Bittencourt, Mayara Christ Machry, Fernando Theodoro Shenem, Julio cesar Martins Valdivia, Eduardo Taube Borré</p> <p><i>SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A tromboflebite séptica da veia porta ou pileflebite é uma condição grave com morbidade e mortalidade altas. Consiste na trombose suprativa infecciosa da veia porta secundária a sepsis intra-abdominal de qualquer etiologia da região drenada pelo sistema venoso portal. A causa mais comum é a apendicite aguda. A pileflebite inicia com a trombose das pequenas veias que drenam o local com infecção. A extensão da tromboflebite para veias maiores leva a tromboflebite séptica da veia porta. O diagnóstico de pileflebite exige a demonstração de trombo portal em paciente febril e com bacteremia. O diagnóstico geralmente é tardio pois a pileflebite é uma condição rara, os achados de exame físico e laboratorial são inespecíficos e a visualização dos trombos portais é difícil. Relatamos o caso de um paciente com pileflebite, complicada com abscesso hepático, secundária a diverticulite que apresentou evolução favorável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 66 anos, admitido na emergência, com quadro de inapetência, astenia, icterícia e febre com 15 dias de evolução. Ao exame físico da chegada chamava atenção à icterícia. Apresentava ainda dor abdominal difusa, sem peritonismos. Laboratoriais mostraram elevação importante de bilirrubinas, bilirrubina total 13,1 com 9,6 de direta; elevação de enzimas hepáticas, com enzimas canaliculares tocadas. Além disso, apresentava leucocitose com desvio à esquerda. Tinha sorologias negativas e não tinha histórico de patologias hepáticas. A ecografia mostrou fígado com dimensões e ecogenicidade aumentadas, sem alteração de vias biliares. Mostrou ainda massa hipocogênica, com 3,5 x 2,9 cm, na fossa ilíaca esquerda, de natureza indefinida. Para melhor avaliação da via biliar realizou-se uma colangiorensonância, com ressonância estendida para avaliação de massa pélvica e fígado. A ressonância demonstrou sinais de trombose da veia mesentérica inferior com extensão para a junção esplenomesentérica, presença de trombo em ramo portal do segmento hepático VIII, identificando-se nessa localização imagem cística com restrição da difusão de 0,6 cm (microabscesso). Vias biliares sem alterações. Na pelve, encontrou-se espessamento parietal do sigmoido com diversas formações diverticulares, infiltração do tecido adiposo e coleções líquidas (abscessos), a maior localizada na fossa ilíaca esquerda com 3,2 cm. Apresentou boa resposta a antibioticoterapia e iniciou-se, apesar de controversa na literatura, anticoagulação. Paciente recebeu alta após 5 semanas de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: A pileflebite é uma complicação rara, muito grave, com mortalidade chegando a 30%, que por tem clínica inespecífica, deve ser conhecida para ser diagnosticada e manejada rapidamente.</p>	<p>PO 635-1</p> <p>ABSCESSO HEPATICO COM FISTULA COLONICA APOS CURETAGEM UTERINA POR ABORTO RETIDO: RELATO DE CASO</p> <p>Valéria Santos Da Costa, Valbecia Tavares De Aguiar, Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca, Antônio José Fonseca Da Rocha Júnior, Livia Laura Dos Santos Rocha, Karoline Teixeira Loloia, Winston Alberto Ribera Mendoza, Maiara Magri Pereira Olenchi</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Abscessos Hepáticos (AH) é uma inflamação no fígado. Subdivididos em piogênico e amebiano. O Abscesso Hepático Piogênico (AHP) é uma infecção com bactérias Gram negativas. Sua incidência é de 1,1% por 100.000 habitantes e geralmente esse abscesso é representado por uma infecção bacteriana secundária. Acomete igualmente os dois sexos. O AHP tem etiologia biliar, associados a colangite, obstrução biliar, múltiplos abscessos; portal e arterial. Os sinais e sintomas dessa patologia são dor abdominal, febre e hepatomegalia.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 43 anos, procurou maternidade no 23º DPO de curetagem uterina por aborto retido, com quadro de dor em HD e febre a esclarecer, realizou USG transvaginal apresentando líquido livre em fundo de saco de Douglas e endométrio com coágulos. Iniciou-se antibioticoterapia (ceftriaxona e metronidazol). No 2º dia evoluiu com quadro de choque séptico. Realizou-se USG de abdome: coleção hipocogênica em lobo direito do fígado, além de colecistite, sendo solicitada TC de abdome que confirmou a presença de abscesso hepático. Paciente foi então transferida para tratamento cirúrgico. A cirurgia foi por laparotomia exploradora. Procedeu-se a inspeção da vesícula biliar: inflamada com presença de múltiplos cálculos em seu interior e presença de bloqueio sub-hepático pelo epiplon e cólon transversos, após liberação de bloqueio, viu-se abscesso na face inferior do segmento VI e fístula de cólon transversos por necrose puntiforme deste. Realizou-se colecistectomia fundo-cística e drenagem de abscesso em segmento VI. Procedeu-se então a colorrafia com prolene 3-0. A Cultura do abscesso apresentou E. Coli ESKL com sensibilidade a carbapenêmicos, respondeu ao Ertapenem recebendo alta no 15º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: O AHP podem ser por obstrução biliar, sendo cerca de 50% a 60% dos AHP, e de origem portal, sendo responsável por 20% dos casos (GOLDMAN, 2014). Os sinais e sintomas são dor abdominal, febre e hepatomegalia. O Diagnóstico é estabelecido pelos dados clínicos e exames complementares, nestes podem ser encontrados leucocitose, anemia e elevação das transaminases. A realização de exames radiológicos, ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC) são de grande valia, pois através destes classificamos o tipo e tamanho do abscesso. O tratamento de AHP faz-se antibioticoterapia específica associada à drenagem percutânea ou cirúrgica. São divididos em abscessos solitário ou confluentes e abscessos pequenos e múltiplos disseminado por ambos os lobos hepáticos. Concluindo, a bactéria pode chegar ao fígado pela veia porta, partindo de infecções em áreas drenadas pelo sistema mesentérico em direção ao sistema portal. Nesse caso a paciente havia realizado curetagem uterina de um parto retido que veio a agravar devido à demora do diagnóstico e evolução ao choque. O presente relato adiciona a literatura um caso de AHP por obstrução biliar.</p>

PO 635-3	PO 636-2
<p>NEOPLASIA MUCINOSA DE APENDICE</p> <p>GABRIEL AMORIM BRITO, JONAS BORGES SANTOS AMORIM, DÉBORA AMORIM BRITO, CARLOS NEY MESQUITA JUNIOR, ERICKA SOUZA, THALLES MELO, FRANCISCO ALBINO REBOUÇAS JÚNIOR, ALEX CAETANO SANTOS</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias do apêndice cecal são entidades raras que, quanto à histologia, podem ser distinguidas em dois grandes grupos: neoplasias de origem epitelial e não epitelial. Entre as de origem epitelial, as neoplasias mucinosas são as mais frequentes. A produção e acúmulo do muco provocam obstrução e dilatação do apêndice, condição conhecida como mucocele. A ruptura pode provocar disseminação peritoneal da neoplasia com produção secundária de muco e celularidade variável, complicação denominada pseudomixoma peritoneal. A apresentação clínica é variada, abrangendo desde quadros totalmente assintomáticos até dor abdominal aguda à descompressão, perda de peso, náuseas e vômitos. O diagnóstico raramente é feito no pré-operatório devido ao seu quadro clínico inespecífico, logo ocorre predominantemente no pós-operatório por meio de análise anatomopatológica. O tratamento consiste na excisão da neoplasia e, em alguns casos, linfadenectomia e hemicolectomia direita quando ocorre invasão de estruturas adjacentes.</p> <p>RELATO DE CASO: PGA, 51 anos, masculino, hipertenso e diabético, admitido no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) com dor abdominal difusa com cerca de 20 dias de evolução associada a náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Apresentou abdômen distendido e descompressão brusca dolorosa em mesogástrio. Exames laboratoriais mostravam leucocitose discreta e PCR de 120. A tomografia da admissão demonstrou laudo sugestivo de divertículo de Meckel sem sinais de inflamação, leve dilatação difusa de alças do intestino delgado com presença de alguns segmentos com espessamento parietal concêntrico, sugestivos de ileíte/ doença inflamatória intestinal. Submetido à laparotomia exploradora notou-se dilatação em ponta do apêndice com conteúdo mucinoso, com 5 cm de margem da base e distensão de alças de delgado. Realizou-se ligadura e secção do apêndice com confecção de bolsa de tabaco. Apresentou boa evolução clínica com alta no 3º pós-operatório. Em retorno ambulatorial, relatou de febre vespertina de 39° C há 14 dias, sem outras queixas. Foi solicitada nova tomografia, que mostrou densificação dos planos adiposos pericelais na fossa ilíaca direita com pequena coleção localizada de 4,3x1,7 cm anteriormente ao ceco e outra coleção adjacente à borda pósterio-superior da bexiga de 3,1x2,7 cm, sendo tratadas com antibioticoterapia. Análise anatomopatológica revelou neoplasia mucinosa de baixo grau do apêndice, sem invasão estromal e margens cirúrgicas livres. Após controle das coleções o paciente foi mantido em acompanhamento ambulatorial com boa evolução do quadro clínico.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias mucinosas possuem espectro clínico amplo o que dificulta o diagnóstico imediato e o posterga até a confirmação do tipo histológico do tumor. Apesar de não serem frequentes, o conhecimento acerca dessas entidades é essencial para o correto diagnóstico e manejo da neoplasia, uma vez que o tratamento pode impactar na sobrevida dos pacientes.</p>	<p>AS PECULIARIDADES DO GANGLIONEUROMA: RELATO DE CASO</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Jordana Nascimento Machado, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Priscilla Santos de Melo, André Luiz Carneiro, Nelson Alves dos Santos, Daniel Messias Moraes Neto</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os ganglioneuromas (GN) são tumores (TU) neuroendócrinos bem diferenciados. Em geral, encontrados no mediastino posterior ou retroperitônio, paralelos à cadeia ganglionar simpática. Originam-se de gânglios simpáticos e são compostos por células ganglionares maduras e células de Schwann fusiformes. Ocorre em 1:100.000 crianças e predominam no sexo feminino (3:1). Aqui visa-se relatar um caso de GN em criança, bem como sua abordagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 4 anos, masculino, busca atendimento queixando-se de tosse, febre e rinorréia. Radiografia de tórax evidenciou lesão fusiforme paravertebral, sugestiva de TU de mediastino posterior (fig 1). Ressonância Magnética confirmou tal suspeita (fig. 2). Como conduta terapêutica, foi indicada a ressecção cirúrgica, realizada sem intercorrências. Estudo anatomopatológico compatível com GN. Acompanhamento após 1 ano da cirurgia sem alterações (fig. 3).</p> <p>DISCUSSÃO: O GN é uma massa de crescimento lento, geralmente silencioso nos primeiros estágios de desenvolvimento. É um TU raro e benigno, mais comum em crianças entre 4-7 anos. Diferentemente do ganglioneuroblastoma e neuroblastoma, o GN dificilmente invade o canal medular. A maioria é assintomática, o que pode ser explicado pela metabolização das catecolaminas pelo próprio TU. Seus sintomas restringem-se ao efeito de massa – com compressão de órgãos adjacentes – e àqueles paraneoplásicos, como quadros de hipertensão e diarreia. Em estágios avançados, podem ser grandes, encapsulados com consistência firme à palpação. Em geral, representam um achado acidental durante exame de imagem realizado por outro motivo. O caso relatado segue o mesmo padrão da literatura, em que procurou-se assistência por quadro sugestivo de infecções de vias aéreas superiores e, em sua investigação radiológica, o TU foi descoberto acidentalmente – até então, assintomático. Devido à ausência de características radiológicas específicas, o diagnóstico é confirmado por histopatologia. Puncção com agulha fina não pode ser tornar um método diagnóstico pré-operatório, pois há possibilidade da presença de células pouco diferenciadas entremeadas no tecido do TU. É importante ressaltar que existe chance de malignização em um Schwannoma. Tal fato associado à baixa especificidade radiológica para seu diagnóstico, fazem com que o tratamento ideal para GN seja sua ressecção completa, logo após o diagnóstico. Ademais, eles podem se expressar de maneira agressiva ao comprimir/invadir forames neurais locais e estruturas mediastinais adjacentes. Há relatos de GN secretantes de peptídeo intestinal vasoativo, somatostatinas e neuropeptídeo Y. Assim, cirurgiões devem lembrar da possibilidade de crise hipertensiva durante a cirurgia. Embora a recorrência local e surgimento de novos focos de GN serem incomuns, é necessário acompanhamento pós-operatório cuidadoso. Apesar de raros, os GN têm bom prognóstico com chance de cura total, devendo ser considerados em crianças e adultos jovens, na vigência de um tumor de mediastino posterior.</p>
<p>PO 636-3</p> <p>VOLUMOSO SEMINOMA EM TESTÍCULO PELVICO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Fernando Fontes Souza, Leonardo Augusto Lima Farias, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Ana Virginia Ferreira Figueira, Debora Sara Almeida Cardoso, Adriano Pamplona Torres</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os seminomas são tumores malignos de células germinativas, sendo o testículo o local mais comum de seu desenvolvimento. Em pacientes com criptorquidia, existe um risco aumentado do surgimento de neoplasias no testículo ectópico, chegando a acometer 10% dos pacientes que chegam à vida adulta sem a realização de orquiectomia ou orquidopexia. Os seminomas respondem por cerca de 90% destas neoplasias, e acredita-se que a temperatura mais elevada na cavidade abdominal quando comparada à bolsa escrotal possui fator preponderante no desenvolvimento destas neoplasias. Descrevemos o caso de um paciente com volumosa massa pélvica, que se tratava de seminoma surgido de testículo pélvico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 40 anos, sexo masculino, embora tenha sido observada desde a infância a presença apenas do testículo esquerdo em bolsa escrotal, não tinha realizado investigação ou tratamento adicional para criptorquidia. Paciente foi diagnosticado na infância com duplicação pielocalicial em rim direito, sendo submetido a nefrectomia parcial, com rim direito atrofiado e rim esquerdo vicariante. Foi encaminhado ao hospital com queixas de dor e desconforto em região de hipogástrio, associada a massa palpável. Foi submetido a biópsia percutânea da lesão, que revelou tratar-se de seminoma, e então encaminhado à oncologia para tratamento clínico. Após completar o ciclo completo de tratamento quimioterápico, realizou tomografia computadorizada de abdome que revelou apenas discreta redução nas dimensões da massa, que ocupava quase toda a pelve do paciente. Não haviam no exame de imagem sinais de implantes secundários da lesão. Foi optado então pelo tratamento cirúrgico da lesão. No intra-operatório, a lesão encontrava-se firmemente aderida ao cólon sigmoide e ao seu mesocólon. Foi realizada então a ressecção do tumor, sigmoidectomia com anastomose primária e esvaziamento linfonodal lomboaórtico. O paciente evoluiu com fistula da anastomose colônica diagnosticada no 7º pós-operatório (PO), com necessidade de reabordagem cirúrgica, confecção de sigmoidostomia e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Durante o período de permanência na UTI, apresentou episódio de broncoaspiração com consequente encefalopatia hipóxico-iscêmica e óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: O desenvolvimento tardio de neoplasias malignas de linhagem germinativa é uma das complicações possíveis da criptorquidia não tratada. Como no caso descrito o paciente apresentava duplicação pielocalicial associada à criptorquidia, é provável que tenha ocorrido um defeito no desenvolvimento dos ductos paramesonérficos e mesonérficos durante o crescimento embrionário. Devido ao diagnóstico tardio do seminoma e à resposta ruim apresentada ao tratamento quimioterápico, foi necessária a realização de cirurgia de grande porte para a ressecção. Esse achado reforça a importância do tratamento o mais precoce possível da criptorquidia, com orquidopexia ou orquiectomia, para evitar o surgimento destas complicações.</p>	<p>PO 637-1</p> <p>HEMANGIOMA HEPÁTICO SINTOMÁTICO: RELATO DE CASO</p> <p>WENDHY LOPES DE SOUZA BATISTA, LUIGI RODRIGUES BRIANEZ, BIANCA MARTINEZ LÉLLIS, NATHALIA LEITE OLIVEIRA ZEITOUN</p> <p><i>Hospital Universitário Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os hemangiomas são os tumores hepáticos mais comuns, geralmente são únicos, ocorrendo com maior frequência na terceira, quarta e quinta décadas de vida. Usualmente são lesões assintomáticas, podendo causar sintomas quando medem acima de 5 centímetros, podendo causar dor por distensão da cápsula de Glisson, por trombose ou pela sua ruptura.</p> <p>RELATO DE CASO: L. M. D., 39 anos, feminina, iniciou quadro de dor epigástrica, associado a plenitude pós-prandial e saciedade precoce em 2016, quando realizou ultrassonografia de abdome total que evidenciou imagem nodular em lobo esquerdo hepático. Em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral de nosso serviço, foi realizada ressonância magnética de abdome que evidenciou nódulo hepático na transição entre os segmentos II e III, medindo cerca de 5,1 x 4,5 x 4,6 cm, compatível com hemangioma. Durante o período em que aguardou a realização da cirurgia, paciente persistiu com queixas de náuseas e epigastralgia. Videoscopia digestiva alta evidenciou compressão extrínseca do fundo gástrico, em correlação com quadro clínico sendo compatível com compressão pelo hemangioma. Foi submetida a hepatectomia parcial no dia 08/01/2019 em nosso serviço, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar 7 dias após o procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Os Hemangiomas usualmente são achados incidentais de exames de imagem, laparotomias e autópsias, e raramente causam sintomas. Por serem lesões benignas, crescerem às custas de ectasia e não apresentarem transformação maligna, os hemangiomas hepáticos raramente possuem indicação cirúrgica. No presente caso descrito, a paciente apresentava hemangioma hepático pediculado em segmentos II e III, com compressão extrínseca do estômago, levando a dor epigástrica, plenitude pós-prandial e saciedade precoce, não atribuível a outras causas. Foi então submetida a segmentectomia lateral esquerda hepática, sem intercorrências, e segue em acompanhamento ambulatorial com evolução clínica satisfatória.</p>

PO 637-3	PO 639-1
<p>TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE PERFURAÇÃO GÁSTRICA E HEPÁTICA POR ESPINHO DE PEIXE</p> <p>MARCIELI Dalmolin Londero, CRISTIANO Antoniazzi Abaid, Iane Ribeiro Corrêa, Isabela Duarte e Souza</p> <p><i>UFMS - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpo estranho é uma causa comum de busca por consulta médica em serviços de emergência. A maioria dos corpos estranhos ingeridos atravessa o trato gastrointestinal e é excretada nas fezes sem causar lesões ou complicações. Dados da literatura sugerem risco de 1% de perfuração. Intervenções cirúrgicas acontecem em apenas 1 a 14% dos casos de ingestão de corpo estranho e há poucos casos descritos com diagnóstico e tratamento por laparoscopia. Relatamos o caso de uma paciente com quadro de abdome agudo devido a perfuração do antro gástrico por espinho de peixe que transfixou o lobo hepático esquerdo com diagnóstico feito por tomografia computadorizada de abdome e tratamento por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 38 anos, previamente hígida, chega ao nosso serviço com história de dor abdominal de início súbito há aproximadamente 03 dias com piora no último dia. Realizado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou pequeno pneumoperitônio junto à pequena curvatura gástrica e processo inflamatório junto ao antro gástrico. Foi submetida à videolaparoscopia que evidenciou perfuração do antro gástrico por espinho de peixe que transfixou o lobo hepático esquerdo. Retirado o corpo estranho, suturado estômago e realizada lavagem da cavidade abdominal com soro fisiológico em grande quantidade e colocado drenos por videolaparoscopia. Boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar no terceiro dia após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: A ingestão de corpo estranho é uma situação clínica mais comum em pacientes com doenças psiquiátricas, crianças e idosos, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária como demonstrado pelo presente relato de uma mulher jovem previamente hígida. O osso de peixe é a principal causa de perfuração do trato gastrointestinal por ingestão de objetos estranho. No caso da paciente relatada, temos uma complicação rara, já que os dados da literatura sugerem um risco de perfuração em torno de 1%. Além disso, a perfuração muitas vezes ocorre na região ileocecal ou no retossigmoide, em porções após o estômago e duodeno, em áreas de angulação. A taxa de mortalidade permanece extremamente baixa em vários estudos de caso de pacientes que ingeriram corpo estranho. A tomografia computadorizada é o método de imagem preferido no pré-operatório para corpos ingeridos e complicações relacionadas. Terapia endoscópica, procedimentos radiológicos intervencionistas, laparoscopia ou laparotomia são opções de tratamento na presença de corpo estranho no trato gastrointestinal. Há poucos casos clínicos descritos com diagnóstico e tratamento por laparoscopia, já que a grande maioria dos casos não necessita de intervenções cirúrgicas e majoritariamente os casos não ocorrem no estômago, mas sim em porções do intestino que necessitam de ressecções e anastomoses e essas acabam sendo realizadas por cirurgia convencional.</p>	<p>ANEURISMA DE VEIA PORTA: RELATO DE CASO NA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>Rodrigo Rocha Ramalho, Romulo Gabriel Barbosa Souza, Maria Caroline Silva Wiciuk, Rondonson Freitas Vale, Wilson Temistocles Quispe Juli, Vanessa França Domingos, Victor Judiss Lumespode, Nilton Ghiotti Siqueira</p> <p><i>Hospital das Clínicas do Acre/Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Aneurismas venosos são incomuns. São comumente descritos nas v. poplítea, jugular e safena, sendo raros em outros sítios. Os aneurismas da veia porta (AVP) correspondem a 3% dos aneurismas venosos, e suas localizações mais comuns são na região extra-hepática, na confluência das veias esplênicas e mesentérica superior, seguida da veia porta e suas ramificações.</p> <p>RELATO DE CASO: Pac. ♂, 69 anos, durante investigação para quadro de dor abdominal, vômitos e diarreia aguda, a ultrassonografia (US) de abdome revelou aneurisma de veia porta sem outras anormalidades. Assintomático, sem história de trauma abdominal. É hipertenso em uso de Losartana 50mg/dia e Anlodipino 10 mg/dia. Caminha 80' diariamente. Nega tabagismo, etilista social. Exame físico sem anormalidades. Foi solicitado US com doppler de veia porta e em seguida angiressonância do sistema porta que confirmaram o achado. Optou-se por tratamento conservador, visto não haver sinais de hipertensão portal e paciente assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: São propostas duas teorias para a fisiopatogenia: congênita - por falha da regressão completa da veia vitelínica distal ou fraqueza da parede venosa interna; e adquirida - secundária as doenças hepáticas crônicas, hipertensão portal, trauma, pancreatite ou cirurgia. Os autores se dividem entre aqueles que acreditam que o aumento da pressão intraluminal observada na hipertensão portal poderia levar à dilatação das paredes relativamente finas da veia porta, e os que acreditam que há alguma outra explicação uma vez que a incidência de aneurisma de veia porta nos pacientes com hipertensão portal é baixa. A maioria dos pacientes são assintomáticos e diagnosticados por meio de exames de imagem realizados em decorrência de outros motivos. Quando sintomáticos, são causados por efeito de massa: compressão de estruturas provocando dor abdominal, e/ou por compressão dos ductos biliares traduzida em icterícia. Pode ocorrer ruptura para o sistema biliar causando sangramento gastrointestinal. A maioria dos autores optam por realizar tratamento conservador, acompanhando o paciente com exames de imagem seriados. Foi realizada, em 2019, uma revisão sistemática de 93 relatos publicados na literatura, que incluía 176 pacientes com 198 aneurismas venosos viscerais. Os autores concluíram que a observação cuidadosa é a conduta mais apropriada, exceto quando ocorrem complicações. Em 2011 foi relatado um caso de um paciente do sexo masculino diagnosticado com AVP assintomático que foi acompanhado por oito anos e evoluiu com regressão completa do aneurisma, sem explicação. Diante do exposto, concluímos que a conduta tomada no presente caso corresponde às recomendações da literatura, o AVP é uma entidade rara que, na grande maioria das vezes, pode ser conduzida de forma expectante. O acompanhamento rigoroso se faz necessário a fim de se avaliar a necessidade de intervenção nos casos de progressão da doença.</p>
<p>PO 640-3</p> <p>FASCIOTOMIA EM PACIENTE COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE BOTRÓPICO NA AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>Matheus Vieira Santos, Felipe Bettero Mendes do Valle, Victor Dall Aglio de Ornellas, Rouben Denis de Almeida Miranda, Hanniê Lissa Bergamim, Karine Bruna Soares</p> <p><i>Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED - Cacoal - Rondônia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os acidentes botrópicos assumem importância médica devido a sua frequência e gravidade. No Brasil, entre 2000 e 2017 ocorreram 471.801 casos. Dentre estes, os causados por serpentes do gênero Bothrops são a maioria. Seu veneno possui ação miotóxica, coagulante e hemorrágica, exibindo quadro clínico que cursa com manifestações locais (dor, edema, podendo haver também equimoses e sangramentos) e sistêmicas (hemorragias à distância, náuseas, êmese, sudorese, hipotensão arterial e, com menos frequência, choque). A terapêutica varia conforme o tipo de acidente, o qual pode ser classificado como leve, moderado e grave. Embora seja instituída terapia correta, o paciente pode evoluir com complicações, sendo a síndrome compartimental uma delas. É rara e caracteriza os casos graves, sendo de difícil manejo. Suas manifestações mais importantes são dor intensa e edema, podendo apresentar ainda parestesia, diminuição da temperatura do segmento distal, cianose e déficit motor. Uma vez firmado o diagnóstico, a fasciotomia não deve ser retardada, desde que as condições de hemostasia do paciente o permitam. Assim, este estudo buscou relatar o caso de um acidente botrópico complicado com síndrome compartimental, descrevendo a conduta e evolução.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 62 anos, vítima de acidente ofídico botrópico no seu município de origem, há sete dias, tratado com soroterapia anti-botrópica rapidamente. Buscou atendimento na unidade de referência de urgência e emergência após iniciar quadro de dor intensa em membro inferior esquerdo e edema maleolar medial ipsilateral, associado à hiperemia com linfadenite. Também possuía lesão em maléolo medial esquerdo, medindo cerca de 4cm, com necrose dermo-subcutânea, abcesso local e tempo de coagulação de 1 minuto. Realizou-se drenagem de grande coleção purulenta e foi internado em antibioticoterapia para controle do quadro infeccioso. Progrediu com piora dos sintomas e quadro de parestesia, auxiliando no diagnóstico de síndrome compartimental. Logo, foi submetido à fasciotomia ânteromedial de membro inferior esquerdo e drenagem de abscesso. Fez-se desbridamento de áreas necróticas e limpeza rigorosa com soro fisiológico a 0,9%. O ferimento foi deixado aberto com cobertura abundante de cloranfenicol em gases. No pós-operatório, instituiu-se cefalexina 500mg e cuidados locais com pomada de dextronuclease e cloranfenicol até apresentar resolução da infecção. Após cura do quadro infeccioso, permaneceu com extensa área cruenta, sendo submetido à cirurgia plástica para fechamento primário parcial e enxerto dérmico da coxa esquerda na área restante. O paciente evoluiu bem, enxerto em bom aspecto e em alta para domicílio.</p> <p>DISCUSSÃO: Nota-se, portanto, que apesar do manejo simples, de acordo com a literatura e protocolos vigentes no tratamento ao paciente vítima de acidente botrópico, os casos que apresentam complicações devem ser conduzidos de forma a terem intervenção em tempo e formas adequadas para o correto controle de danos.</p>	<p>PO 641-1</p> <p>ADENOMA HEPÁTICO ROTO - RELATO DE CASO</p> <p>Leandro De Paula Gregório, Alan César Faria Araújo, Gabriel Pessoa Herthel Silveira, Vitor Eugênio Ribeiro, Lucas Banterli Vinhas, Paula Sannazzaro Oliveira De Assis, Bruno Freitas Bulegiz, Marcelo De Medeiros Chaves França</p> <p><i>Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Adenomas hepáticos são tumores hepáticos benignos de baixa prevalência, encontrados predominantemente em mulheres jovens (35 a 40 anos), sobretudo no lobo hepático direito. Usualmente são lesões únicas, de tamanho variado, podendo chegar a cerca de 30 cm (1). O diagnóstico é sugerido por cenário clínico apropriado em combinação com exames de imagem. Por se tratar de um tumor bem vascularizado, hemorragia é uma complicação comum, ocorrendo em cerca de 25% dos pacientes. Uso de anticoncepcional oral (ACO), tamanho maior que 5 cm e o subtipo inflamatório (I-HCA) estão associados com maior risco de sangramento (3). A maioria das hemorragias é contida (intratumoral), mas em casos mais graves pode evoluir com hemorragia intraparenquimal, hematoma subcapsular ou hemoperitônio. (3)</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 28 anos, usuária de ACO, admitida em hospital terciário com quadro de dor abdominal progressiva em andar superior do abdome, com cerca de 15 dias de evolução. Apresentava-se estável hemodinamicamente com volumosa massa palpável em região de epigástrio. Revisão laboratorial com plaquetose, aumento de gama glutamil transferase (GGT), fosfatase alcalina (FA), aspartato aminotransferase (AST) e alanina aminotransferase (ALT). Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve observou lesão expansiva, com leve realce heterogêneo pelo contraste, medindo 10 x 8 x 12 cm, sem líquido livre em abdome ou pelve, sugerindo possível massa hepática com sinais de sangramento. Proposta de preparo operatório e abordagem cirúrgica durante a internação, paciente evoluiu com instabilidade por provável choque hemorrágico, submetida a suporte intensivo e reposição volêmica com cristalóides, com estabilização hemodinâmica. Optado por aguardar presença de cirurgião especialista em fígado, encaminhada ao bloco cirúrgico após 48 horas, onde manteve-se estável e foi submetida a hepatectomia esquerda, com necessidade de transfusão de hemocomponentes. Posicionado dreno tubular em leito hepático, ato sem intercorrências. Apresentou boa evolução pós-operatória, retirado dreno e recebendo alta no sexto dia de pós-operatório. Seguimento ambulatorial sem alterações e anatomopatológico com adenoma hepatocelular.</p> <p>DISCUSSÃO: É importante incluir o adenoma hepático roto no rol de diagnósticos diferenciais do abdome agudo, o que nem sempre ocorre, devido à baixa incidência. Apesar de muitas vezes permitir inicialmente tratamento conservador, o adenoma hepático roto pode exigir tratamento em caráter de urgência em casos de instabilidade ou após preparo pré-operatório adequado, como no caso em questão, na presença de cirurgião especialista. A embolização arterial pré-operatória pode ser considerada no controle de sangramento e permitindo melhor planejamento pré-operatório. O manejo cirúrgico consiste na ressecção do(s) seguimento(s) hepático(s) acometido(s), apenas em casos raros é necessária a realização de transplante hepático. O uso de dreno não é bem estabelecido e depende da avaliação do cirurgião.</p>

PO 641-3	PO 642-1
<p>OBSTRUÇÃO GÁSTRICA POR GOSSIPIBOMA INTRINSECO POS-COLECISTECTOMIA ABERTA: RELATO DE CASO</p> <p>Hiago Dantas Medeiros, Laís Nóbrega Vieira, Eduardo Alfeu Peixoto Paredes, Marinna Karla Cunha Lima Viana, Ana Beatriz Batista Neves, Pedro Paulo Assunção Silva, Landsteiner Anjos Leite, Adriano Dias Trajano</p> <p><i>Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os gossipibomas referem-se à matriz que contém material têxtil e à reação tecidual formada ao redor deste corpo estranho. Os principais fatores associados envolvem as cirurgias de emergência, obesidade, hemorragia intraoperatória e mudanças inesperadas no ato cirúrgico. A apresentação clínica é variável e depende da localização e do tipo de reação inflamatória do hospedeiro, podendo existir formas agudas e crônicas, as primeiras tendem a desenvolver fístulas e abscessos cutâneos, caracterizando como uma reação exsudativa com sintomas mais exuberantes, como dor abdominal e peritonite, enquanto as segundas são reações inflamatórias assépticas crônica e fibrinosa no tecido circundante, resultando em uma massa encapsulada (granuloma) com sintomas inespecíficos. O diagnóstico é desafiador, estando os estudos de imagem, sobretudo a tomografia computadorizada (TC), aliados à confirmação da suspeita clínica. A incidência é de 1:1000 a 1:5000 laparotomias, além de ser subnotificado devido às implicações médico-legais envolvidas, tendo prognóstico variável com taxa de mortalidade de 11 a 35%. Por isso, medidas como revisão dos quadrantes abdominais e contagem de material ao final dos procedimentos cirúrgicos devem ser rigorosos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 45 anos, sexo feminino, obesa, com histórico de colecistectomia aberta prévia há quatro meses, procura atendimento médico em hospital de referência local com quadro clínico de dor abdominal difusa e vômitos recorrentes há um mês, além de perda ponderal no período. Traz consigo exame de endoscopia digestiva alta realizada há uma semana com laudo de esofagite de refluxo grau C, segundo a Classificação de Los Angeles, além de obstrução pilórica total por corpo estranho. À admissão, foi solicitado uma TC de abdome sem contraste, laudando material de densidade intermediária na topografia do antro gástrico e primeira porção duodenal mais moderada distensão líquida, sólida e gasosa do estômago a montante, PCR e exames de sangue de rotina para abdome agudo. Em seguida, foi submetida à drenagem de abscesso após lise das aderências do omento durante a dissecação da curvatura do cólon transversal, ressecção do antro gástrico e piloro com reconstrução em Y de Roux, além de colectomia transversal segmentar a oito cm da flexura hepática e anastomose primária com PDS 3-0, com colocação de dreno em coto duodenal.</p> <p>DISCUSSÃO: Os gossipibomas são mais frequentes em pacientes obesos e cirurgia emergencial com recente aumento na sua incidência. Quando sua remoção ocorre no pós-operatório imediato a morbimortalidade é baixa, contudo se for mantido por um longo período, eleva-se o índice de complicações, como no caso descrito. As obstruções podem ocorrer por pseudotumor, aderência extrínseca ou obstrução intrínseca, como o descrito, sendo mais comum na válvula ileocecal e raramente no estômago. Por fim, a migração transmural, como a relatada, é rara e só ocorre decorridos vários anos, o que torna o caso peculiar.</p>	<p>HEPATECTOMIA EM DOIS ESTAGIOS - UMA NOVA ABORDAGEM AS METASTASES HEPATICAS</p> <p>Sâmela Nunes Alecrim de Souza, Barbara Donnarria Da Silva Gonçalves, Samela Comerio, Rogério Dardengo Gloria, Leonardo Machado, Raphael Araujo Costa, Tiago Cypriano Dutra, Andre Mattar</p> <p>INTRODUÇÃO: A técnica de ALPPS consiste na ressecção hepática extensa estagiada em dois tempos com a finalidade de promover rápida hipertrofia do remanescente hepático, através da ligadura do ramo direito da veia porta associado a bipartição do parênquima. Permitindo hipertrofia superior a embolização num período muito mais curto.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.C, masculino, branco, 52 anos. Deu entrada na emergência do HECI em 09/16 com síndrome de obstrução intestinal, sendo submetido a TC de abdômen que revelou neoplasia de cólon direito estenosante com obstrução intestinal e pequenas nodulações hepáticas sugerindo metástases múltiplas. Diante disso, foi realizada hepatectomia direita com ileostomia terminal. Seguiu ambulatorialmente em tratamento pela oncologia, fez 4 ciclos de folfoxiri e reestadiado com RNM ABD (26/12/16) apresentando implantes hepáticos nos segmentos I, IVa, V, VI, VII e VIII. Frente ao diagnóstico, foi programada hepatectomia ALPPS. Na volumetria pré-operatória, apresentava volume hepático total de 1319 cm³ e volume do remanescente hepático 247 cm³ (18,8%). Realizado primeiro tempo do ALPPS em 24/01/17, com ligadura do ramo direito da veia porta, bipartição hepática a nível da fissura principal e enucleação de metástase no segmento IVa, com duração de 4h e 30 min, sendo realizado manobra de Pringle total intermitente de 45 min e sem sangramentos significativos. Após 1 dia de CTI, ficou internado em enfermaria, realizou-se no D06 pos op TC de abdome de controle apresentando hipertrofia do lobo esquerdo em 114%. Com 7 dias de intervalo, foi então realizada segundo tempo do ALPPS, com hepatectomia direita alargada para segmento I, sendo o tempo cirúrgico de 2h e 30 min, sem sangramento, sem manobra de Pringle e sem fístula. Após 5 dias de internação hospitalar, com melhora clínica, o paciente recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: A rápida hipertrofia do fígado induzida pela técnica ALPPS permitiu a ressecção hepática extensa com segurança e cirurgia R0, evitando insuficiência hepática pós-operatória. O paciente segue assintomático e livre de doença, após adjuvância com folfoxiri, há 2 anos.</p>
<p>PO 642-2</p> <p>MEDIASTINITE AGUDA POR PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO EM PACIENTE OCTOGENÁRIA COM DIAGNÓSTICO TARDIO - RELATO DE CASO</p> <p>RAFAEL SILVA DE ARAUJO, EDUARDO IWANAGA LEO, ERNESTO EVANGELISTA NETO, MATEUS FONSECA DE GOUVEIA FRANCO, ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR, FERNANDO ANTONIO MONTEIRO CARVAS, LUIZ EDUARDO VILLACA LEO, JOAO ALESSIO JULIANO PERFEITO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO / ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A causa mais comum de perfuração esofágica é a iatrogênica secundária a procedimentos endoscópicos. Uma outra etiologia é a ingestão de corpo estranho. Existe uma relação direta entre mortalidade e tempo transcorrido entre o momento da perfuração e o diagnóstico. Quando complicada por Mediastinite Aguda, a perfuração constitui um desafio diagnóstico e terapêutico.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 81 anos, nega antecedentes patológicos. Recorreu ao Pronto Socorro do Hospital São Paulo, no dia 16/02/19, referindo odinofagia, epigastralgia, febre e mal-estar (11 dias) após engasgamento e deglutição de osso de galinha. Exame objetivo: sepse. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e elevação PCR. Rx Tórax: alargamento mediastino com ar. TC de Tórax: pneumomediastino extenso, hidropneumotórax bilateral. Endoscopia Digestiva Alta: grande perfuração esofágica de +/- 6cm com comunicação com mediastino, associado a gangrena da porção esofágica cervico-torácica e coleção purulenta. Realizada passagem de sonda nasoenteral sob visão com extrema dificuldade técnica. Optado por Cervicotomia exploradora à esquerda, Toracotomia exploradora à Direita com drenagem torácica bilateral e Gastrotomia à Stamm. No dia 06/03/19, a paciente encontrava-se estável, sem drogas, laboratório dentro da normalidade, eupneica em ar ambiente.</p> <p>DISCUSSÃO: A conduta em perfurações do esôfago torácico é controversa, devido à heterogeneidade de causas e estratégias de tratamento reportadas na literatura. Diversos fatores influenciam a decisão do cirurgião: intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, idade do paciente, doença sistêmica associada, empiema pleural, sepse e doença esofágica intrínseca. No presente estudo foi optada por uma conduta agressiva seguida de esofagectomia em um segundo tempo. Diante disso, reitera-se que a perfuração esofágica é uma enfermidade grave e com evolução desfavorável caso não seja bem conduzida.</p>	<p>PO 642-3</p> <p>ASCITE QUILOSA APOS RESSECÇÃO DE TUMOR RENAL EXTENSO: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Osvaldo Gonçalves da Silva Neto, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira, Leonardo Augusto Lima Farias, Fernando Fontes Souza, Adriano Pamplona Torres, Bruno Luis Oliveira Correa</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ascite quilosa, definida como o extravasamento de líquido linfático na cavidade peritoneal, pode surgir após trauma ou procedimento cirúrgico em que haja manipulação da cisterna do quilo ou do ducto torácico. Pode ser diagnosticada por paracentese e a análise bioquímica do líquido ascítico, que geralmente possui coloração leitosa, com um alto conteúdo proteico e níveis elevados de triglicérides. O tratamento pode ser cirúrgico - com a sutura ou ligadura da estrutura lesada - que muitas vezes é de difícil identificação no intra-operatório, ou clínico, consistindo principalmente em jejum e nutrição parenteral total (NPT). O papel do octreotida no tratamento da ascite quilosa ainda não se encontra bem estabelecido.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, diagnosticado com volumoso tumor renal em rim direito, com extensão para veia renal e ocupando totalmente a luz da veia cava inferior desde a confluência das veias ilíacas comuns até o átrio direito. Os principais sintomas eram dor lombar e anemia. Não havia ascite ou edema de membros inferiores digno de nota no momento do diagnóstico. Foi submetido então à cirurgia com laparotomia e esternotomia mediana, nefrectomia direita, extração de trombo tumoral da veia cava inferior por meio de cavotomia transversal, posteriormente reconstruída com enxerto autólogo de pericárdio. Foi colocado em circulação extra-corpórea para acesso ao átrio direito e remoção de trombo tumoral intracardíaco. Foi realizada também a dissecação da veia cava inferior retrohepática para adequada remoção de trombo tumoral deste segmento da cava e do interior das veias hepáticas. O paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, recebendo alta hospitalar, porém retornou ao pronto-socorro do hospital com desconforto abdominal e respiratório relacionado a volumosa ascite. Foi realizada paracentese, com saída de 5000ml de líquido de aspecto leitoso, cuja análise bioquímica revelou alto concentração de triglicérides. Foi diagnosticado com ascite quilosa, por provável lesão da cisterna do quilo durante a dissecação e manipulação da veia cava inferior. Foi iniciado tratamento conservador para a fistula, com jejum absoluto oral e nutrição parenteral total. O paciente apresentou boa evolução com o tratamento, não sendo necessária a realização de outras paracenteses, regressão da ascite residual, mesmo após progressiva reintrodução da dieta oral, iniciada no 7 dia de internação. O paciente recebeu alta hospitalar 14 dias após a reinternação, em bom estado geral, sem ascite perceptível e com boa aceitação da dieta oral.</p> <p>DISCUSSÃO: A ascite quilosa, ocasionada por lesão e fistula da cisterna do quilo ou do ducto torácico, é uma complicação incomum de cirurgias abdominais de grande porte, com manipulação do retroperitônio. O seu tratamento cirúrgico é desafiador, visto a dificuldade de identificar o local exato do vazamento. O tratamento conservador pode ser uma opção adequada para o tratamento inicial na maioria dos casos, como descrito.</p>

PO 643-1	PO 643-2
<p>DOENÇA DE CAROLI : RELATO DE CASO E REVISAO BIBLIOGRAFICA</p> <p>Sâmela Nunes Alecrim de Souza, Bárbara Donnária Da Silva Gonçalves, Samela Comerio, Leonardo Machado, Tiago Cypriano Dutra, Paulo Casotti, André Mattar, Rogério Dardengo Glória</p> <p><i>Hospital evangélico em Cachoeiro de Itapemirim - Cachoeiro De Itapemirim - Espirito Santo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Caroli é uma doença congênita autossômica recessiva rara. Consiste na dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos que predispõe a colestase, colangites bacterianas recorrentes e formação de cálculo nos ductos. Tendo como incidência 1 em 1000000 de habitantes, é geralmente diagnosticada na infância e adulto jovem, sendo mais frequente em mulheres. O diagnóstico é feito por exames complementares como colangiopancreatografia retrógrada, RNM e TC. O tratamento varia de acordo com as características clínicas da doença e a localização biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso: R.S.A., feminino, 39 anos. Apresentou febre, dor no hipocôndrio direito de início súbito, associado a icterícia e anorexia. Nega comorbidades, tabagismo e etilismo. Ao exame físico apresentava-se icterícia ++/4+, hipocorada ++/4+, abdômen flácido, doloroso a palpação em hipocôndrio direito. Realizou uma TC de abdômen que apresentou dilatação fusiforme das vias biliares intra-hepáticas (doença de Caroli), e exames laboratoriais apresentando bilirrubina direta aumentada. Evoluiu com episódios de colangite complicando com abscessos hepáticos, sendo necessária a internação para realização de CPRE e drenagem percutânea dos abscessos. Após melhora clínica, foi realizada hepatectomia direita e segmento V, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A histopatologia confirmou a doença de Caroli e colelitose. O estudo ratifica a importância da doença de Caroli e seu diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam quadro clínico compatível com colelitose e colangite, com necessidade de diagnóstico precoce devido suas complicações. A paciente segue em acompanhamento há 5 anos com funções hepáticas normais. Palavras Chave Doença de Caroli,,Doença biliar,Dilatação intra-hepática</p>	<p>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR TERATOMA GIGANTE DO MEDIASTINO, ABORDAGEM CIRURGICA DE EMERGENCIA</p> <p>Adélie Nicolli Martins Gai Costa, Tao Machado, Peter Coutinho Mello, Jucineide Vieira Araújo, Marcello Santos da Silva</p> <p><i>Hospital Geral de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Teratomas mediastinais são pouco frequentes, embora sejam diagnósticos diferenciais de massas em mediastino anterior/médio em adultos jovens sendo a principal apresentação dos tumores germinativos na topografia. Várias apresentações clínicas foram relatadas na literatura. (Montebello A, et al, 2017). Relata-se o tratamento cirúrgico de emergência de um caso de teratoma maduro sólido/cístico gigante diagnosticado após quadro de dispnéia progressiva.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente ASL, 33 anos, masculino, pardo, solteiro, procura o hospital em agosto de 2018 com queixa de dor torácica em hemitórax direito (HTxD) com 2 meses de evolução, associado a dispnéia progressiva, associada a hipotensão postural e perda ponderal de cerca de 5kg no referido período. Realizou Radiografia e Tomografia de Tórax com contraste venoso, sendo evidenciado nesta última "processo expansivo heterogêneo, de limites definidos e apresentando áreas de densidade de gordura e calcificações de perimeio, medindo em torno de 19,8cm x 13,1cm x 18,3cm, com volume aproximado de 2468mL, ocupando o mediastino anterior e insinuando-se para o hemitórax direito, determinando atelectasia total do lobo médio e parcial dos LSD e LID, com compressão de veia cava superior, do brônquio fonte direito, carina principal, do átrio direito e da artéria pulmonar direita, assim como consequente desvio de mediastino para a esquerda, devendo ser considerada a hipótese de teratoma. Buscou o Pronto Atendimento Airtton Rocha (PAAR) em novembro de 2018 devido piora da dispnéia, ao momento relacionada aos médios esforços. Relato de tabagismo de longa data, tendo cessado nos últimos 5 meses, além de etilismo ocasional. Foi submetido a Toracotomia bilateral a Clamshell para ressecção da massa, onde foi encontrado Tumor ocupando todo o HTxD, projetando-se para HtxE, em íntimo contato com o coração e vasos da base, comprimindo-os. Apresentava cápsula densa e de conteúdo pilo-sebáceo. Foi realizada dissecação da massa da parede torácica, traqueia, esôfago, pulmões, veia cava superior, e pericárdio, tendo sido mantida parte da cápsula que não apresentava plano de clivagem com os grandes vasos (marsupialização parcial). Foi realizada drenagem bilateral em selo d'água e recuperação pós operatória em Unidade de Terapia Intensiva da qual recebeu alta para a enfermaria após 2 semanas, com expansão parcial pulmonar à direita por hipoplasia. A peça enviada para análise histopatológica evidenciou Teratoma Cístico Maduro.</p> <p>DISCUSSÃO: Teratomas geralmente surgem nas gônadas, mas podem ser extragonadais. A localização mais comum para células germinativas extragonadais tumores é o mediastino anterior. Teratomas benignos do mediastino são raros, representando 3–12% dos tumores do mediastino. A transformação maligna de um teratoma mediastinal maduro é rara e piora o prognóstico da doença. O diagnóstico é clínico e radiológico, mas o diagnóstico de certeza é histológico. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e os pacientes tem bom prognóstico com o mesmo.</p>
<p>PO 643-3</p> <p>NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLA TIPO 2B: RELATO DE CASO</p> <p>Ângelo Santana Guerra, Felipe de Holanda Fialho, Ellen Tiek Tsugami Dalla Costa, Mariana França Bandeira de Melo, Thayse Lassance de Souza, Bruno Tolino Maran, Marcel Takeshi Shono, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias endócrinas múltiplas tipo 2 (NEM 2) são distúrbios autossômicos dominantes que afetam 1 em 30.000 pessoas. São caracterizadas pela formação tumoral em órgãos em que o proto-oncogene RET é expressado. Esse subtipo, mais raro e mais agressivo, é caracterizado pela presença de feocromocitoma e câncer medular de tireoide (CMT), o qual é responsável pelo óbito de 50% dos acometidos. Outros achados nessa síndrome são: neuromas mucosos de lábios e língua, ganglioneuromas intestinais, hábito marfanóide e megacolon. O CMT, geralmente a única neoplasia maligna da síndrome, deve ser abordado por tireoidectomia total com dissecação dos linfonodos cervicais, compartimento central (nível VI) e cadeias cervicais bilaterais (nível II - V), tendo melhor prognóstico quando realizado o mais precocemente possível, idealmente antes dos seis meses de vida. Quanto ao feocromocitoma, o procedimento mais recomendado é a adrenalectomia bilateral, visto que o acometimento bilateral é frequentemente observado na doença.</p> <p>RELATO DE CASO: UMS, masculino, 31 anos com história de massa cervical há 3 anos e dor abdominal recorrente há 3 meses, admitido pela unidade de clínica médica do HRSM. Ao exame físico, apresentava hipertensão (chegando a picos com 210x144mmHg); neuromas mucosos na língua; hábito marfanóide; bócio volumoso, lobulado, indolor e móvel; adenomegalias cervicais; provável doença de Hirschsprung. Foram realizados TC de abdome (com lesões adrenais bilaterais) e colonoscopia (presença de megacolon com divertículos). A sorologia para doença de Chagas apresentou-se não reagente. As catecolaminas urinárias apresentaram os seguintes valores: metanefrina = 2753,9 mcg/24h e normetanefrina >7200 mcg/24h. Foi aventada a hipótese de NEM 2B. Foi submetido à adrenalectomia. Durante a cirurgia, houve a liberação do cólon direito, após confecção de pneumoperitônio, e liberação do tumor adrenal direito, porém o tumor adrenal esquerdo não foi abordado por complicações intra-operatórias. Ocorreu importante instabilidade hemodinâmica durante o procedimento cirúrgico, com picos de hipertensão arterial severos e hipotensão no pós-operatório, sendo necessário manutenção de drogas vasoativas por cerca de 72h. Exames realizados dois meses após abordagem cirúrgica demonstraram: metanefrina urinária = 928 mcg/24h e normetanefrina = 783 mcg/24h. Além disso, houve melhora importante da obstrução intestinal assim como melhora da dor abdominal, flushing, taquicardia, hipertensão, cefaleia e normalização da pressão arterial. Laudo anatomopatológico: Tumor adrenal de potencial maligno incerto. Paciente aguarda adrenalectomia esquerda e tireoidectomia total.</p> <p>DISCUSSÃO: A Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo 2B é uma doença multi-sistêmica, que cursa com morbimortalidade elevada no caso de tratamento tardio. A intervenção cirúrgica precoce aumenta as possibilidades de cura. O acompanhamento pós-operatório é essencial para adequação do status hormonal e identificação de recidivas.</p>	<p>PO 644-1</p> <p>MANEJO DE ABSCESSO HEPATICO GRAVÍSSIMO, DE EVOLUÇÃO SUBAGUDA E DESFAVORAVEL, EM UM HOSPITAL NO EXTREMO NORTE DO BRASIL</p> <p>Marcello Santos da Silva, Givaggio Henrique Rodrigues da Silva, Eder Rodrigo Figueira Ribeiro, Ana Paula Magalhães Souza, Larissa Erikarla Negreiros Madureira, Ana Carolina Gonçalves Pires, Poliana Lucena dos Santos, Diego Guilherme Santos Portella</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os abscessos hepáticos são coleções purulentas dentro do parênquima hepático resultante de infecção bacteriana, fúngica ou parasitária. O sintoma mais comum é a febre seguida de dor abdominal, principalmente no hipocôndrio direito (HCD). Trata-se de uma condição grave em que as taxas de mortalidade variam de 5,6 a 80%.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.C, 58 anos, sexo masculino, natural e proveniente de São João da Baliza – RR. Deu entrada no Hospital Geral de Roraima no dia 15/07/2018, com queixa de dor em HCD há 16 dias, acrescido de febre e calafrios há 3 dias. Negou vômitos e diarreia. Afirmou astenia e mal estar. Após suspeita de colangite aguda, foram solicitados exames laboratoriais. Paciente foi internado e iniciou uso de Ceftriaxone + Matronidazol. Exames laboratoriais: Leuco 24.450; N: 95%; BT 6,82; BD 4,92; BI 1,86; Ur 137,50 Cr 4,43; LDH 1420,62 FA: 980,27 GGT: 672,18. Foi solicitada ultrassonografia de abdome, que no dia 16/07 evidenciou vesícula biliar normodistendida. Parede grossa hiperecogênica. Conteúdo anecoico. Foi observada moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, de diferentes densidades com presença de inúmeras e pequenas imagens hiperecogênicas, sugestivas de presença de fekalito. Foi sugerida tomografia computadorizada (TC) abdominal simples e com contraste para complementação diagnóstica. Após TC de emergência no dia 16/07, foram constatados extensos pneumoperitônio e abscesso hepático. Paciente encontrava-se em sepsis e foi encaminhado em caráter de emergência ao centro cirúrgico. Laparotomia exploratória no dia 16/07 evidenciou saída de ar após incisão xifopúbrica mediana, grande quantidade de líquido livre purulento em cavidade abdominal e ampla área de abscesso hepático em lobo direito, região anterior, principalmente em lobo VII e VIII, com saída difusa de pus do mesmo. Foi realizada aspiração do conteúdo intracavitário e do abscesso hepático. Após exploração/revisão das estruturas intracavitárias e lavagem exaustiva da cavidade abdominal, foi posicionado dreno laminar com duas entradas, direcionadas para loja em HCD. Após cirurgia, o paciente foi admitido na UTI apresentando depois do segundo dia pós operatório (18/07) lesão renal aguda KDIGO III, instabilidade hemodinâmica com uso de droga vasoativa em dose máxima, choque séptico e acidose metabólica refratária, mesmo com troca da antibioticoterapia. Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR): FV + AESP, com ressuscitação cardíaca no 2º ciclo. Em seguida paciente teve nova PCR (assistolia). Após 5 ciclos de ressuscitação cardiopulmonar foi declarado o óbito do paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: Destaca-se, neste relato, a presença de um abscesso hepático de evolução subaguda gravíssima e de difícil manejo a despeito da instituição do tratamento e condutas preconizadas. Destaca-se também, a ausência de indicadores de doença hepática prévia ou condições relacionadas ao risco de contaminação via portal (apendicite e diverticulite) ou via biliar.</p>

PO 644-2	PO 644-3
<p>TUMOR CARCINOIDE TÍPICO "GIGANTE" CAUSANDO DESTRUIÇÃO DE PULMAO EM PACIENTE JOVEM.</p> <p>Ernesto Neto Evangelista, Eduardo Iwanaga Leão, Andre Miotto, João Alessio Juliano Perfeito, Luiz Hirotohi Ota, Jose Ernesto Succu, Luiz Eduardo Villaça Leão</p> <p><i>UNIFESP-EPM - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores carcinóides fazem parte de um grupo de neoplasias neuroendócrinas que ocorrem em tecidos que contêm células derivadas da neuroectoderme e endoderme. No pulmão estas células estão localizadas no epitélio brônquico e são chamadas de células de Kulchitsky. O pulmão é considerado o segundo sítio em frequência destes tumores. Os tumores neuroendócrinos pulmonares podem apresentar-se como: uma pequena proliferação parenquimatosa de células neuroendócrinas (tumorlets), tumor carcinóide típico, tumor carcinóide atípico, carcinoma neuroendócrino de grandes células, carcinoma de pequenas células. Os carcinóides típicos compreendem 2 - 4% das neoplasias pulmonares e sua localização mais frequente é em brônquios lobares ou segmentares. Suas dimensões habituais não ultrapassam 3cm ou pouco mais. Pode manifestar-se por sintomas obstrutivos da via aérea, levando a infecções de repetição do lobo acometido ou originando quadro de sangramento caracterizados por escarros hemoptícos. Estes tumores raramente se localizam em brônquio principal, porém quando isto ocorre pode desencadear obstrução com possibilidade de destruição do parênquima pulmonar ao longo do tempo. Relatamos um caso clínico de obstrução de longa data do brônquio principal esquerdo com destruição total do pulmão homônimo, devido a um tumor carcinóide típico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 31 anos de idade que desde os sete anos apresentava quadro clínico frequente (anualmente) de pneumonias de repetição, sempre no pulmão esquerdo, com febre, tosse produtiva e expectoração amarelada. Apresentava episódios esporádicos de escarros hemoptícos que cessavam espontaneamente. Ao exame físico o hemitórax esquerdo se apresentava com diminuição da expansibilidade e percussão com maciez difusa. A radiografia de tórax mostrava opacidade total de pulmão esquerdo e perda volumétrica do HTE e mediastino deslocado para a esquerda. A tomografia computadorizada revelou uma massa heterogênea, aproximadamente de 15 x 10 cm, obstruindo o brônquio principal esquerdo e sinais de destruição do pulmão ipsilateral. A broncoscopia mostrou obstrução total da luz do brônquio esquerdo por lesão vascularizada. O anatomopatológico revelou tumor carcinóide típico. Foi realizada a pneumonectomia esquerda com identificação de uma grande lesão vinhosa, lobulada localizada no brônquio principal esquerdo.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores carcinóides típicos são comumente encontrados nos brônquios lobares ou segmentares, ocasionando sintomas obstrutivos e/ou sangramento. Neste caso, o tumor tinha a base no brônquio principal esquerdo, localização relativamente rara e que oferece maior dificuldade de sua identificação em radiografia simples do tórax. Normalmente as dimensões de um tumor carcinóide não ultrapassam 3 a 3,5 cm. Neste caso o tumor media 15 cm x 10 cm, medidas muito além do habitual tendo nos motivado a relatá-lo.</p>	<p>RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE LIPOSSARCOMA MIXÓIDE DE MEMBRO INFERIOR, RECORRÊNCIA COM EXTENSAO PARA SACRO E RETROPERITÔNIO.</p> <p>Gilberto Silva Carvalho, Cicero Fava Borges, Adrielle Mazalotti Calza, Daniel Alves Teixeira</p> <p><i>Unifaminas-Muriae - Muriae - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lipossarcomas são tumores provenientes de células mesenquimais primitivas, um dos mais frequentes sarcomas de partes moles, representando 15% (Gil, 1999). Definido como tumor lipogênico de tecidos moles profundos, raramente se forma a partir de lipomas benignos e não apresenta fator causal completamente conhecido, embora o trauma local tenha sido citado em sua causa. (Raymundo, et al., 2008). O lipossarcoma mixóide atinge principalmente membros inferiores (75% dos casos). Suas manifestações mais comuns são o crescimento de uma massa tumoral indolor que pode alcançar grandes proporções, é geralmente nesta hora que o paciente busca tratamento (Gaisler et al., 2012). O presente estudo apresenta um lipossarcoma de membro inferior direito com recorrência para sacro e retroperitônio.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 30 anos, deu entrada no serviço de clínica cirúrgica, apresentando nódulo em região proximal e antero-lateral da coxa direita há cerca de 5 meses, com evolução progressiva e lenta, queixando dor incapacitante. Solicitado ressonância magnética da coxa direita evidenciando lesão localizada nos planos adiposos do subcutâneo da porção lateral direita do quadril. Foi submetido a cirurgia de ressecção da lesão, com acesso antero-lateral no terço proximal da coxa direita, hemostasia rigorosa, sutura do acesso por planos com colocação de dreno a vácuo, a lesão apresentava 15cmx10cmx4,5cm. O anatomopatológico do material evidenciou Lipossarcoma mixóide de alto grau. Paciente foi submetido à radioterapia com resposta satisfatória, aparentemente não apresentando lesão residual. Retornou após 9 meses com nova massa em região da espinha ilíaca antero-superior esquerda, queixando parestesia. Solicitado ressonância magnética da região com resultado de nova lesão sacral à esquerda acometendo os neuroforames de s1 e s2, com continuidade pelo músculo piriforme e retroperitônio perivascular (vasos ilíacos esquerdo), medindo cerca de 8cmx4cmx5,7 cm, realizado ressecção cirúrgica da lesão por acesso lombococcigeno, coecetomia total, sacrectomia parcial à esquerda, ressecção do músculo piriforme com preservação do nervo ciático, apresentou boa evolução clínica pós-cirúrgica. Hoje se encontra em seguimento pós-operatório no décimo mês, sem complicações e sinais de recidiva tumoral.</p> <p>DISCUSSÃO: Na classificação histológica, o lipossarcoma mixóide corresponde a 50 % de todos os lipossarcomas, com prognóstico de sobrevida em 5 anos superior a 88% se realizado excisão completa (Gaisler, et al., 2012). A radioterapia pós-cirúrgica é de extrema importância para adjuvância à cirurgia, principalmente para o tipo mixóide. Tal modalidade previne a recorrência local da lesão, porém nunca deve ser substituída pela cirurgia radical, esta é a principal abordagem terapêutica (Blair, et al., 1998). Cerca de 10% dos pacientes com lipossarcoma de membro inferior, após dois ou mais anos da remoção da lesão primária, apresentam segunda lesão no retroperitônio (Torres, et al., 2001).</p>
<p>PO 645-1</p> <p>APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA HEPATOIDE - RELATO DE CASO</p> <p>Kyra Tayanna Lamster, Vitor Paiva Pires, Addressa Abreu Scheidemantel, Bruna Martins Moreira da Silva, Caroline Prado Giroto, Patrícia Werlang Schorn Dutra, Bruno Vilalva Mestrinho</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatóide (CH) é um tumor primário raro produtor de alfa-fetoproteína (AFP) composto de células morfológicamente semelhantes ao carcinoma hepatocelular (CHC). Manifesta-se em sítios extra-hepáticos (TGI, trato urinário, pulmão). O diagnóstico dar-se-á pela biópsia. Usualmente há metástases para o fígado. Relata-se o caso de um paciente com manifestação de um CH em arco costal sem evidência de doença hepática; com o objetivo elucidativo devido a sua raridade.</p> <p>RELATO DE CASO: JPC, Homem, 55 anos, inicia dor em tórax posterior com fator de piora à movimentação do membro superior esquerdo. Realiza RX de tórax com evidência de lesão única, nodular - calcificada de 4 cm. TC de tórax descreve lesão infiltrando o 5º arco costal à esquerda. Biópsia de lesão demonstrou carcinoma com diferenciação hepatóide. Revisão histológica e imuno-histoquímica mostrou padrão trabecular, células poliédricas eosinofílicas com produção de bile, presença de pCEA, CK7 negativo, e CK20 negativo, confirmaram o padrão hepatóide. Estadiamento e definição do status da lesão por PET-CT. Iniciado tratamento neoadjuvante com Sorafenib 400 mg/dia. Após 3 ciclos, o PET-CT evidencia-se necrose da lesão, demonstrando resposta terapêutica ao inibidor da tirosina quinase. Opta-se pela ressecção da neoplasia com margens livres pela equipe da cirurgia torácica. Está em acompanhamento clínico sem evidência de lesão recidivante ou metastática há 3 anos e 2 meses.</p> <p>DISCUSSÃO: O CH é um tumor raro, cujas características histológicas e imuno-histoquímicas se assemelham ao CHC. Fisiopatologia do CH é a formação de massa de tecido hepático de padrão ectópico em locais como vesícula biliar, ligamentos hepáticos, omento, retroperitônio e tórax. É normalmente identificado em pessoas de 35 a 78 anos. A descoberta do tumor em grande parte é acidental. Sintomatologia é compressão, dor e sangramento. Critérios de diagnóstico anatomopatológico: Células com citoplasma abundante eosinofílico, e imuno-histoquímica positiva para alfa-fetoproteína (AFP) ou a presença de Hep-Par 1. O CHC e o CH têm várias características clínico-patológicas em comum, a diferenciação se dá pela imuno-histoquímica. Um dos diagnósticos diferenciais de um CH primário é uma metástase de CHC. A AFP, proteína do soro fetal, é sintetizada no fígado, saco vitelínico e intestino. Carcinomas hepatóides, independentemente da produção de AFP, apresentam pior prognóstico do que carcinomas produtores de AFP sem características hepatóides, devido ao seu comportamento agressivo. O tratamento ainda não é protocolado. Utilizou-se Sorafenib pelo seu papel antineoangiogênico. Adjuvância com quimioterapia e radioterapia é eficaz em casos de doença residual, recorrente e metastática. Apesar da raridade, agressividade e prognóstico ruim, paciente encontra-se assintomático.</p>	<p>PO 645-2</p> <p>MIXOFIBROSSARCOMA DE TÓRAX: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Gerson Sardella Delsin, Gilmar Felisberto Junior, Claudio José Rubira</p> <p><i>Universidade de Marília - Marília - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O mixofibrossarcoma é uma neoplasia maligna de origem fibroblástica com prevalência aumentada em idosos, apresentando-se como nódulos ou tumores que podem se estender à derme e músculo esquelético, preferencialmente nos membros e raramente acometem o tórax.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 42 anos, sexo masculino, com queixa de dor na cintura escapular esquerda há cerca de 3 meses. Na avaliação inicial além da dor apresentava massa endurecida na região da escápula esquerda. Não havia história de trauma prévio. Ao exame, notou-se lesão expansiva, com cerca de 20 cm, endurecida, com alguns pontos fibroelásticos, fixa e indolor. Foi realizada uma tomografia do tórax que mostrou lesão heterogênea, com infiltração nos tecidos adjacentes. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica da lesão, com margem de segurança. A ressecção se estendeu profundamente até a região intercostal, anteriormente até a borda do grande dorsal e posteriormente até os músculos eretores da espinha. A evolução pós-operatória foi satisfatória com alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. Após a confirmação do diagnóstico, foram realizadas 30 sessões de radioterapia e, até o momento, não há sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O mixofibrossarcoma (MFS) é um subtipo único de sarcoma dos tecidos moles, frequentemente caracterizado por um padrão difusamente infiltrativo. As proporções variadas de elementos histiocíticos e fibroblásticos são responsáveis pelo amplo espectro morfológico desse tumor. Compreende lesões fibroblásticas malignas com estroma mixóide variável, pleomorfismo, padrão vascular distintivamente curvilíneo e um número variável de células inflamatórias. Representa aproximadamente 5% dos diagnósticos de sarcoma de tecidos moles, afetando principalmente membros. As lesões normalmente surgem como uma massa indolor, aumentando lentamente, e podem ser classificadas em duas categorias: superficial e profunda. As superficiais se localizam na camada dérmica ou subcutânea, enquanto as profundas são intramusculares ou subfasciais. A base do tratamento é cirúrgica, tendo como ideal a ressecção completa em monobloco do tumor com ampla margem de segurança de 2 a 4 cm. A cirurgia isolada é suficiente para a maioria das lesões de baixo grau, sendo a radioterapia indicada nos sarcomas de alto grau com mais de 5 cm, os operados com margens comprometidas ou menores do que 1 cm. O uso da quimioterapia é controverso. O tamanho, grau histológico do tumor primário e o estado das margens cirúrgicas são fatores intimamente relacionados com as chances de recidivas locais e de metástases a distância. A sobrevida em 5 anos desses paciente pode variar de 90% (estádio I) até 10% (estádio IV).</p>

PO 645-3	PO 647-3
<p>TUMOR DESMOIDE: RELATO DE CASO</p> <p>THAIS ROCHA DE SENA, ROCHA DE SENA, TAYNAN FERREIRA VIDIGAL, DOUGLAS DE ARAUJO RESENDE E SOUZA, DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND</p> <p><i>HOSPITAL FELICIO ROCHO - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor desmoide tem origem no tecido conjuntivo das aponeuroses músculo-esqueléticas. Possui exuberante crescimento loco-regional e altos índices de recidiva (25-77% ao ano). Ocorre mais frequentemente em mulheres, em idade reprodutiva, principalmente durante a gravidez ou período puerperal. Além de haver possível associação com trauma local e estímulo hormonal. Há relação com a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF).</p> <p>RELATO DE CASO: VLS, 34a, feminino, gestante (15 semanas), identificado massa abdominal a ultrassonografia e realizado ressecção nuclear magnética que definiu volumosa lesão em retroperitônio, de cerca de 17cm em maior diâmetro. História de gastroplastia (by-pass gástrico) há 4 anos. Internou no Hospital Felício Rocho para abordagem, quando foi realizado laparotomia com exérese de tumor retroperitoneal. Na avaliação de cavidade, foram identificados implantes em topografia de cólon transversal, próximo a flexura esplênica e em região próxima a válvula íleo cecal. Enviado peça cirúrgica para anatomopatológico que descreveu a como lesão mesenquimal caracterizada pela proliferação de células fusiformes, fortalecendo a suspeita clínica de tumor desmoide.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor desmoide corresponde a 0,03% de todas as neoplasias. A incidência estimada é de 2-5 casos por milhão de pessoas por ano. A maioria dos tumores é de crescimento lento, não metastatizante, localmente agressivo, que invade tecidos e órgãos ou comprime estruturas. O miofibroblasto é a célula considerada responsável pela origem do tumor. Os mecanismos do desenvolvimento e regulação do seu crescimento não são conhecidos. Há evidências de que hormônios, especialmente os estrogênios, possam participar desses mecanismos. Há maior incidência de tumor em mulheres durante sua vida reprodutiva, pela aparente tendência dos tumores a se desenvolverem durante a gestação ou logo em seguida, pelo seu ocasional desaparecimento após a menopausa ou ooforectomia. Infelizmente, algumas lesões progredem para múltiplas recorrências seguidas de várias ressecções cirúrgicas. O diagnóstico é feito pelo exame histopatológico. E não é indicado biópsia percutânea. Tratamento de escolha é cirúrgico e os tumores irrecorríveis podem ser submetidos a radioterapia. Aínes, drogas antiestrogênicas, imunossuppressores, corticóides tem sido utilizados. Conclusão: Apesar de não metastatizar, o tumor desmoide é invasivo localmente e pode causar consequências graves ao paciente. Apesar de existirem várias alternativas terapêuticas, a maioria ainda não possui comprovação científica de seus benefícios e malefícios, sendo assim, há a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o assunto para que o paciente seja curado o mais rápido possível e que não ocorram recidivas, comuns nesse tipo de neoplasia.</p>	<p>APENDICITE AGUDA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE APENDICE CECAL</p> <p>Amanda Luíza Aguiar Taquary Alvarenga, Renata Bonfim de Lima e Silva, Carolina Alencar Ferreira, Ana Clara Guerreiro Araújo Gouvêa, Anna Beatriz Salles Ramos, Talita Brigel, Hélio Borges de Sousa</p> <p><i>UnICEUB e Hospital Home - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias mucinosas apendíceicas (NMAs) são um grupo heterogêneo de tumores raros, representando menos de 1% de todos os cânceres de apêndice. Tal afecção apresenta potencial maligno e curso clínico variável de acordo com o estágio da doença, o qual será determinado pela sintomatologia e pelas características histológicas. Sabe-se que NMAs em estado inicial costumam ser diagnosticados incidentalmente em associação com quadro de apendicite, ao passo que, em estados avançados, o paciente apresenta dor abdominal, perda de peso e distensão do abdome relacionada ao acúmulo de mucina no espaço peritoneal. Quanto à histologia, nota-se que NMAs bem diferenciados demonstram melhor prognóstico do que os tumores pouco diferenciados. O tratamento ainda não está bem definido, tumores de baixo grau costumam ser abordados cirurgicamente com ressecção do sítio primário ou revascularização peritoneal, enquanto neoplasias em estágio avançado são majoritariamente tratadas com cirurgia de citorredução e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 75 anos, portadora de hipotireoidismo e com história de linfoma não-hodgkin há 30 anos queixa-se de dor abdominal sugestiva de apendicite aguda. Associada à queixa, apresentou achado tomográfico de alteração apendicular e, ao inventário cirúrgico, foi encontrado apêndice túrgido com grande quantidade de secreção mucinosa. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações significativas. O exame histopatológico de fragmentos do apêndice evidenciou quadro morfológico de neoplasia mucinosa de baixo grau, com estadiamento patológico pT3 e áreas de ressecção proximal e mesentérica livres de neoplasia.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem terapêutica indicada para as neoplasias mucinosas de baixo grau é controversa. Nos casos em que se estende além da mucosa até a parede do apêndice, porém, sem lesão infiltrativa e atípica, há indicação em realizar cirurgia de revascularização associada a quimioterapia adjuvante sistêmica. Nos casos em que há atípia e lesão infiltrativa, é indicada a citorredução cirúrgica associada a quimioterapia adjuvante intraperitoneal. No relato em questão, a paciente não faz parte do grupo de maior incidência, por ser idosa e apresentar sintomas inespecíficos. Além disso, de acordo com o estadiamento da neoplasia (pT3) e devido à ausência de infiltração, a terapia indicada é conservadora, contudo, há chances de recidiva. Na literatura, foi demonstrado que neoplasias de baixo grau com apresentações clínicas incomuns tratadas com citorredução cirúrgica e quimioterapia adjuvante intraperitoneal apresentaram melhor prognóstico. Diante do exposto, conclui-se que o cirurgião deve conhecer a neoplasia mucinosa de apêndice como um diagnóstico diferencial de apendicite, definir melhor conduta de acordo com a especificidade de cada caso, uma vez que tal neoplasia maligna apresenta bom prognóstico a depender da abordagem terapêutica.</p>
<p>PO 648-1</p> <p>HEPATECTOMIA DE VOLUME LIMITROFE COM ESCOLHA DE TÉCNICA ALPPS MODIFICADA NO TRANSOPERATORIO: RELATO DE CASO</p> <p>Joao Victor Guimarães Almeida, Gustavo Heimerdinger, Lizandra Dalla Barba Costa, Lucas Feijó Pereira, Ricardo Cechin Garay, Eduardo Townsend, Marthina Bastos de Moraes</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No Brasil a estimativa é de que ocorram 36.360 novos casos de tumores colorretais anualmente. O fígado é o principal foco de metástases, cerca de 25% dos pacientes com tumores colorretais apresentarão metástases hepáticas já no momento do diagnóstico. Destes 20-30% são considerados potencialmente ressecáveis. Dentre as técnicas relatadas, uma recentemente descrita é a chamada "ligadura da veia porta associada à transeção para hepatectomia em dois estágios" (ALPPS), especialmente para pacientes onde a quantidade de parênquima restante nos estudos de imagem fica abaixo dos 20 a 30% indicados. O objetivo do seguinte relato é mostrar que a técnica ALPPS é uma opção viável de ser tomada no transoperatório onde é percebida quantidade de parênquima hepático abaixo do esperado conforme exames prévios ao procedimento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 55 anos submetido à retossigmoidectomia por adenocarcinoma de sigmóide sub-ocluido em abril de 2015. Estadiamento: T3N1bM1 (metástases hepáticas não ressecáveis). Após realizar 12 ciclos de quimioterapia com FOLFOX foi avaliado, convertido para potencialmente ressecável. Foi submetido à hepatectomia em 2016 com ressecção dos segmentos III, VI e VII, além de múltiplas nodulectomias, posteriormente realizou novamente quimioterapia. Em meados de 2018 apresentou nova recaída hepática, sendo novamente submetido a quimioterapia, mantendo a doença estável. Foi indicada ressecção cirúrgica. Embora exames pré-operatório de volumetria apresentassem valores de volumetria do fígado residual suficiente para ressecção, após clameamento vascular hepático e delimitação das zonas de isquemia do parênquima, observou-se que a zona de isquemia foi maior, tornando o volume residual menor e, portanto, insuficiente. Optou-se por ligadura da veia porta esquerda e hepatotomia entre o segmento IV e os segmentos V e VIII com reabordagem em 14 dias, após hipertrofia dos segmentos hepáticos remanescentes. No segundo tempo operatório do ALPPS foi feita ligadura da artéria e veia hepáticas esquerda e totalização da hepatectomia esquerda, permanecendo os segmentos V, VIII e o lobo caudado. Paciente não apresentou complicações e teve boa evolução pós operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico é a única forma potencialmente curativa para metástases hepáticas, contudo é necessário levar em conta a função e o volume que ficam restantes após a ressecção do tecido afetado. A escolha do ALPPS modificado, clameando o pedículo portal esquerdo, foi feita visando hipertrofia do setor anterior direito e posterior hepatectomia esquerda, uma vez que, o volume hepático remanescente seria mínimo além de ser uma hepatotomia extrema em tempo único, se diferenciando da técnica clássica de ALPPS onde é realizada a ligadura da porta direita e secção hepática no ligamento falciforme, mantendo os segmentos II e III.</p>	<p>PO 648-2</p> <p>SARCOMA DE EWING TORÁCICO: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE DO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL, RS</p> <p>Alessandra Bassani, Darcy Ribeiro Pinto Filho, Alexandre José Gonçalves Avino, Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, André Rombaldi, Vitor Maineri Pinto, Bruno Maineri Pinto, Diego Vitor Barbosa Fernandes</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os sarcomas são tumores oriundos de células de origem mesenquimal e representam 1% das neoplasias, sendo especialmente encontrados nas extremidades e retroperitônio. Os sarcomas primários de tórax são raros, sendo 5% de todas as neoplasias torácicas. Dentre eles, se encontra o sarcoma de Ewing, tumor neuroectodérmico primitivo, altamente agressivo, que varia de espectro menos diferenciado até variantes com evidência de diferenciação neuroectodérmica (pNET).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 15 anos, previamente hígido, procurou atendimento por dor em hemitórax direito há cerca de dois anos, associada à dispnéia progressiva e episódios de febre. Ao exame físico apresentava tórax assimétrico, diminuição da expansibilidade à direita, além de murmúrios vesiculares abolidos e maciez a percussão. Realizada investigação inicialmente com radiografia de tórax, que mostrou volumosa opacidade em hemitórax direito, seguida por tomografia computadorizada (TC), que revelou uma formação expansiva heterogênea acometendo o hemitórax direito, com 18 cm em seu maior eixo totalizando 2680 cm³, causando atelectasia quase total do pulmão e desviando as estruturas mediastinais. Tal lesão era associada a derrame pleural e causava erosão em quinto arco costal direito, sem plano de clivagem. Foi levado a videotoroscopia com drenagem pleural e biópsia incisional. O líquido foi positivo para células malignas redondas e azuis e a imunohistoquímica apontou sarcoma de Ewing. Decidiu-se por quimioterapia neoadjuvante, e após quatro meses a TC de re-estadiamento identificou boa resposta, com redução expressiva da lesão (7 cm no maior eixo). Foi submetido a toracotomia lateral direita, que identificou volumosa massa tumoral invadindo a porção lateral do quinto arco costal direito, levando a toracotomia com amplas margens e segmentectomia não-anatômica por invasão pulmonar da lesão. A reconstrução da parede foi feita com tela de polipropileno. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta 10 dias após o procedimento. O anatomopatológico confirmou sarcoma de Ewing, sendo a lesão completamente excisada. Seguiu o tratamento com terapia adjuvante, quimio e radioterapia, até o momento sem queixas torácicas e sem evidência de recidiva e/ou metástases.</p> <p>DISCUSSÃO: O sarcoma de Ewing torácico é considerado raro e altamente agressivo. O caso relatado envolveu terapia multimodal com neoadjuvância, cirurgia, reconstrução e adjuvância e até o momento vem mostrando boa evolução. Por ser mais prevalente na infância, torna seu manejo ainda mais desafiador, devendo estar entre os diagnósticos diferenciais dos tumores torácicos.</p>

PO 648-3	PO 649-1
<p>TUMOR FIBROSO SOLITARIO RETROPERITONEAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>LUIS GUSTAVO RESENDE RODOVALHO, LUCAS SANTOS BRAVIN, MARIANA ORATE MENEZES DA SILVA, MATHEUS PRADO SEVERINO, GUSTAVO COLOMBO CABRINI, JOAO CARLOS DE ANDRADE CORREIA, UGO VICENTE DE OLIVEIRA COUTO, MARCELO HIGINO CHAVES</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA - UNIFIPA - CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ALBINO - CATANDUVA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia mesenquimal rara (prevalência de 2/100.000), com igual distribuição entre os sexos, incidindo principalmente entre os 40 e 70 anos. A pleura é o principal local (30-40% dos casos) com ampla gama de inserções extra-pleurais. O TFS retroperitoneal é raro, com poucos relatos na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: S.S.A.A., feminina, 45 anos, parda, referia abaulamento em região de hipocôndrio (HC) esquerdo há oito meses. Procurou serviço de saúde, sendo realizada ultrassonografia (USG) de abdome com massa retroperitoneal esquerda, heterogênea e volumosa. Encaminhada ao ambulatório de Oncologia Cirúrgica em Catanduva, tendo evoluído com dor abdominal difusa, baixa intensidade, intermitente. Sobre história prévia: portadora de hipertensão arterial (HAS), sem vícios, com linfoma tratado há 13 anos com quimio (QT) e radioterapia (RT), e três cesáreas prévias. Filha adotiva, desconhecendo histórico familiar. Ao exame físico, massa palpável, endurecida e imóvel em HC e flanco esquerdo. Submetida a tomografias de tórax e abdome contrastadas, evidenciando massa heterogênea, contornos lobulados, calcificações internas, medindo cerca de 20,3x16,2x11,0cm em HC e flanco esquerdo, promovendo efeito compressivo no baço e rim ipsilateral e associado a estruturas vasculares calibrosas, aumento linfonodal local. Foi submetida a biópsia com agulha grossa guiada por USG. O anatomopatológico (AP) resultou em neoplasia imatura de aspecto mesenquimal, compatível com sarcoma de baixo grau. Ao imuno-histoquímico (IHQ): STAT6 positivo, sugerindo TFS, sem sinais de malignidade. Optado por cirurgia eletiva. No ato operatório, realizado incisão longitudinal xifo-púbica e transversal supra-umbilical, com achado de tumoração associada à neovascularização de grosso calibre em íntimo contato com rim esquerdo, ocasionando efeito compressivo de rim esquerdo, baço e cólons transverso e descendente. Durante ressecção tumoral houve sangramento volumoso, com necessidade de transfusão de cinco concentrados de hemácias, sete de plaquetas, sete unidades de crioprecipitado, duas de plasma e DVA. Além disso, realizada nefrectomia esquerda. Apresentou boa evolução clínica em UTI (5 dias), enfermária (3 dias) e segue em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O TFS se apresenta como massa abdominal palpável, podendo desenvolver sintomas obstrutivos urinários e gastrointestinais. Geralmente, tumores menores de 20cm são assintomáticos. O diagnóstico pode ser considerado a partir de exames de imagem, porém, são confirmados por análise histológica. A ressecção completa da lesão é sua melhor forma de análise. O imuno-histoquímico é útil para o diagnóstico, com expressão do marcador STAT6 sendo altamente sensível e específico para TFS. Geralmente indolente, com baixo grau de recidiva ou metástase. A ressecção cirúrgica é a base terapêutica para os tumores localizados. QT e RT não são mandatórias por falta de evidências. O seguimento deve ser realizado com exames de imagem periódicos.</p>	<p>CISTOADENOMA GIGANTE HEPÁTICO – UM RELATO DE CASO</p> <p>Marcella Resende Monteiro Prado, Alessandra Andrade Lopes, Ana Carolina Andrade Lopes, Ian Pagnussat, Sérgio Renato Pais Costa</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto hepático de origem não parasitária é uma condição rara, que afeta menos de 5% da população mundial. De caráter benigno, acomete em maior proporção as mulheres, principalmente aqueles classificados como grandes cistos. Na maioria dos casos, os pequenos cistos são assintomáticos. Em contrapartida, os grandes, manifestam-se clinicamente com dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, saciedade precoce ou, mais raramente, icterícia obstrutiva. O tratamento, em geral, é realizado para aqueles pacientes sintomáticos ou com complicações; entretanto, como 25% dos casos de adenomas hepatocelulares são relacionados à malignização, a abordagem cirúrgica torna-se uma opção terapêutica a ser considerada, especialmente nos tumores maiores que 5 centímetros.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 50 anos, procura atendimento médico devido a dor abdominal. Ao exame físico, notou-se presença de massa abdominal palpável e visível em hipocôndrio e flanco direito. Foi então solicitado exame de Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RNM) de abdome, que demonstrou lesão cística complexa de 28 x 23 cm em lobo direito hepático, com cápsula espessa hipercontrastante com áreas heterogêneas em todo o lobo direito, sugestivo de cistoadenoma hepático, além de cisto simples em lobo hepático esquerdo de 8 cm. A conduta adotada foi a abordagem cirúrgica em que evidenciou-se sofrimento de parede e perfuração do tumor. Realizou-se então isolamento do pedículo hepático direito junto ao sulco de Roviére e ligadura transfixante em bloco do pedículo direito (Takasaki Approach), além de destelhamento do cisto simples em lobo esquerdo por via aberta.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido à raridade do caso e da escassez de publicações na literatura, sendo descritos menos de 200 casos de cistoadenomas, tal trabalho torna-se de extrema relevância. O adenoma hepatocelular é um tumor benigno, cujos fatores relacionados ao seu surgimento são: O uso de contraceptivos orais, uso de esteroides anabolizantes e doenças de acúmulo do glicogênio. Clinicamente, pode apresentar-se de 3 formas distintas: incidental, encontradas em exames de imagens de abdômen; com alterações clínicas e laboratoriais como dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrico e aumento das enzimas canaliculares. Como tal tumor, possui risco de hemorragia e de malignização e, portanto, de maior letalidade. Por isso, existem determinações condutas a serem consideradas: ressecção de todos os adenomas maiores que 5 cm, ressecção por via laparoscópica em segmentos anatomicamente favoráveis e utilizar-se da biologia molecular para relacionar o mesmo com o risco de malignização. Quando opta-se pela cirurgia, deve-se tomar precauções para manter os cistos intactos visando a não ocorrência de carcinomatose peritoneal. Além disso, é importante ressaltar que, mesmo após a ressecção cirúrgica completa, há o risco de recidiva em cerca de 10% dos pacientes, frente a 66% quando a mesma é local.</p>
<p>PO 650-2</p> <p>FISTULA BILIOPULMONAR NO POS-OPERATORIO TARDIO DE METASTECTOMIA HEPATICA</p> <p>Mayara Rios Camardella da Silveira, Daniel Reis Melo, Giovanni Lucas da Silva Golçalves, Felipe de Oliveira Vasconcelos, Wellyson Gonçalves Farias, Annya Costa Araújo de Macedo Goes, Carlos Márcio Melo de Matos, Newton de Albuquerque Alves</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Fístula biliopulmonar consiste na comunicação patológica (congenita ou adquirida) entre o trato biliar e a árvore brônquica ou entre o trato biliar e o espaço pleural. Trata-se de uma condição infrequente, tendo sido relatada pela primeira vez por Peacock em 1850. Num estudo de série de casos (n = 3608) de abscessos subfrênicos, o índice de fístulas bronco biliares foi de 10%. Já num estudo de casos traumáticos, observou-se que 2% a 4% dos traumas hepáticos causaram fístula biliar. O objetivo deste relato é o de oferecer conhecimento adicional para o diagnóstico precoce e melhor conduta em possíveis casos enfrentados de fístulas biliopulmonares.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 53 anos, no pós-operatório tardio de cirurgia de Whipple e de metastasectomia hepática por tumor neuroendócrino de cabeça de pâncreas, evoluiu com queixa de tosse e expectoração de caráter bilioso. A cirurgia de metastasectomia envolveu os lobos hepáticos VI e VII, ressecção parcial do diafragma e segmentectomia do lobo inferior do pulmão direito. A broncoscopia revelou líquido bilioso nas vias aéreas, enquanto estudo do lavado brônquico evidenciou Esclerichia coli e Klebsiella pneumoniae carbenemase. Tomografia de tórax mostrou espessamentos pleuroapicais bilaterais, nódulos pulmonares não calcificados, granulomas no lobo inferior direito e coleção de paredes espessadas, captante de contraste com focos gasosos em permeio, na transição toracoabdominal. Sob suspeita de fístula biliopulmonar, foi realizada uma toracotomia direita onde evidenciou-se aderências firmes do lobo inferior com o diafragma, fazendo-se necessário uma segmentectomia do lobo inferior direito. Paciente evoluiu no pós-operatório imediato com expansão pulmonar adequada. No 4º dia, apresentou persistência e aumento de nível hidroaéreo no hemitórax direito associado a febre. Foi feita antibioticoterapia com piperacilina - tazobactam por 14 dias. Três semanas após a cirurgia, exames radiológicos e laboratoriais seriados mostraram persistência de coleção pósterior inferior no hemitórax direito. Foi realizada pleurostomia, sem complicações. Com melhora clínica, laboratorial e radiológica, a paciente recebeu alta 7 dias após a pleurostomia.</p> <p>DISCUSSÃO: A biliopneumia é um sinal muito específico para fístula biliopulmonar. Esta, por sua vez, é uma complicação comumente secundária a ressecções hepáticas, cistos hidáticos, abscessos amebianos e neoplasias. As intervenções cirúrgicas, como a realizada neste caso relatado, podem causar lesões e cicatrizações nos ductos biliares, ocasionando uma formação de bilioma e abscesso que causa erosão ascendente até o espaço pleural ou parênquima pulmonar. 70% dos casos de fistulização biliopulmonar se resolvem espontaneamente. Porém, nesse caso, não houve melhora e, devido à extensão das alterações radiológicas evidenciadas e da infecção sobreposta, optou-se pela realização do tratamento cirúrgico definitivo e do seguimento clínico até a resolução do quadro.</p>	<p>PO 650-3</p> <p>MESOTELIOMA PERITONEAL CÍSTICO BENIGNO: RELATO DE CASO</p> <p>MARCOS DANIEL DE SOUZA XAVIER, EDNALDO DE SOUZA SILVA, DAVID RICARDO LIMA CARNEIRO, SAMARA DUARTE OLIVEIRA, FERNANDA FACINCANI MEDEIROS BEZERRA, VANESSA DE FRANÇA DOMINGOS, VICTOR JUDISS LUMES, LAÍS FERREIRA DA CRUZ</p> <p><i>Fundação Hospital do Acre - Fundhacre - RIO BRANCO - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O mesotelioma peritoneal cístico benigno é uma entidade pouco comum e de etiologia desconhecida, o procedimento cirúrgico é diagnóstico e curativo. Devido a raridade do tumor, a maioria das informações disponíveis na literatura estão descritas em relatos de caso. O mesotelioma é um tumor que ocorre no mesotélio, epitélio pavimentoso simples componente do revestimento de cavidades corporais, como as superfícies serosas. Portanto, tumorações nesse tecido podem ocorrer principalmente na pleura pulmonar, pericárdio e peritônio. A proliferação celular pode ser benigna ou maligna, e a diferenciação entre as entidades é feita através de exame imuno-histoquímico e análise histopatológica.</p> <p>RELATO DE CASO: Neste artigo é descrito o caso da paciente LFK, 40 anos, do sexo feminino, que deu entrada no hospital das clínicas de Rio Branco – AC (HC – AC) com história de dor abdominal, com início há aproximadamente 2 anos, associada à massa palpável em baixo ventre e aumento do volume abdominal no mesmo período. Após tomografia de abdome total com contraste venoso indicando volumosa lesão expansiva cística multiseptada, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora com biópsia incisiva de lesão multicística abdominal, confirmando o diagnóstico de mesotelioma benigno peritoneal pelos resultados dos exames imuno-histoquímico e anatomopatológico. Em nova abordagem cirúrgica, foi laparotomia exploradora com ressecção de massa intra-abdominal (+/- 7,055 kg). A descrição cirúrgica incluiu ainda peritonectomia e omentectomia, devido implantes da lesão com biópsia de peritônio parietal em flanco e fossa ilíaca direita, lesão volumosa multiseptada cística com região de fibrose em reto alto, parede posterior de útero e vagina.</p> <p>DISCUSSÃO: O procedimento cirúrgico é utilizado tanto para diagnosticar quanto para tratar o mesotelioma peritoneal benigno. A citorredução completa retira o tecido tumoral aparente e pode-se realizar ou não remoção de estruturas adjacentes, a depender da extensão da doença e do acometimento tecidual. O tratamento adequado, instituído a partir da particularidade de cada tumor, reduz as chances de reincidência da doença e dos sintomas, se estiverem presentes. Existem ainda, autores que recomendam um tratamento mais agressivo, pela chance de malignização do tumor, em que além da citorredução completa, é realizado quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. O tratamento mais conservador, que consiste no acompanhamento de pacientes assintomáticos sem intervenção cirúrgica, também foi descrito na bibliografia. Em qualquer abordagem escolhida, enfatiza-se a importância do acompanhamento regular do paciente. No caso deste relato, a cirurgia oncológica definiu que no momento não há mais conduta cirúrgica e encaminhou a paciente para o serviço de oncologia clínica, que definiu a conduta de seguimento e observação da paciente em consultas trimestrais no primeiro ano.</p>

PO 651-2	PO 651-3
<p>RETIRADA DE PARAGANGLIOMA MADIASTINAL EM SINDROME DE CARNEY STRATAKIS</p> <p>ANDRE ROMBALDI, Darcy Ribeiro Pinto Filho, Alexandre José Gonçalves Avino, Bruno Maineri Pinto, Vitor Maineri Pinto, Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, Alesandra Bassani, Scheila Dos Santos Cardoso</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Carney-Stratakis, também conhecida como diáde de Carney-Stratakis, é um distúrbio autossômico dominante com penetrância incompleta. Caracterizada pela diáde de GISTs (associados a mutações germinativas em subunidades do gene SDH) e paragangliomas (simpático ou parassimpático, 73% múltiplos), muitos são atribuídos à linhagem germinativa de mutações SDHB, SDHC ou SDHD (este último é indicada avaliação pra doença disseminada). Maioria dos casos presentes na infância. Devendo ser diferenciada da Tríade de Carney (GIST, Paraganglioma e condroma pulmonar).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 11 anos, com diagnóstico de Síndrome de Carney-Stratakis, em acompanhamento anual da doença. Com história de gastrectomia parcial para retirada de GIST multifocal em 2016 e videotoroscopia para retirada de paraganglioma mediastinal em 2017. Procura atendimento ambulatorial devido queixa de dor abdominal e dispnéia aos pequenos esforços. Sem outros sintomas relatados. Realizada TC de tórax e abdômen total, mostrando formação nodular (2,6x1,9 cm) localizada em mediastino anterior em íntimo contato com artéria pulmonar direita e aorta ascendente, porém com plano de clivagem definido. Também apresentando nódulo em segmento anterior do lobo superior direito indeterminado. Realizada toracotomia/esternotomia, com retirada das duas lesões mostradas no exame de imagem e colocado dreno de tórax à direita. Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, com retirada precoce de dreno e alta hospitalar no 8º dia pós-operatório. Paciente retorna ao ambulatório de cirurgia torácica após duas semanas, sem queixas, ferida operatória com bom aspecto. Confirmando diagnóstico de paraganglioma em anatomo-patológico de tumor mediastinal. Paciente encaminhado para oncologia pediátrica para seguir acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Carney-Stratakis é uma condição rara, que acomete igualmente ambos os sexos, caracterizada por presença de GISTs e Paragangliomas. Existindo poucos casos relatados. Seu espectro clínico é muito amplo, com sintomas muitas vezes relacionados à localização dos tumores. Apesar da baixa incidência, mostra-se como importante diagnóstico diferencial, principalmente em pacientes jovens. Seu diagnóstico é efetuado principalmente por exames de imagem e posterior biópsia das lesões. Ainda não existem medicamentos que mostrem benefícios no tratamento da síndrome, sendo a cirurgia a principal escolha terapêutica. Necessitando de acompanhamento frequente devido às chances de recidiva da doença.</p>	<p>TERATOMA MADIASTINAL GIGANTE EM ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO</p> <p>AYDER ANSELMO GOMES VIVI, RENATA BURASCHI ANTUNES, MARIANA ORATE MENEZES DA DA SILVA, JOSÉ ALBERTO FERNANDES DA SILVA FILHO, BEATRIZ MARTINHÃO HIGA, MARCELO YUHITI OGASAWARA, JOAO PAULO GILIOI</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Catanduva - Catanduva - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os teratomas tem origem nas células germinativas com componentes remanescentes da ecto, meso e endoderma. Os extragonadais são raros (2-10% dos germinativos) e predominam em homens (90%), dentre eles o mediastino é o mais frequente em adultos e adolescentes de 15 a 35 anos (75% dos casos), seguido de glândula pineal e sacrococcígea. Após os timomas, são os tumores mais frequentes do mediastino anterior (8-13%). Os sintomas são raros e se dão por compressão ou invasão de estruturas adjacentes. Os mais comuns são: dispnéia(25%), dor torácica(23%), tosse(17%), febre(13%), perda de peso(11%), síndrome de oclusão da veia cava superior (6%)e dor extratorácica(5%). O prognóstico é favorável com o tratamento cirúrgico, sendo rara sua malignização. O caso relatado abaixo foi gerador de discussões quanto às possibilidades terapêuticas e suas consequências pós operatórias.</p> <p>RELATO DE CASO: L.N.G., 15 anos, feminina, admitida em pronto atendimento após quadros recorrentes de tosse não produtiva e dispnéia aos pequenos esforços. Negava febre, dor e demais queixas. Bronquite na infância, sem necessidade de internações prévias, G1P1, lactante, parto normal há 9 meses, sem outros antecedentes dignos de nota. Ao exame físico: dispnéia, ausculta com murmúrio diminuído em base pulmonar direita sem ruídos adventícios, submaciação à percussão. Radiografia de tórax: condensação pulmonar e imagens atípicas em tórax à direita. A tomografia de tórax evidenciou: massa heterogênea sólido-cística medindo 29,9 x 18,6 x 16,5 cm(CC x AP x L), com volume estimado em 4.771,6cm³, ocupando grande parte da cavidade torácica e de hipocôndrio direito, compressão de estruturas adjacentes, desvio contralateral de mediastino e colapso de brônquio fonte direito com redução volumétrica e atelectasia de parênquima do pulmão ipsilateral. Componente cístico predominante com septações grosseiras e calcificações internas, parte sólida composta por tecidos de densidade óssea, gordura e partes moles, realce ao contraste. Foi realizada toracotomia póstero-lateral direita evidenciando massa torácica de grande volume, aderida e comprimindo átrio direito e anterior à veia cava superior, sem infiltração pericárdica ou linfonodomegalias. Foi realizado aspiração de conteúdo cístico(5 litros) e dissecação da massa remanescente de forma lenta para evitar síndrome de reperfusão. Pesado 11kg(dentre conteúdo cístico e sólido). O anatomopatológico evidenciou tumor compatível com teratoma maduro de tecido cartilaginoso e neural.</p> <p>DISCUSSÃO: O teratoma maduro é o mais comum dos teratomas mediastinais gigantes. Frequentemente estão aderidos às estruturas ao redor, são calcificados, com parede fibrosa e bem delimitados. A suspeição diagnóstica deve proceder com exames complementares, sendo a tomografia de tórax o exame de imagem preconizado. A cirurgia é o tratamento de escolha, indicada para pacientes assintomáticos ou sintomáticos, com bom prognóstico e sendo a única opção curativa, se ressecção completa.</p>
<p>PO 652-1</p> <p>RELATO DE CASO: HEMOBILIA POS TRAUMA HEPATICO</p> <p>João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso, Renata Tiemi Moreira de Resende, Cassia Rafaela Leão Brito, Gabriela Cotta Lipiani, Bianca Borges, Bruno Henrique Alvarenga, Rodrigo Muzzi de Oliveira Safe, Eduardo Nacur Silva</p> <p><i>SANTA CASA BELO HORIZONTE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: INTRODUÇÃO: A hemobilia, é considerada uma rara causa de sangramento agudo do trato gastrointestinal, caracteriza-se pela exteriorização de sangramento pela via biliar devido à sua comunicação com vasos hepáticos e tem como principais etiologias a manipulação do trato biliar, trauma abdominal penetrante ou contuso, tumores hepatobiliares, abscesso hepático, colestíase e colecistite. Embora não seja normalmente encontrada, a tríade clássica da hemobilia caracteriza-se por sangramento intestinal, icterícia e dor em hipocôndrio direito, podendo se somar a este quadro clínico, colestase ou mesmo sepse biliar decorrente da coagulação sanguínea no sistema biliar.</p> <p>RELATO DE CASO: RELATO DE CASO: Paciente S.L.M 33 anos vítima de trauma abdominal contuso no dia 29/12/18, atendido em serviço hospitalar local onde realizou TC contrastada que evidenciou lesão traumática hepática grau III, com Blush em segmento VIII e distensão da vesícula biliar, optada por conduta conservadora, sendo liberado para domicílio após 24 horas de observação. Evoluiu com dor abdominal, melena, hipotensão e sudorese sendo readmitido no serviço hospitalar dia 03/01/19 e realizados exames laboratoriais (Hb:6,07 TGO:186 TGP:358) e nova TC de abdome que demonstrou estabilidade da lesão. Durante a internação manteve hemorragia digestiva com repercussão hemodinâmica e hematimétrica sendo necessárias hemotransfusões sequenciais. Realizada nova TC de abdome em 09/01 com aumento das dimensões da lesão traumática hepática. Realizada EDA dia 14/01 que evidenciou resíduos hemáticos na segunda e terceira porção além da papila duodenal. Prescrita antibioticoterapia para colangite com ciprofloxacino e metronidazol por nove dias, sem melhora clínica e laboratorial. Necessitou de nova hemotransfusão e foi transferido para Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, onde foi admitido no dia 18/01, e submetido a embolização de ramos fistulosos. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebeu alta no dia 28/01. MÉTODO: Trata-se de um estudo tipo relato de caso com revisão de literatura.</p> <p>DISCUSSÃO: DISCUSSÃO: Apesar de se tratar de uma rara patologia, a hemobilia representa um diagnóstico importante em pacientes traumatizados com quadro de dor abdominal e sangramento gastrointestinal. A rápida identificação deste quadro bem como a implementação do tratamento adequado é essencial para o correto manejo da patologia, visto que a terapêutica abrange métodos muitas vezes indisponíveis nos serviços hospitalares do nosso país, necessitando muitas vezes de transferência dos pacientes para serviços de referência.</p>	<p>PO 652-2</p> <p>HEMANGIOPERICITOMA PLEURAL: RELATO DE CASO DE UM TUMOR RARO COM SITIO DE APRESENTAÇÃO INCOMUM</p> <p>LORENZO CATUCCI BOZA, THOMÁS PAIVA LIMA DIAS, FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES, THIAGO PINTO MENDES, AIRTON SCHNEIDER, MARIA TEREZA RUIZ TSUKASAN, JAYME OLIVEIRA RIOS, JOSE ANTONIO LOPES FIGUEIREDO PINTO</p> <p><i>Hospital São Lucas da PUC-RS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Existe uma grande diversidade de diagnósticos diferenciais quando nos deparamos com uma neoplasia primária de pleura, sendo a mais comum o mesotelioma maligno, uma apresentação bastante agressiva. Neste relato de caso, nós examinamos os tumores localizados de pleura (TLP), os quais se apresentam raramente com comportamento de baixa malignidade. Diante da mudança prognóstica significativa, este tipo de tumor deve ser sempre aventado como hipótese diagnóstica, tendo em vista a relevância em termos de prognóstico e tratamento específico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 61 anos, ex-tabagista, sem comorbidades. Sem história familiar de neoplasia. Apresentava quadro de cansaço aos médios esforços e dor torácica em hemitórax inferior esquerdo, sem dispnéia, tosse ou perda de peso, apresentando nódulo pleural no hemitórax inferior esquerdo, com densidade de partes moles, com pequena calcificação excêntrica medindo 3,3 cm, encontrado em tomografia computadorizada (TC) de tórax (30/08/19). Ressonância magnética (RM) de tórax (18/10/18) demonstrou massa pleural de contornos bem definidos, medindo cerca de 3,1 x 1,5 cm, com densidade heterogênea sólido/cística, apresentando realce pelo meio de contraste endovenoso, situada na pleura costal posterior à esquerda, na altura do décimo arco costal, devendo ser considerada primeiramente a possibilidade de fibroma pleural no diagnóstico diferencial. TC de abdome e pelve não demonstraram lesões semelhantes ou linfonodomegalias. Paciente com boa performance status. Realizada ressecção de tumor por videotoroscopia, sem intercorrências (04/12/2018). Exame transoperatório com impressão de neoplasia constituída por células monomórficas com formação de redemoinhos, atípias discretas, cistificação central com conteúdo hemorrágico e margem de ressecção comprometida. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no 3º PO. Em revisão ambulatorial, paciente manteve-se bem, sem queixas, exceto por persistência de cansaço aos médios esforços. Exame histopatológico, associado ao perfil imunohistoquímico, compatível com um tumor fibroso solitário celular (hemangiopericitoma). Paciente em seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Os TLPs representam menos de 5% de todas as neoplasias de pleura. Lesões de características histológicas similares tem sido relatadas no mediastino, pulmões, pericárdio e coração, com subtipos tanto malignos como benignos. Sítios extratorácicos podem se apresentar no abdômen, cabeça, pescoço e sistema nervoso central, este último sendo um sítio muito mais comum de hemangiopericitomas. Radiologicamente, TLPs são massas intratorácicas de tamanho variável, apresentam-se em forma de ângulos agudos contra superfícies pleurais adjacentes. Tratamento com excisão cirúrgica é curativo na maioria dos casos, entretanto um número pequeno, mas significativo de lesões recorre, progredem para malignidade ou metastatizam, sendo necessário revisão clínica periódica.</p>

PO 652-3	PO 653-1
<p>PSEUDOCISTO DE PANCREAS COM MARSUPIALIZAÇÃO ESPONTANEA – RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Ana Virgínia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Debora Sara de Almeida Cardoso, Andrea Amália Campos Pimentel</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda consiste na inflamação do pâncreas e tecidos adjacentes, causada pela liberação de enzimas pancreáticas ativadas. O pseudocisto é considerado uma complicação tardia (após quatro semanas), que se caracteriza por coleção líquida nos tecidos peri ou intrapancreáticos, circundada por uma cápsula sem revestimento epitelial. É causado por ruptura do ducto pancreático principal ou de ramos intrapancreáticos, e o diagnóstico habitualmente é confirmado por tomografia computadorizada com contraste. O manejo dos pseudocistos depende da sua sintomatologia, topografia e tamanho, assim como das complicações associadas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 53 anos, gênero feminino, com dor em hipocôndrio direito há 7 anos com piora súbita, associada a febre, vômitos, perda ponderal e icterícia, sendo diagnosticada com pancreatite grave. Foi submetida a exame ultrassonográfico que mostrou vias biliares extra-hepáticas dilatadas, sugestiva de coledocolitíase, além de colelitíase. Após 5 dias, realizada colangiograma com ausência de dilatação das vias biliares, colédoco de 3mm, vesícula biliar com microcálculos, pâncreas heterogêneo de dimensões aumentadas, sobretudo no corpo e cauda, com sinais de infiltração da gordura peripâncreática e pequenas coleções adjacentes. Paciente foi de alta no 15º DPO, porém retornou após 15 dias por dor em epigástrico. Realizada tomografia contrastada de abdôme com presença de pseudocisto pancreático de 15x14,5cm. Foi referenciada ao serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Brasília, sendo realizado o acompanhamento do pseudocisto. Após dois meses, paciente retornou sem queixas, com nova tomografia, que mostrou coleção líquida pancreática encapsulada com trajeto fistuloso para corpo gástrico, sugerindo necrose encapsulada (Wall Of Necrosis).</p> <p>DISCUSSÃO: O pseudocisto pancreático é uma complicação tardia da pancreatite aguda, e consiste na evolução natural de 10-20% das coleções líquidas peripâncreáticas agudas que não se resolveram espontaneamente. A resolução espontânea pode ocorrer pela reabsorção do líquido, drenagem para vísceras adjacentes (como o estômago) ou até pelo próprio ducto pancreático, no período de até 1 ano. O tratamento expectante é apontado para pacientes livres de complicação e sintomas importantes, sendo a drenagem reservada para os casos que se tenha persistência de sintomas, ou em vigência de compressões, ruptura ou infecção. A necrose pancreática bem-delimitada (WON) consiste em uma área circunscrita contendo líquido e restos pancreáticos necróticos que substitui parte do parênquima pancreático e surge, tardiamente, a partir de uma área de necrose. A indicação de tratamento é similar ao pseudocisto, sendo acompanhada nos pacientes assintomáticos e com regressão espontânea em até 40% das vezes. É importante ressaltar a importância da colestectomia após a resolução do quadro agudo das pancreatites biliares para evitar possíveis recorrências.</p>	<p>HIPERTENSÃO PORTAL COMO COMPLICAÇÃO DE UM QUADRO DE ESQUISTOSSOMOSE: UM RELATO DE CASO</p> <p>Nathana do Prado Oliveira, Raissa Arcverde Borborema Mendes Dytz, Igor Diego Carrijo dos Santos, Lais Ribeiro Vieira, Ana Luiza Dias Moreira, Breno Avelar Prado, Pedro Henrique Alves Mendes, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hipertensão portal é uma síndrome hemodinâmica caracterizada por pressão venosa hepática ≥ 5 mmHg. Entre as principais complicações causadas pelo aumento da pressão hepática estão: varizes esofágicas e/ou gástricas, hemorragias digestivas, acúmulo de líquido da cavidade abdominal e hepatoesplenomegalia. Neste contexto, entre as afecções que podem evoluir com hipertensão do sistema porta está a esquistossomose, na qual é um patologia de natureza parasitária e endêmica no Brasil. Esse trabalho visa relatar um caso de cirrose hepática esquistossomática que progrediu com hemorragia digestiva alta apresentando necessidade de intervenção cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 54 anos, portador de HAS, diagnosticado há 5 anos com esclerose de varizes esofágicas por cirrose hepática esquistossomática. Realizou endoscopia digestiva alta há 5 anos que evidenciou quadro de múltiplas varizes esofágicas de médio calibre e gástricas do tipo GOV I. Nesse contexto, há dois anos houve necessidade de realizar ligadura das varizes de esfago e dos cordões gástricos junto a cárdia, na qual evoluiu com hematêmese e melena. Nessa época apresentou Hb de 4,3 g/dL necessitando ser transfundido. Refratário ao tratamento clínico, evoluiu com hepatoesplenomegalia sendo submetido a esplenectomia. Ao exame físico: BEG, hipocorado, hidratado, anictérico, acianótico, baço com parênquima homogêneo, medindo 18.3 x 13.6 cm e presença de fígado palpável 3 dedos abaixo do rebordo costal, sem sinais de irritação peritoneal. Em uso de: Propranolol 40 mg, Espiromolactona 25 mg e Omeprazol 20 mg. Após esplenectomia e ligadura das varizes em grande curvatura do estômago e periferia do baço, houve a necessidade de transfusões sanguíneas e uso de drogas vasoativas por sangramento exacerbado. Após cirurgia evoluiu com ascite, derrame pleural, anemia microcítica e hipocrômica, vômitos e infecção. Foi realizado tratamento hospitalar com uso de Unasyn, Ciprofloxacino e Metronidazol e posteriormente foi efetuado paracetamol com retirada de 5000 ml de líquido amarelo citrino, sem intercorrências. Paciente encontra-se internado sob intervenção médica.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de hipertensão portal (HP) é clínico, baseado nos sinais e sintomas manifestados pelo enfermo em conjunto com os exames complementares, como a Ultrassonografia e a Endoscopia digestiva alta. O tratamento padrão-ouro em pacientes compensados é clínico: ligadura elástica das varizes, escleroterapia e terapia medicamentosa. Reserva-se a intervenção cirúrgica para aqueles com recidivas hemorrágicas, como nesse caso relatado. Nesse contexto, existem dois objetivos durante a intervenção cirúrgica, sendo eles: reduzir a pressão dentro do sistema porta ou nas varizes e interromper o fluxo porta para o território das varizes. No decorso da esplenectomia é feito a separação ázigo-portal, visando diminuir a pressão venosa portal e as chances de possíveis hemorragias futuras. Ainda pode haver após a esplenectomia recorrência hemorrágica (66%).</p>
<p>PO 653-2</p> <p>CONDROSSARCOMA EM 9º ARCO COSTAL: RELATO DE CASO</p> <p>MAYARA RIOS CAMARDELLA DA SILVEIRA, MIKAELLE PAIVA DOS SANTOS SOUZA, GIOVANNI LUCAS DA SILVA GONÇALVES, WELLYSON GONÇALVES FARIAS, FELIPE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, ARIANE LIMA DOS SANTOS, ANNIA COSTA ARAÚJO DE MACEDO GOES, IRAPUAN TELES DE ARAÚJO FILHO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Condrossarcoma é um tipo de neoplasia maligna de tecido conjuntivo em que as células produzem e secretam matriz cartilaginosa neoplásica. Apesar de raro, é o tipo histológico mais frequente na parede torácica, que surge de novo dentro da cavidade medular e, menos comumente, como transformação maligna de tumores benignos como endcondroma ou osteocondroma. Por isso, apresentamos o seguinte caso com o objetivo de apresentar experiências adicionais no manejo dos raros condrossarcomas de arco costal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 24 anos, relatou crescimento progressivo de nodulação em hemitórax esquerdo ao longo de 5 meses, associado a perda de peso não mensurada e a dor local intensa que não cedia com analgésicos opióides. Negou hiporexia, dispnéia ou astenia. Ao exame, apresentava lesão subdérmica, pétérea, imóvel em parede torácica esquerda. Durante investigação, realizou tomografia de tórax que revelou imagem nodular calcificada em segmento basal do lobo inferior do pulmão direito medindo 0,5cm e lesão expansiva osteoblástica comprometendo o nono arco costal esquerdo, circundada por cápsula levemente hipodensa. Foi submetida à biópsia incisional da lesão que revelou ser um condroma periosteal. Foi realizada toracectomia complexa em oncologia com incisão oblíqua em parede torácica esquerda, ressecção da espessura total da parede torácica incluindo todo o tumor visível que envolvia segmento do 8º, 9º e 10º arcos costais. A reconstrução da parede torácica foi feita com tela de dupla face e fio de aço, obtendo-se um ótimo resultado estético. O tratamento ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta 6 dias após cirurgia. Entretanto, o resultado do anatomopatológico revelou que a lesão tratava-se, na verdade, de um condrossarcoma grau II (OMS 2013) com margem cirúrgica livre, sem presença de invasão perineural ou angiolinfática, e ausência de necrose.</p> <p>DISCUSSÃO: Condrossarcomas constituem um grupo heterogêneo de tumores ósseos primários e caracterizam-se por um tecido neoplásico de cartilagem hialina. Eles são a segunda malignidade óssea primária mais comum. Neoplasias primárias dos ossos da parede torácica são raras e correspondem entre 4,5% e 8% de todos os tumores de ossos, com a maioria localizada nas 5 costelas superiores. Tais sarcomas geralmente têm história natural indolente, apresentando-se como dor e tumefação. Esses tumores geralmente são radioresistentes e quimioresistentes, e o tratamento cirúrgico agressivo é necessário para evitar recidivas locais. O tratamento adequado implica ressecção ampla e margem de pelo menos 4cm, independente do grau do condrossarcoma e da localização costal ou no esterno. A maioria desses tumores crescem de forma lenta e raramente causam metástases, e possuem um excelente prognóstico depois da abordagem cirúrgica adequada.</p>	<p>PO 653-3</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMA CONTUSO SUBDIAGNOSTICADA- RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Jaqueline Santos Ribeiro, Ana Virgínia Ferreira Figueira, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Adriano Pamplona Torres, Andre Luis de Aquino Carvalho</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias diafragmáticas pode ter diversas origens, congênitas, traumáticas ou advindas de complicações cirúrgicas. As lesões causadas por trauma contuso são raras, e podem muitas vezes ser subdiagnosticadas no atendimento inicial do paciente, uma vez que lesões menores cursam com pouca sintomatologia. A identificação pode ser feita através de exames de imagem como raio X, E-FAST e tomografia computadorizada, sendo o tratamento da hérnia diafragmática preconizadamente cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente gênero masculino, 35 anos, foi encaminhado à cirurgia torácica do Hospital Universitário de Brasília em virtude de dispnéia intensa e progressiva há dois anos. História de acidente automobilístico há cinco anos, ocasião em que foi submetido a uma laparotomia branca. Desde 2014 era acompanhado pela fisioterapia respiratória e pneumologia, sem melhora clínica. Foi solicitada tomografia de tórax, que revelou volumosa hérnia diafragmática à direita, com protusão hepática para o hemitórax ipsilateral, associada a atelectasia de pulmão direito. Apresentava-se em bom estado geral, eufêmico, sem sinais de esforço respiratório, murmúrios vesiculares abolidos nos dois terços inferiores de hemitórax direito e maceizos à percussão, sem outros achados. Indicada toracotomia exploradora, porém, no intraoperatório, identificou-se volumosa hérnia diafragmática, com anel de 20x30 cm, contendo quase a totalidade do fígado, com aderências peri-hepáticas e sem possibilidade de redução pelo tórax, sendo decidido pela exploração abdominal. Após a lise de aderências, foi possível a redução hepática para cavidade peritoneal, seguido pela síntese diafragmática, e fixação de tela de polipropileno. O pós-operatório se deu inicialmente em unidade de terapia intensiva, tendo cursado com rabdmiólise, insuficiência renal aguda e respiratória. Evoluiu com resolução do quadro clínico, recebendo alta hospitalar no 19º dia pós-operatório. Atualmente em seguimento ambulatorial com a cirurgia torácica, sem novas intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões diafragmáticas por trauma contuso são bastante raras, e envolvem mecanismos de grande pressão no tórax e/ou abdome. A perfuração em si não causa risco iminente de morte, entretanto o subdiagnóstico e consequente falta de tratamento, pode ocasionar herniação de conteúdo abdominal para a cavidade torácica. As complicações desse defeito podem levar ao quadro progressivo de disfunção respiratória, além estrangulamento das vísceras acometidas, podendo causar sangramento, necrose, perfuração, entre outros. Existe um questionamento em relação à abordagem das lesões diafragmáticas à direita, sendo defendido por alguns autores que o fígado possa servir como anteparo à herniação do conteúdo abdominal, e contribuir para a cicatrização da musculatura, porém o tratamento preconizado é cirúrgico uma vez diagnosticado, com sutura primária em pontos separados. Em alguns casos, também é possível fazer uso de telas para reconstrução e reforço do músculo.</p>

PO 654-1	PO 654-3
<p>RADIOFREQUENCIA E A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR</p> <p>Rindler Souza, Kleriene Souza, Michelli Ridolfi</p> <p><i>Universidade Federal de Mato Grosso - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores malignos primários do fígado correspondem à quinta causa de câncer e à terceira causa de morte por câncer no mundo. O carcinoma hepatocelular (CHC) corresponde a 85 a 90% das neoplasias primárias do fígado, com incidência global estimada em 700 mil novos casos anuais, com grande variação geográfica, e predominante no sexo masculino. Caracteriza-se pela associação com diversos fatores de risco, entre eles fatores demográficos, hepatites crônicas virais (B e C), toxinas e fatores metabólicos. A associação com cirrose hepática também é aspecto marcante. Entretanto, o presente trabalho objetiva relatar um caso de CHC em paciente sem expressivos fatores de risco para tal patologia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente V.M.P., masculino, 40 anos, residente em Cuiabá, veio a atendimento em agosto de 2015, referindo sintomas de doença do refluxo gastroesofágico, iniciando tratamento desde então. Em março de 2016, apresentou edema em MMII e ascite que foram confundidos com sintomas de cardiopatia congestiva. Trouxe o resultado da ressonância magnética do abdômen superior evidenciou fígado com parênquima grosseiramente heterogêneo, com redução das dimensões do lobo hepático direito, aumento do lobo esquerdo e caudado, esplenomegalia, ectasia da veia cava superior e veias hepáticas com ascite leve. No mês seguinte, paciente realizou uma tomografia computadorizada evidenciando espessamento irregular da linha pleural na base de ambos os hemitórax, calcificações grosseiras de permeio; calcificação dos folhetos pericárdicos com acentuada ectasia da veia cava inferior e refluxo de contraste para as veias hepáticas. E ainda, realizou uma nova ressonância magnética diagnosticando nódulo hepático em lobo esquerdo no segmento II com 1,2 cm classificado em LI-RADS 3 (neoplasia com probabilidade intermediária de benignidade). Em novembro de 2016, em nova ressonância magnética, o nódulo no lobo esquerdo evoluiu sendo classificado em LI-RADS 4A (provavelmente carcinoma hepatocelular) porém sem evolução significativa de tamanho. Em maio de 2017 realizou ressonância magnética do abdome superior, evidenciando achados de imagem compatíveis com hepatopatia crônica com hipertensão portal apresentando varizes perigástricas e anastomose espleno-renal espontânea; nódulo hepático no lobo esquerdo compatível com pequeno hepatocarcinoma. A partir do diagnóstico do último exame, paciente foi encaminhado à gastrocirurgia e prosseguiu-se procedimento de radiofrequência guiada por ultrassom no nódulo hepático.</p> <p>DISCUSSÃO: O relato evidenciou um caso de CHC de um paciente com poucos fatores de risco para a patologia, paciente não etilista, com sorologias negativas, e portador de hepatopatia crônica possivelmente de natureza cardiogênica. Os exames de imagem iniciais detectaram nódulo hepático, em um estado anterior a um carcinoma, o que proporcionou o monitoramento de sua evolução, conferindo um melhor prognóstico ao paciente pela intervenção médica na fase inicial da neoplasia.</p>	<p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DE LEIOMIOSSARCOMA INFILTRANTE DE VEIA CAVA INFERIOR EM PACIENTE MASCULINO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Jefferson Wrublack Cuba, Giovanna Ceccatto, Amanda da Silva Anjos, Filipe Vieira Kwiatkowski, Diego Carvalho Duarte Mari, Rafael Vieira Kwiatkowski, Brenno Giovanni Hernando Vidotti</p> <p><i>Hospital do Rocio - Campo Largo - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma é uma tumoração rara que faz parte do grupo dos sarcomas e, portanto, são tumores de tecido mesenquimal. O leiomiossarcoma de veia cava geralmente atinge o segmento inferior e desenvolvendo-se na túnica média deste vaso, possuindo localização retroperitoneal. A motivação do relato de caso a seguir justifica-se devido à baixa incidência da patologia em questão e à abordagem cirúrgica empregada.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente trabalho relata o caso de um paciente do sexo masculino de 52 anos, apresentando queixa de lombalgia. Foi realizado uma ultrassonografia de abdome total que revelou massa sólida no mesogástrio e posteriormente, uma tomografia computadorizada de abdome superior indicou que a massa retroperitoneal, infrarenal, indissociável da veia cava e em contato com o duodeno com dimensões de 90x86x73 mm. O exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica indicaram sarcoma fusocelular binodular e o ecoDoppler venoso de membros inferiores bilateral demonstrou varizes bilateralmente e insuficiência de veia safena interna esquerda. A conduta de tratamento foi uma ressecção cirúrgica do tumor e extração de peça para análise anatomopatológica que mostrou um tumor estágio IIIA (T2b N0 M0). Em seguida foi iniciada a radioterapia. O paciente foi submetido a uma nova cirurgia com dissecação de vasos e do ureter direito e introdução de prótese na veia cava, já que o tumor invadia a mesma. O anatomopatológico confirmou leiomiossarcoma infiltrante de veia cava acompanhado de necrose.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor em questão é mais comum no sexo feminino e a partir da sexta década de vida, contrastando com o caso supracitado. Apresenta manifestações clínicas inespecíficas relacionadas ao abdome, como massa palpável, anorexia, perda de peso, fraqueza, vômitos, síndrome de Budd Chiari e sudorese noturna, contudo, no caso apresentado, o paciente relatava apenas o sintoma de lombalgia que é pouco descrito em literaturas atuais. O diagnóstico do tumor é feito através de exames de imagem, destacando-se a ultrassonografia, a tomografia computadorizada, ressonância magnética do abdome e a biópsia. O tratamento mais resolutivo e usado atualmente é a ressecção cirúrgica em bloco e manejo da veia cava, porém o prognóstico ainda não é favorável. Por fim, no caso descrito, a abordagem cirúrgica foi feita em dois tempos, sendo o primeiro com a retirada da tumoração e elucidação do caso e, no segundo tempo, foi realizada a ressecção de veia cava com inserção de prótese e liberação de outros vasos envolvidos</p>
<p>PO 655-1</p> <p>RESSECÇÃO DE RECIDIVA LOCAL DE SCHWANNOMA MALIGNO DE RIM</p> <p>Talita Magalhães Bernardo, Maurício Alves Ribeiro, Natalia Sena Correia de Oliveira, Bruno Reis Peruzza, Renata Parada Amorim, Luiz Arnaldo Szutan</p> <p><i>Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores malignos da bainha do nervo periférico (TMBNP) são historicamente conhecidos como schwannomas malignos, neurofibrosarcomas, sarcomas neurogênicos e neurilemmomas malignos, sendo um tipo raro de sarcoma de tecidos moles, correspondendo a 3% a 10% de todos os casos. São tumores raros com incidência reportada de cerca de 1 para 1.000.000 pessoas por ano, com média de idade de diagnóstico entre 20 – 50 anos. Os sítios mais comuns de apresentação são as extremidades superiores e inferiores, tendo poucos relatos de casos de lesões renais na literatura e sendo ainda mais incomum a recorrência local com invasão hepática.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 44 anos, sexo feminino, submetida a nefrectomia radical direita há 02 anos por tumor maligno de bainha de nervo periférico, medindo 18 x 11, 5 cm, em seguimento com oncologia clínica, não sendo indicada terapia adjuvante. Em tomografia realizada 17 meses após procedimento foi evidenciada lesão nodular em topografia de loja renal com invasão hepática em segmentos VI e VII, sendo submetida à segmentectomia não regrada e ressecção parcial do diafragma por recidiva local, evoluindo com complicação grau II da classificação Clavien-Dindo no pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A ressecção cirúrgica é considerada a modalidade curativa de tratamento destes tipos de neoplasia sendo o objetivo a remoção completa da lesão com margens histológicas livres, o que na maioria das vezes exigirá ressecção em bloco da mesma. A terapia adjuvante deve ser considerada, porém devido à raridade dos TMBNP, não existem estudos randomizados e dados histológicos suficientes para avaliar o papel da quimioterapia nessa doença. Baseados nos estudos existentes, a quimioterapia deve ser considerada para paciente de alto risco cirúrgico, com tumores irresssecáveis ou doença metastática. A radioterapia tem sido utilizada para melhorar o controle local em conjunto com o procedimento cirúrgico, porém os estudos, em geral, não mostraram aumento na taxa de sobrevida. As taxas de recorrência local dos TMBNP após ressecção cirúrgica podem variar de 20% a 40%, com apresentação de 2 meses até mais de 10 anos após manejo do tumor primário. As metástases a distância são frequentes e associadas a mortalidade. O sítio mais comum de metástase a distância é o pulmão, podendo acometer também linfonodos, fígado e cérebro. Os fatores de risco incluem tamanho do tumor, grau de diferenciação e presença de recidiva local. Conclusão: Os TMBNP são tumores raros, com alta taxa de recidiva e, portanto, representam uma grande desafio terapêutico, sendo a ressecção cirúrgica base do tratamento.</p>	<p>PO 655-2</p> <p>ABORDAGEM DE MEDIASTINITE AGUDA APOS ESTERNOTOMIA – UM RELATO DE CASO</p> <p>Tainara Rodrigues Miranda, Luis Fernando Carneiro Vilaboim, Lucas Gallo de Alvarenga Mafra, Julia Bianchi Brito, Marcelo Henrique Rodrigues Miranda, Francisco de Paula Alves de Souza Júnior, Erlon de Avila Carvalho, Mario Pastore Neto</p> <p><i>Hospital Risoleta Tolentino Neves - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mediastinite aguda pós esternotomia mediana é um processo inflamatório e/ou infeccioso de baixa incidência (0,25-5%) e alta mortalidade. Pode ser secundária ainda a perfuração esofágica e fascíte necrosante descendente. Os achados clínicos envolvem taquicardia, dor torácica, febre, deiscência, instabilidade esternal, choque e sepse. Longa permanência em CTI, comorbidades como diabetes e obesidade e cirurgia prolongada são fatores de risco. Devido a alta mortalidade, o diagnóstico e tratamento precoce é fundamental para um desfecho favorável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 26 anos, comparece ao pronto-socorro queixando massa cervical de crescimento há 1 ano. Ao exame: grande massa pulsátil cervical direita, pulsos em MMSS palpáveis e simétricos, paraplegia secundária a múltiplas lesões por PAF há 3 anos. Angiotomografia de pescoço evidenciou dilatação aneurismática ao nível da bifurcação do tronco braquiocéfálico, com fragmentos metálicos - pseudoaneurisma. Submetido a correção do pseudoaneurisma, com incisão infra-clavicular, seguida por esternotomia mediana e abertura do pericárdio, para controle arterial e venoso. Realizada cervicotomia à direita com exposição do pseudoaneurisma e reconstrução com PTFE. Posicionados drenos em regiões cervical e mediastinal. Encaminhado ao CTI. Realizada TC de tórax com contraste EV por sangramento em ferida operatória no 8 DPO, evidenciando densificação da gordura mediastinal anterior, com focos gasosos de permeio e conteúdo líquido. Evoluiu com drenagem fétida e piora da leucocitose. Iniciada antibioticoterapia e optado por reabordagem. Realizado debridamento através de reesternotomia e lavagem com cristalóide. Laparotomia mediana com confecção de retalho de omento em mediastino anterior. Posicionados 2 drenos tubulares em hemitorax direito. Paciente retorna ao CTI, evoluindo com melhora infecciosa. Realizado controle com TC de tórax, seguido de alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: A mediastinite é uma complicação grave e requer antibioticoterapia geralmente associada à reabordagem. É necessário reconhecer fatores de risco, sinais e sintomas. Radiografia de tórax pode mostrar alargamento e pneumomediastino. A TC tórax é o exame de escolha. Quando o diagnóstico é suspeitado devem ser colhidas hemoculturas, cultura dos tecidos e secreções mediastinais e iniciada antibioticoterapia. Na esternotomia, a infecção profunda da ferida é secundária a contaminação durante a cirurgia, predominando S. aureus e S. epidermidis. Como o paciente não apresentava sepse ou má perfusão, tendo como etiologia a esternotomia, a antibioticoterapia empírica poderia ter espectro mais restrito. A abordagem cirúrgica consiste em debridamento, irrigação e drenagem. Se o esterno estiver estável e com viabilidade óssea, terapia com pressão negativa é utilizada; se estiver instável, indica-se osteossíntese. Se há perda óssea/espaco morto, é realizada reconstrução com retalho omental/m. peitoral. O fechamento é primário ou por terceira intenção.</p>

PO 655-3	PO 656-1
<p>NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA PANCREÁTICA COM DEGENERAÇÃO MALIGNA: RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Eduarda Jacinto Bauer, Ana Virgínia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Mateus Medeiros dos Santos, Bruno Luis Oliveira Correa, Mario Henrique Bitar Siqueira</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias císticas constituem um grupo incomum entre as neoplasias pancreáticas, e dentre elas as lesões císticas mucinosas representam 44-49%. Ocorrem predominantemente no sexo feminino (>95%), idade média de 50 anos, sendo mais comuns no corpo e cauda do pâncreas (75%). Apesar de possuir sintomatologia vaga, como dor abdominal em epigástrico, por apresentarem potencial maligno é frequente a apresentação de sintomatologia ao diagnóstico. Sinais e sintomas como icterícia, diabetes mellitus (DM), hipertensão portal, hemobilia ou hemossucos pancreaticus sugerem malignidade. A distinção das lesões benignas e malignas pode ser um desafio e o diagnóstico histopatológico requer minucioso cuidado, sendo preconizado exame histológico de toda a peça.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 38 anos, encaminhada ao serviço de Cirurgia Geral com histórico de dor em andar superior do abdome, associada a febre, vômitos, massa palpável em hipocôndrio e flanco esquerdo e perda ponderal de 15kg em 2 meses. Paciente com antecedentes de DM, tabagismo, colelitíase e coledocolitíase o que motivou investigação diagnóstica inicial. Solicitado ultrassonografia abdominal, sendo visualizada colelitíase, coledocolitíase e lesão cística em corpo pancreático de conteúdo hipocóico e projeções papilares ecogênicas, de 13,1x12,1x11,1cm. Quadro de coledocolitíase resolvido com CPRE e papilotomia. Prosseguiu-se à investigação com tomografia computadorizada que caracterizou a lesão como de aspecto sólido-cística, com realce de parede e de componentes sólidos, sugestivo de tumor de Frantz. A paciente foi submetida a pancreatectomia corpo-caudal aberta com esplenectomia e colecistectomia. Procedimento sem intercorrências. Apresentou boa evolução clínica, porém desenvolveu fístula pancreática, recebendo alta no 5º dia pós-operatório com o dreno e retorno ambulatorial. Paciente com resolução completa do quadro no 25ºDPO. Anatomopatológico de peça cirúrgica evidenciou características compatíveis com neoplasia cística mucinosa pancreática, associada a carcinoma invasivo bem diferenciado grau 1.</p> <p>DISCUSSÃO: Diversas séries reportam que 10% a 50% dos tumores mucinosos do pâncreas são malignos, tendo como fatores de risco o tamanho, presença de nodularidade, septos e calcificações. A diferenciação das neoplasias císticas pancreáticas com base apenas na interpretação de imagens apresenta resultados controversos. É importante realizar um estudo detalhado da lesão, idealmente com exames de imagem e avaliação dos marcadores tumorais no líquido intralésional, para estabelecer com mais especificidade possível o potencial maligno da mesma. Uma vez diagnosticado, a conduta nos tumores mucinosos é cirúrgica. No intra-operatório é necessário ter o cuidado de realizar a exérese completa do cisto sem o rompimento da cápsula, pois o extravasamento do material para a cavidade pode levar a disseminação tumoral, e causando a formação de pseudomixoma peritoneal.</p>	<p>DRENAGEM CIRÚRGICA VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ABCESSO HEPÁTICO RECIDIVANTE DE ORIGEM NÃO ESCLARECIDA: RELATO DE CASO</p> <p>Maria Lavinia Brandão Santiago, José Adailton Pinheiro, Michel Igor Guimarães Lopes, Felipe Marcel Alexandre Pereira Santos, Rodrigo Barcellos de Almeida Igansi</p> <p><i>Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dentre os tipos de abscessos viscerais, o hepático é considerado o mais comum. Estima-se uma incidência anual de 2,3 casos para cada 100.000 pessoas, sendo uma patologia mais prevalente no sexo masculino. O quadro clínico de um paciente com esta patologia é inespecífico, podendo cursar com febre, dor abdominal, calafrios, náuseas, vômitos e perda de peso. Ao exame físico o paciente pode apresentar dor à palpação em hipocôndrio direito, icterícia e hepatomegalia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 62 anos, deu entrada no pronto atendimento apresentando quadro de dor abdominal aguda, em faixa, de grande intensidade, com foco em hipocôndrio direito, irradiando para dorso, de caráter não especificado, associado a febre (38°C) e prostração. Referia que quadro teve evolução há 2 meses. Aos exames, apresentou leucocitose (29.800, 10% bastões), além de 2 hemoculturas negativas. Foi solicitado internação hospitalar e iniciado moxifloxacino, piperacilina + tazobactam e metronidazol. No 3º dia de Internação Hospitalar (DIH) foi realizado uma Tomografia Computadorizada de abdome total com contraste, que evidenciou abscesso hepático em segmentos II e III. Foi realizada drenagem percutânea de abscesso hepático guiada por TC, com saída de secreção purulenta. Solicitou-se a cultura da secreção - resultado negativo. O dreno foi retirado no 11º DIH, com o paciente evoluindo com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar para seguimento de antibioticoterapia domiciliar com amoxicilina + clavulanato. 14 dias após a alta o paciente evoluiu com sudorese, calafrios, febre e rebaixamento do nível de consciência, sendo internado novamente foi avaliado pela cirurgia geral para drenagem da coleção. Realizou-se a drenagem de abscesso hepático por videolaparoscopia, seguido de lavagem da cavidade abdominal no intra-operatório com SF 0,9%. O líquido drenado era espesso, escurecido, em quantidade importante, instalando um dreno de Blake na cavidade e dreno de 3 vias para lavagem de loja hepática no pós-operatório caso necessário. O paciente foi encaminhado para pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Paciente recebeu alta da UTI no 15º dia, e alta hospitalar no duas semanas após a alta da UTI com manutenção da antibioticoterapia por 6 semanas.</p> <p>DISCUSSÃO: A etiologia desse abscesso é dividida em 5 categorias de acordo com a forma de infecção: secundárias a doença do trato biliar ou hepático; via hematogênica; por extensão direta; por trauma hepático; criptogênico ou de causa obscura. O tratamento consiste em drenagem + antibioticoterapia. Os métodos de drenagem percutânea apresentam menor morbidade que a drenagem cirúrgica em relação ao procedimento, diminuindo o risco de contaminação da cavidade peritoneal, além de apresentarem bons e similares resultados. A drenagem por videolaparoscopia pode constituir outra alternativa, com a vantagem da identificação dos abscessos não acessíveis à drenagem percutânea, mas apresentando ainda o risco de contaminação da cavidade.</p>
<p>PO 656-2</p> <p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA POS GASTROPLASTIA REDUTORA</p> <p>Natália Poletto, Marcelo João Losso, Ricardo Reis Nascimento, Thamy Santos, Rayssa Pra Bruss, Michelle Alves Scardueli, Arthur Conte Kasper</p> <p><i>Unisol - Tubarão - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática é definida como uma herniação de estruturas abdominais dentro da cavidade torácica, sendo classificada em congênita ou adquirida. A etiologia das hérnias diafragmáticas adquiridas mais comum é traumática, seguida das lesões iatrogênicas e defeitos espontâneos. Pode apresentar-se imediatamente após a lesão diafragmática ou evoluir durante anos. A hérnia diafragmática iatrogênica pós-operatória é muito rara. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de hérnia diafragmática tardia após gastroplastia redutora por videolaparoscopia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, S.E.N, 43 anos. Realizou gastroplastia redutora - Bypass Y de Roux, em maio de 2015, sem intercorrências. Internou em novembro de 2017 por quadro de dor abdominal associado a episódio de vômito. Foi realizada uma tomografia de abdome sendo observado presença de alças intestinais em tórax. Encaminhada para laparotomia exploradora, no inventário da cavidade visualizaram presença de volumosa hérnia diafragmática contendo alças intestinais, estômago excluído e pouch em seu interior. Realizado redução do conteúdo, sutura de aderências e fechamento da brecha diafragmática. Em novembro de 2018, paciente foi admitida no hospital por quadro de dor abdominal em epigástrico. Realizado tomografia de tórax e de abdome sendo observada volumosa hérnia diafragmática, em região de hiato esofágico, com grande conteúdo de alças do intestino delgado e epiploon, além de pouch gástrico. Realizada hernioplastia diafragmática videolaparoscópica, visualizado grande quantidade alças de delgado em hemitórax esquerdo, abertura em diafragma com saco herniário de 8 centímetros. Fechamento da falha com fio seda 2-0, colocado tela simbotex® e fixado com seda 2-0. Procedimento sem intercorrências, boa evolução no pós-operatório recebendo alta no 5º dia de pós-operatório em Janeiro/2019.</p> <p>DISCUSSÃO: O número de hérnias diafragmáticas na sua forma crônica tem aumentado, seu quadro clínico assintomático na ausência de sangramento ou sem lesão de víscera oca, sendo diagnosticadas ocasionalmente num exame radiológico do tórax ou quando ocorrem complicações - obstrução intestinal ou estrangulamento de vísceras ocas herniadas. No caso de hérnias diafragmáticas crônicas (> 2 semanas), a tendência geral é que se aborde a lesão através de toracotomia, pela maior facilidade de redução do conteúdo herniado sob visão direta, além da lise de aderências, prováveis nesta fase. No caso de hérnias crônicas, a redução também é feita sem muita dificuldade, porém deve-se estar atento para aderências que podem lacerar vísceras ocas ou mesmo a cápsula de órgãos parenquimatosos, acarretando em sangramentos. Raras vezes, principalmente, em hérnias diafragmáticas crônicas há perda de substância ou mesmo atrofia (nas lesões crônicas) da musculatura do diafragma, não sendo possível a sutura primária da lesão, tendo-se, então, que lançar mão de próteses, como Marlex, Dacron ou dura-máter.</p>	<p>PO 657-1</p> <p>EQUINOCOCOSE MULTIPLA E MULTIVISCERAL: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA PATOLOGIA RARA.</p> <p>Giovanna Zucchini Rondini, Mauricio Alves Ribeiro, Luiz Arnaldo Szutan</p> <p><i>SANTA CASA SP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Equinococose é uma zoonose causada pelos estágios larvais do parasita Echinococcus granulosus, com o homem podendo ser seu hospedeiro intermediário acidentalmente. O pulmão e o fígado são os sítios mais comuns de ocorrer sua forma cística isoladamente, com a forma multivisceral ocorrendo em menos de 5% dos casos. Apresentamos um caso em uma mulher de 37 anos com apresentação de cisto hepático associado a cistos pulmonares, caracterizando a forma múltipla e multivisceral. Essa forma de apresentação leva a maiores riscos de complicações por ruptura, disseminação e procedimentos cirúrgicos envolvendo mais de um segmento corpóreo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 37 anos, sexo feminino, residente em São Paulo, procedente do Peru há 6 anos, onde habitava região de criação de ovinos. Veio ao Serviço de Emergência com queixa de tosse secreativa e hemoptise associada a dor em hipocôndrio direito e base de hemitórax direito há 4 dias, com outros episódios prévios de desconforto retrosternal, tosse e hemoptise há 1 ano e meio. Ao exame torácico apresentava murmúrios vesiculares diminuídos em base de hemitórax esquerdo e em seu abdome, constava uma massa epigástrica próxima à região subcostal direita, dolorosa à palpação, sem outras alterações ao exame físico. Foram solicitados, então, exames laboratoriais, imagens e protoparasitológico de fezes. A cultura para Bacilo de Koch foi negativa e apenas a pesquisa de Anticorpos Totais para Echinococcus granulosus foi positiva. Realizados Rx tórax e TC tórax e abdome com visualização de 2 cistos pulmonares e 1 cisto hepático, com diagnóstico histopatológico de Hidatidose Pulmonar e Hepática. Foram realizadas Lobectomia Pulmonar Inferior Direita e Segmentectomia Pulmonar Superior Direita e, após 5 meses, houve a realização de cirurgia abdominal não-simultânea, optando-se por Segmentectomia Hepática Parcial Esquerda, na qual não houve rotura dos cistos no intra-operatório. A paciente evoluiu sem complicações intra ou pós-operatórias, com acompanhamento ambulatorial periódico, em uso de Albendazol 800mg/dia.</p> <p>DISCUSSÃO: A partir do caso clínico dessa paciente deve-se destacar a importância da Equinococose como diagnóstico diferencial considerando as mais variadas formas da doença, principalmente quando há procedência de área endêmica. A apresentação de cistos múltiplos e multiviscerais aumenta a sua morbimortalidade e requer, portanto, uma abordagem cirúrgica tática para evitar complicações e recidivas.</p>

PO 657-2	PO 657-3
<p>IMPORTANCIA DA MEDIASTINOTOMIA PARAESTERNAL NO DIAGNOSTICO DE TUMOR MEDIASTINAL: RELATO DE CASO ATIPICO DE UM SEMINOMA MEDIASTINAL PRIMARIO</p> <p>Ana Christina Ferreira Costa, Felipe Cordeiro Moura Holanda, José Moreira dos Santos Netto, Marcela Santos Figueiredo Pontes, Milena da Nóbrega Dias, Nathalia Pinheiro Nascimento, Robson Prazeres de Lemos Segundo, Tainá Louise Dantas Barreto</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores de células germinativas primários do mediastino (TCGM) constituem neoplasias incomuns, com correspondência entre 10% a 20% de todas as neoplasias mediastinais. Entre eles, o seminoma mediastinal extragonadal, de incidência extremamente rara, ocorre devido à transformação maligna de elementos germinativos sem evidência de um foco gonadal primário. Clinicamente, é caracterizado por manifestações relacionadas com as dimensões do tumor, variando desde casos assintomáticos ou oligossintomáticos, até manifestações agudas e ameaçadoras à vida, como síndrome de veia cava superior. A mediastinotomia anterior consiste em uma abordagem cirúrgica do mediastino através de incisão paraesternal no 2o ou 3o espaço intercostal (EIC), objetivando abordagem de massas mediastinais anteriores e realização de biópsia incisional, além de permitir o acesso a linfonodos mediastinais anteriores e da janela aortopulmonar, locais comuns de metástases de cânceres em lobo pulmonar superior esquerdo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 39 anos, comerciante, com história de dor torácica mal definida, associada à perda ponderal de 5Kg nos últimos meses, sem alteração no apetite. Negou sintomas respiratórios como dispnéia e tosse. Referiu ter notado inicialmente abaulamento em região precordial que, ao exame, se mostrou como protrusão paraesternal esquerda ao nível de 3o EIC, não doloroso ao toque. Paciente foi submetido ao exame radiográfico que evidenciou alargamento de mediastino e apagamento de silhueta cardíaca esquerda. Tomografia de tórax revelou gigantesca massa bem delimitada, em compartimento mediastinal anterior, com dimensões 12 cm x 11 cm x 9 cm e ausência de invasão a estruturas adjacentes. Foi submetido estrategicamente à mediastinotomia paraesternal a esquerda como abordagem cirúrgica que visou biópsia da massa. O resultado do histopatológico foi compatível com seminoma, posteriormente confirmado pela imunohistoquímica. Dosagem sérica de alfa-fetoproteína e beta-HCG se mostraram dentro da normalidade. Exame de palpação e ultrassonografia de bolsa escrotal sem alterações estruturais em testículos.</p> <p>DISCUSSÃO: Os seminomas ocorrem preferencialmente em homens jovens, faixa etária de 15 a 35 anos, sendo a localização extragonadal extremamente rara, com acometimento de mediastino representando 1% a 3% de todos os tumores. Estudos moleculares indicam que estes representam entidade distinta e separada dos seminomas gonadais, mais frequentes, com grande sensibilidade à quimioterapia e radioterapia associadas. Em termos de prognóstico, a depender do estadió, possui cerca de 90% de sobrevida em 5 anos. A mediastinotomia invariavelmente se apresenta como excelente estratégia diagnóstica cirúrgica para coleta de amostras tumorais no intuito de estabelecer um diagnóstico histopatológico. Tem como vantagem sobre a pleuroscopia o fato de ser realizado sob anestesia local, com ou sem sedoanalgesia sistêmica, sem necessidade de equipamento endoscópicos.</p>	<p>CISTO ESPLÊNICO NAO TRAUMATICO: RELATO DE CASO</p> <p>ALANNE DARCY MAGALHÃES HOLANDA, Ranielli A Asssem França, Alessandra Góes Leão, Lázaro Araújo de Almeida</p> <p><i>Fundação Hospital Adriano Jorge - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Trata-se de uma patologia rara, cistos esplênicos podem ser verdadeiros ou secundários(pseudocistos). O diagnóstico dessa afecção normalmente é feito incidentalmente através de um exame de imagem, seja Ultrassonografia ou Tomografia Computadorizada de abdome, pois a sintomatologia mesmo quando presente normalmente é inespecífica.</p> <p>RELATO DE CASO: ABS, 74 anos, sexo feminino, dona de casa, casada, natural de Itacoatiara-AM e procedente de Manacapuru-AM, hipertensa, portadora de litíase renal em acompanhamento com Urologista, em USG de abdome constatou cisto esplênico. Paciente nega queixas álgicas, vômitos, febre e perda de peso. Referindo náuseas eventuais predominantemente pós-prandiais de início há 6 meses associado a azia. Ao exame massa palpável em hipocôndrio esquerdo. Negava antecedentes de trauma abdominal. Para melhor investigação realizou TC de abdome onde evidenciou baço de volume aumentado com cisto esplênico medindo cerca de 12,4x14,8x11,3 cm (Figura1). Fora submetida a esplenectomia evoluindo sem intercorrências no pós operatório, histopatológico confirmou o diagnóstico de pseudocisto esplênico</p> <p>DISCUSSÃO: O caso em questão trata-se de uma achado incidental de cisto esplênico, com sintomas inespecíficos, como referido pela literatura é em sua maioria assintomático e único, sendo um achado casual.4,9 Através de exames de imagens não é possível distinguir se é um cisto verdadeiro ou pseudocisto, necessitando da análise histopatológica para confirmação diagnóstica. Os pseudocistos esplênicos correspondem a cerca de 75% dos cistos não parasitários do baço. São secundários do trauma, infecção ou infarto, sendo o trauma o fator etiológico mais comum. 7,4 A paciente, no entanto nega trauma recente ou tardio. O que levamos a pensar em um pseudocisto não traumático. As principais complicações dos cistos esplênicos são infecção, hemorragia ruptura. Devido ao de complicações, os cistos esplênicos com diâmetro maior que 4-5 centímetros devem receber tratamento cirúrgico.5,7,6 A esplenectomia tem sido o método de escolha para o tratamento de cistos esplênicos. Hoje, procedimentos cirúrgicos mais conservadores têm maior aplicação, especialmente em crianças e adultos jovens, porém em cistos maiores as opções de tratamento conservador, como a aspiração percutânea ou esclerose, não resultam em bom controle a longo prazo.4 Esplenectomias parciais como as descapsulações vêm sendo descritas como eficazes nos casos de cistos epidérmicos e pseudocistos. 8 Nossa paciente foi submetida a esplenectomia total, evoluindo no pós operatório sem intercorrências, realizou as vacinas contra germes encapsulados (S. pneumoniae, N. meningitidis, H. influenzae tipo B e vírus influenza) no pós-operatório para minimizar o risco de infecções grave por esses germes. 7</p>
<p>PO 658-2</p> <p>CISTO TÍMICO HEMORRAGICO MANIFESTANDO COMO MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR</p> <p>Ana Christina Ferreira Costa, Felipe Cordeiro Moura Holanda, José Moreira dos Santos Netto, Marcela Santos Figueiredo Pontes, Milena da Nóbrega Dias, Nathalia Pinheiro Nascimento, Robson Prazeres de Lemos Segundo, Tainá Louise Dantas Barreto</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto tímico, uma das principais entidades do grupo dos cistos congênitos mediastinais (CCM), representa cerca de 3% de todas as massas mediastinais anteriores. Os CCM são lesões benignas e incomuns, os quais representam 10% das massas mediastinais, sendo geralmente causadas por falhas no desenvolvimento embrionário do intestino anterior e/ou da cavidade celômica. Comumente assintomáticas, os CCM são caracterizados, ao exame de tomografia computadorizada, como formações expansivas, bem delimitadas, com paredes finas, apresentando interior hipodenso e homogêneo. Entre eles, estão os cistos broncogênico, pericárdico, entérico, linfangioma, cisto de duplicação esofágica e o cisto tímico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 40 anos, encaminhado pelo ambulatório de urologia, onde estava em acompanhamento devido à queixa de hematuria. O mesmo mostrava-se assintomático do ponto de vista respiratório. Durante exame de rotina, foi detectada opacidade paracardíaca à direita com apagamento de silhueta cardíaca. Após avaliação tomográfica, foi detectada lesão cística à direita, adjacente ao pericárdio, com raiz em mediastino anterior. Como tratamento, foi indicada a ressecção cirúrgica por videotoroscopia com abordagem à direita. O procedimento ocorreu sem maiores intercorrências, evoluindo com alta no 2º dia de pós-operatório, logo após retirada do dreno. Ao estudo histopatológico, não foram encontrados vestígios de malignidade na amostra, sendo revelado, porém, grande quantidade de material hemorrágico amorfo em seu interior, o que culminou no diagnóstico de cisto tímico.</p> <p>DISCUSSÃO: Os cistos tímicos se dividem em dois grandes grupos: os de natureza congênita e as formas adquiridas. O primeiro grupo possui características semelhantes aos demais CCM. As lesões adquiridas estão comumente relacionadas a processos inflamatórios/infecciosos, como o HIV, lúpus e a doença de Sjogren. Além disso, o subtipo adquirido, apresenta-se como formações multiloculadas de conteúdo heterogêneo, com várias septações de permeio, sendo evidenciadas na presença de contraste intravenoso no exame de tomografia computadorizada. A apresentação hemorrágica dos cistos tímicos é tida como uma complicação rara. Geralmente, hemorragias mediastinais cursam com dor no peito e dispnéia. No caso relatado acima, o paciente evoluiu de forma completamente assintomática. Portanto, o estudo anatomopatológico cumpre papel fundamental na elucidação diagnóstica do caso com o intuito de diferenciá-lo de outras formações neoplásicas mais frequentes, como o timoma.</p>	<p>PO 658-3</p> <p>GLANDULA ADRENAL ECTOPICA EM SACO DE HERNIA INGUINAL</p> <p>Marcelo Lopes Dias Kolling, Jonathan Irigaray de Assumpção, Letícia Manoel Debon, Lorenzo Catucci Boza, Daniela Akemi Fujita, Antônio Hartmann, Plínio Carlos Bau</p> <p><i>Marcelo Lopes Dias Kolling, Jonathan Irigaray de Assumpção, Letícia Manoel Debon, Lorenzo Catucci Boza, Daniela Akemi Fujita, Antônio Hartmann, Plínio Carlos Bau</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Adrenal ectópica (AE) apresenta uma baixa prevalência. Baseado em autópsias, a incidência varia de 50% na população pediátrica a 1% em adultos. Normalmente, é não funcionante. As localizações mais frequente são plexo celiaco, ligamento largo, testículo e rim. Evidências demonstram apenas 9 casos reportados na literatura inglesa de adrenal ectópica em saco herniário, expondo predileção pelo lado direito e sexo masculino, sendo a grande maioria achado incidental. No entanto, quando identificada deve-se proceder à sua ressecção, dada a possibilidade de transformação maligna.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 38 anos, chega ao consultório médico com queixa de abaulamento e desconforto em região inguinal direita. Diagnóstico de hérnia inguinal firmado por exame físico. Submetido a hernioplastia inguinal à direita pela técnica de Lichtenstein. Procedimento sem intercorrências, recebendo alta hospitalar assintomático, com sinais estáveis e sem alterações em abdome e ferida operatória. Anatomopatológico, apresentado na consulta de retorno, evidenciou tecido adiposo maduro compatível com conteúdo de saco herniário, envolvendo lesão nodular de aspecto amarelo-ouro medindo 0,6x 0,3x 0,2cm, caracterizando presença de glândula adrenal acessória.</p> <p>DISCUSSÃO: O tecido adrenal ectópico foi relatado pela primeira vez por Morgagni em 1740. Desde então, foi descrito em outros sítios como fígado, apêndice, testículo, ligamento redondo do útero, pulmão e cérebro. O paciente relatado, assim como na maioria dos casos, fez o diagnóstico como achado incidental, lado direito e gênero masculino. O risco de progressão maligna é raro, associado a tamanho maior que 5 cm, pleomorfismo e maior número de mitoses na imunohistoquímica. Dentre os exames de imagem, a ressonância magnética apresenta melhores resultados. Seu diagnóstico pré-operatório é muito difícil, visto que não há exames específicos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica devido à possibilidade de malignização, ainda que rara. O achado de adrenal ectópica em saco herniário apresenta-se com mínima descrição na literatura, portanto sua publicação demonstra-se imprescindível, a fim de mensurar seu perfil epidemiológico com incidência, quadro clínico e potencial de malignidade.</p>

PO 659-1	PO 659-2
<p>ACOMPANHAMENTO DE LONGUISSIMO PRAZO DE PACIENTE USANDO SORAFENIBE: 9 ANOS E CONTANDO</p> <p>Gabriel Lorente Mitsumoto, Mauricio Alves Ribeiro, Caroline Petersen da Costa Ferreira, Luiz Arnaldo Szutan</p> <p><i>ISCMSp - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o principal subtipo de tumor primário maligno do fígado, representando 85-90% do total, com incidência anual de 782.000 novos casos, sendo responsável por 600.000 mortes ao ano, o que demonstra a agressividade da doença. Em 2007, o sorafenibe foi aprovado para o tratamento de CHC avançado, baseado nos estudos SHARP e Asia-Pacific, sendo o tratamento de primeira linha para CHC irresssecável. O estudo SHARP demonstrou aumento na sobrevida global (SG) de 7,9 para 10,7 meses e o Asia-Pacific apresentou SG menor, de 4,2 para 6,5 meses. Ou seja, o aumento de SG foi modesto, cerca de dois a três meses apenas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 42 anos, apresentou-se ao ambulatório da oncologia com o diagnóstico de CHC multifórmio Child-Pugh 5A por cirrose hepática alcoólica. Apresentava sorologias negativas. Paciente referia que há 01 ano sentia desconforto abdominal, dor em hipocôndrio direito, com antecedente de etilismo com 2-3 garrafas de cerveja por dia por dez anos. Realizou tomografia, no qual foi identificada lesão hepática com múltiplos cistos e trombose de veia porta, sendo referido para biópsia, quando foi feito o diagnóstico de CHC multifórmio. Paciente apresentou perda ponderal de 4 Kg neste ano. Paciente foi classificado inicialmente como BCLC-C, CHC irresssecável, e, portanto, indicado sorafenibe de acordo com o guideline de Barcelona. Foi prescrito inicialmente sorafenibe 400 mg/dia, tendo sua dose aumentada para 800 mg/dia após um mês, pois permaneceu assintomático. O valor inicial da alfa-fetoproteína era de 5 UI/mL. Paciente teve um aumento muito lento, mas progressivo, do marcador, atingindo valor máximo de 68,1 UI/mL, porém sempre permanecendo praticamente assintomático. No último ano, os valores voltaram a declinar. O paciente realiza tomografia de controle anualmente; todas mostram estabilização da doença. Atualmente o paciente permanece assintomático, com progressão lenta da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Em levantamento de todos os pacientes com CHC que utilizaram sorafenibe em nosso serviço, o tempo médio de SG foi de cerca de 16,8 meses. Em um estudo brasileiro, o tempo de SG com sorafenibe foi de cerca de 16,3 meses. Em outro estudo brasileiro, a SG média dos pacientes tratados com sorafenibe foi de 32,5 meses. No mesmo levantamento realizado em nosso serviço, outros dois pacientes continuam a utilizar o sorafenibe por mais de três anos. Uma grande parcela dos doentes consegue manter o sorafenibe por mais de 28 semanas, sugerindo que pacientes que conseguem manter tratamento além do período inicial, estão aptos a continuar subsequentemente por longos períodos, reforçando a importância do manejo de efeitos adversos nas primeiras semanas de tratamento. O prognóstico do CHC ainda não é totalmente esclarecido e essencialmente depende do estágio do tumor e da gravidade da doença hepática. O caso reportado, bem como os outros dois casos com mais de três anos, sugere que o sorafenibe poderia fornecer benefícios atípicos.</p>	<p>BRONCOASPIRAÇÃO ATÍPICA DE CORPO ESTRANHO EM ADULTO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Paola Sardenberg Alves, Mayra Drummond Palmeira Gama, José Claudio Silva Manhães, Pollyana Silva Siqueira, Melissa Martins Barbosa, Fernanda Machado Moura Silva, Pedro Augusto Correa de Araujo Rodrigues Caldas</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Campos - Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão e broncoaspiração de corpos estranhos pode ter um caráter voluntário ou acidental. A maioria das vítimas são lactentes e crianças, 84% nos 5 primeiros anos de vida, em geral do sexo masculino. Em adultos, esta prática se torna incomum, ocorrendo em doenças neurológicas e distúrbios psiquiátricos. Baseando-se na anatomia dos brônquios pulmonares, é mais comum a aspiração de um corpo estranho para o brônquio fonte direito, já que este é mais largo, curto e vertical, quando comparado ao esquerdo, caracterizado por ser mais longo e horizontal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 50 anos, natural de Campos dos Goytacazes, histórico de doença psiquiátrica. Encaminhado ao hospital por broncoaspiração de corpos estranhos ("pregos"), apresentando hemoptise há uma semana. História patológica progressa: Há 8 anos, buscou o serviço com história semelhante de ingestão e aspiração de múltiplos corpos estranhos, realizada retirada dos mesmos por broncoscopia rígida e posterior laparotomia, com retirada de 22 pregos, vidros, moeda, 4 pedras, entre outros. Ao exame: bom estado geral, normocorado, hidratado, eufônico. Vias aéreas pérvias. Tórax expansível, MV presente, sem ruídos adventícios. Abdome flácido, depressível e indolor. Realizado Raio x de Tórax, evidenciando 2 imagens radiopacas metálicas sugestivas de pregos em arvore brônquica esquerda. Feita broncoscopia rígida com retirada de 2 pregos sendo 1 tortuoso fortemente aderido a mucosa brônquica. Ocorreu pequeno sangramento local controlado com instilação de soro gelado com adrenalina. Alta no dia seguinte sem outras complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste relato, mostramos um caso raro de broncoaspiração de corpo estranho para o pulmão esquerdo, já que de acordo com a anatomia o mais comum seria para o pulmão direito. A partir disso, vê-se que a broncoscopia é o procedimento de escolha para a remoção de corpo estranho em via aérea, podendo ser realizada com aparelhos rígidos ou flexíveis. Entretanto, a preferência se dá pelo broncoscópio rígido. O mais comum da aspiração de corpos estranhos ocorrem em crianças, cerca de 80%, mas neste caso ocorreu em um adulto com distúrbios psiquiátricos. O diagnóstico se torna difícil em adultos pois não é habitual apresentarem sintomas agudos, pelo tamanho da via aérea ser maior e permitir a passagem de ar. Quando ocorrem sintomas geralmente são de hemoptise, sibilos e tosse. É de suma importância o diagnóstico rápido e correto pois, há grandes riscos de complicações como pneumotórax, hemotórax, pneumonia, atelectasia dentre outras. Neste caso o paciente foi abordado rapidamente após o diagnóstico e evoluiu bem, sem complicações.</p>
<p>PO 660-2</p> <p>SEQUESTRO PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA NEOPLASIA PULMONAR - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>João Felipe Carvalho Rodrigues, Lara Poti Nobre, Matheus de Souza Mendes, Israel Lopes Medeiros</p> <p><i>UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O sequestro pulmonar é uma malformação congênita caracterizada por uma massa pulmonar não funcionante vascularizada por uma artéria anômala (geralmente é ramo da aorta torácica, do tronco celiaco ou das artérias intercostais) sem conexão com a árvore traqueobrônquica normal. O sequestro pulmonar pode ser classificado em intralobar, a malformação encontra-se dentro da cobertura pleural normal do indivíduo, e em extralobar, possui envoltório pleural próprio geralmente em íntima proximidade com o parênquima pulmonar. Relatamos o caso de um paciente com suspeita de neoplasia que, com exames, foi diagnosticado com sequestro pulmonar intralobar.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 40 anos, enfermeira, sem comorbidades. Quadro de tosse produtiva, dor torácica e febre em outubro. Rx de tórax mostrava opacidade em base do pulmão direito. Realizou TC de tórax sem contraste que mostrava massa de aproximadamente 7 cm no lobo inferior direito (LID). Submetida à broncoscopia flexível que foi normal. Negativo para TB, fungo ou germes piogênicos. Foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica com suspeita de neoplasia para realizar biópsia. Solicitado TC de tórax com contraste, que evidenciou vaso anômalo de cerca de 8 mm saindo da aorta torácica e indo para o LID, caracterizando um sequestro pulmonar intralobar. Submetida à lobectomia inferior direita por vídeo sem intercorrências (02/02). Recebeu alta no 2 PO sem complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste caso podemos ressaltar a importância de, ao se fazer a investigação diagnóstica para câncer de pulmão, considerar o sequestro pulmonar como um importante diagnóstico diferencial, pois, por se tratar de uma malformação da vascularização e parênquima pulmonar, se diagnosticado erroneamente como uma neoplasia pulmonar ressecável, pode ocorrer complicações sérias durante o procedimento, principalmente lesão de vasos importante devido à variação anatômica promovida pela massa de tecido pulmonar e sua artéria anômala dentro do parênquima.</p>	<p>PO 660-3</p> <p>HEMANGIOMA ESPLÊNICO MISTO</p> <p>Ana Rosária Medeiros Peres, Paula Braga Nunes, Igor Rocha Del Bizzone, Eduardo Reis Maia, Rômulo Andrade Souki, Angerson Caetano Cecatto, Fernanda Ramos Brandão, Lucas Braga Cecatto</p> <p><i>Instituto BIOCOR - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Hemangioma esplênico apesar de ser uma neoplasia benigna rara, é a neoplasia mais comum do baço, com incidência variando entre 0,03 % e 14 % na população em geral, sendo que, hoje, existem cerca de 100 casos descritos na literatura. Normalmente são assintomáticos, menores que 4 cm e suas manifestações iniciam frequentemente na infância e adolescência, por ser uma afecção congênita. Porém, podem crescer e causar esplenomegalia, dor abdominal, dispnéia, alteração do hábito intestinal (diarréia ou obstipação) e anemia ou trombocitopenia. Em casos mais graves, pode ocorrer rotura espontânea com sinais de choque hipovolêmico e de irritação peritoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: R.S.L, masculino, 35 anos, portador de paquidermoperiostose, em uso de medicações crônicas para controle reumatológico. Admitido com quadro de dor abdominal em flanco esquerdo, com dois meses de evolução, associado a esplenomegalia e constipação intestinal. Tomografia abdominal mostrou tumoração esplênica com vascularização em polo inferior. Exames laboratoriais sem alterações hematimétricas. Submetido a esplenectomia videolaparoscópica. Ato operatório sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, tendo recebido alta hospitalar no 3 DPO. Anatomopatológico evidenciou lesão vascular compatível com hemangioma esplênico de padrão misto (capilar e cavernoso), medindo 11,5 cm no maior eixo.</p> <p>DISCUSSÃO: O hemangioma esplênico pode ser agrupados em dois principais categorias morfológicas, capilares e cavernosos, e apesar de raro, o último é o mais comum. Apesar de poucos casos relatados é mais encontrado no sexo masculino. É considerado na literatura um acidentaloma, sendo descoberto muitas vezes, por exame anatomopatológico em esplenectomias. Normalmente, exames complementares diagnósticos conferem pouco valor na distinção entre metástase e hemangioma, por isso, o diagnóstico definitivo só é feito intra ou pós operatório. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo que o último é reservado a casos em que o tumor é maior que 4 cm, devido ao risco de complicações e ruptura esplênica ou para casos sintomáticos. É preferível, quando possível, a esplenectomia parcial videolaparoscópica, devido a asplenia causada pela esplenectomia total videolaparoscópica, considerando a manutenção da função esplênica.</p>

PO 661-1	PO 661-2
<p>ABCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO COMPLICADO POR EMPIEMA PLEURAL EM PACIENTE DIABÉTICO: RELATO DE CASO</p> <p>Victor Cordeiro Murad, Rafael Augusto Faust Machado, Talita Resende, Juliana Moura Ribeiro, Giulia Stival Gomes, Guilherme Ramos Leite, Marcelo Alencar da Fonseca</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico (AHP) é uma entidade pouco frequente, porém associada a altas taxas de mortalidade devido complicações severas, sobretudo em pacientes diabéticos. A doença é causada pelo desenvolvimento de coleção purulenta única ou múltipla do fígado, desenvolvendo sintomas variados como febre, dor abdominal, vômitos, perda ponderal ou derrame pleural. Cerca de metade dos casos são criptogênicos, apesar de serem associados a doenças hepatobiliares, êmbolo séptico, diabetes mellitus e outros. Atualmente o manejo terapêutico varia de cirurgião para cirurgião, que pode optar pela abordagem aberta ou percutânea, a depender da situação.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 61 anos, sexo masculino, portador de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, foi admitido com história de cetoacidose diabética associada a tosse seca, febre vespertina, calafrios e astenia há 20 dias, referindo perda ponderal de 12 kg no mesmo período. Na internação evoluiu com dor abdominal em andar superior com irradiação para o dorso, picos febris e quadro séptico refratário a antibioticoterapia empírica. Realizado exames de imagem que evidenciaram extenso abscesso em lobo hepático direito, optou-se pela drenagem cirúrgica e cultura da coleção. Após 30 dias do procedimento, o paciente evoluiu com piora do estado geral e múltiplos abscessos hepáticos associado a empiema pleural, sendo realizado nova abordagem para drenagem do abscesso e drenagem torácica, seguida de admissão em Unidade de Terapia Intensiva e antibioticoterapia cobrindo Klebsiella pneumoniae. Este então apresentou boa evolução clínica e hemodinâmica, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O abscesso hepático piogênico (AHP) é uma condição importante com alta taxa de mortalidade associada, que mundialmente varia de 2 a 12%. O microrganismo mais frequentemente isolado tem sido a Escherichia coli, no entanto, os últimos trabalhos apontam um aumento na incidência de Klebsiella pneumoniae (Kp) nas amostras, sendo este o patógeno mais comum em portadores de diabetes mellitus. A fisiopatologia é determinada pela hiperglicemia, que compromete a quimiotaxia de leucócitos polimorfonucleares, aumentando a susceptibilidade desses pacientes à disseminação da infecção. As diferenças no espectro microbiológico têm implicações nos fatores de risco e curso da doença, sendo o abscesso por Klebsiella mais associado a causas criptogênicas. Os AHP por Kp possuem cepas de alta virulência que levam a taxas elevadas de complicações, como a disseminação pulmonar, ruptura espontânea do abscesso, endoftalmite, abscesso cerebral e prostático. Quando o tratamento com antibioticoterapia e drenagem cirúrgica é iniciado precocemente a mortalidade cai de 50% para 13%.</p>	<p>HEMOTORAX ESPONTANEO COMO COMPLICAÇÃO DE SARCOMA DE EWING EM PAREDE TORACICA</p> <p>José Maximiano da Silva Neto, José Moreira dos Santos Netto, Manoela Dantas Machado Prazeres, Marcela Santos Figueiredo Pontes, Milena da Nóbrega Dias, Nathalia Pinheiro Nascimento, Robson Prazeres de Lemos Segundo, Victor Fogagnoli Araújo de Almeida</p> <p>INTRODUÇÃO: O hemotórax, que consiste em hemorragia intrapleural que determina acúmulo de sangue na cavidade pleural, é frequentemente encontrado em casos de trauma torácico penetrante e contuso de alta energia. Em sua forma espontânea ou não-traumática, se mostra bastante incomum, sendo geralmente associado a neoplasias ou a rompimentos de aneurismas de aorta torácica. O sarcoma de Ewing é uma neoplasia óssea de comportamento biológico bastante agressivo, que acomete principalmente indivíduos abaixo dos 30 anos de idade e apresenta discreto predomínio em pacientes do sexo masculino. Pode surgir em qualquer osso do corpo, predominantemente em membros inferiores e superiores, e pelve, além de existir uma variante que surge em partes moles e é histologicamente indistinguível.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 18 anos, com queixa de dor torácica inédita em hemitórax esquerdo há 01 mês, que piora à inspiração profunda, de média a forte intensidade, de caráter progressivo, não-responsivo a analgésicos convencionais. Além disso, apresentou dispneia, inicialmente aos médios, com posterior progressão para grandes esforços. Alegou perda ponderal importante, de cerca de 10kg nos últimos 02 meses. Ao exame clínico, revelou murmúrio ausente em 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, sem alterações clínicas à inspeção e palpação torácica. Submetido a toracocentese diagnóstica com agulha fina que evidenciou líquido pleural francamente hemorrágico. Estudo citopatológico do líquido não evidenciou células malignas. Foi submetido a tomografia computadorizada de tórax com contraste que evidenciou massa em parede torácica à esquerda, em seu aspecto posterolateral. Foi submetido a pleuroscopia, que evidenciou extenso hemotórax associado a grande massa aderida à pleural parietal, friável e hemorrágica ao toque. Realizado biópsia e estudo anatomopatológico da peça, bem como imunohistoquímico, que evidenciou Sarcoma de Ewing.</p> <p>DISCUSSÃO: O hemotórax resulta da ruptura traumática ou espontânea de qualquer vaso arterial ou venoso presente no interior do compartimento torácico. Pacientes com diagnóstico de hemotórax após a toracocentese, sem história de trauma prévio definido, devem possuir em seu diagnóstico diferencial a possibilidade de neoplasia maligna. Em pacientes adultos ou idosos, a associação com o tabagismo é quase unânime, o que praticamente determina o diagnóstico de câncer de pulmão. O sarcoma de Ewing surge principalmente em ossos dos membros inferiores e superiores, sendo sua apresentação em parede torácica rara possuindo poucos casos descritos na literatura. Acomete predominantemente adolescentes e adultos jovens do sexo masculino raramente apresentando metástases à distância na época do diagnóstico. A tomografia computadorizada de tórax é o exame de escolha na avaliação da presença e caracterização de uma lesão, bem como para determinar a característica lítica ou blástica, invasão da cavidade torácica e para eventualmente diferenciar entre derrame pleural e tumor de partes moles.</p>
<p>PO 661-3</p> <p>TRICOBEOZAR GÁSTRICO</p> <p>Ana Rosaria Medeiros Peres, Fernanda Ramos Brandão, Paula Braga Nunes, Angerson Caetano Cecatto, Romulo Andrade Souki, Eduardo Reis Maia, Lucas Braga Cecatto, Alexandre Melo Cardoso</p> <p><i>Instituto BIOCOR - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoar gástrico é definido como um corpo estranho, comumente encontrado como uma massa sólida no estômago, devido ao acúmulo de material ingerido. São classificados de acordo com sua composição, sendo o tricobezoar devido a ingestão de cabelos. É mais comum em mulheres jovens e quase sempre está associado a distúrbios psiquiátricos. São raros, e por causarem sintomas inespecíficos, como dor abdominal, náuseas, vômitos, sensação de saciedade precoce, anorexia, perda de peso, podem ser confundidos com outras patologias. Sendo assim, muitas vezes são achados ocasionais em exames de imagem, cerca de 0,3% em endoscopias gástricas.</p> <p>RELATO DE CASO: G.N.C, feminina, 14 anos, portadora de distúrbio de ansiedade. Inicialmente com queixa de sialorréia, vômitos e epigastralgia. Ultrassonografia abdominal evidenciou imagem hiperecogênica com forte sombra acústica na região epigástrica. Endoscopia digestiva alta com grande quantidade de fios de cabelo, entremeados a restos alimentares, ocupando toda a cavidade gástrica, impedindo a visualização da mucosa e progressão do aparelho. Realizada gastrotomia videolaparoscópica e retirada do tricobezoar. Evoluiu favoravelmente no pós operatório, mas 9 DPO apresentou febre, hiperemia da ferida operatória e leucocitose com desvio. Tomografia abdominal mostrou coleção intra cavitária junto a parede abdominal, estendendo-se desde as goteiras parietocólicas e fundo de saco posterior. Nova abordagem videolaparoscópica evidenciou pequena fistula gástrica com possibilidade de ressecção do segmento acometido. Após 7 dias, evoluiu com nova coleção intra-abdominal, realizada drenagem percutânea e antimicrobianos de largo espectro. Culturas da secreção abdominal mostraram Candida spp, Enterococcus Faecalis e Prototheca Wickerhannii. Recebeu alta hospitalar após 37 dias de internação. Durante toda internação a paciente apresentou significativas alterações de humor, com necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, além de medicações específicas para controle do quadro psiquiátrico.</p> <p>DISCUSSÃO: O tricobezoar é uma patologia rara e diagnóstico diferencial de tumores intra abdominais deve ser suscitado. Neoplasias malignas podem apresentar sintomas como massa abdominal palpável, emagrecimento severo e hiporexia. Geralmente está associado a um distúrbio psiquiátrico de base, sendo importante uma abordagem multidisciplinar do paciente. É o tipo de bezoar com maior incidência de complicações, podendo se destacar perfuração gastrointestinal, intussuscepção, obstrução intestinal. O tratamento dessa doença pode ser por abordagem endoscópica, sendo reservada a cirurgia para casos de tumores mais volumosos. Como complicação pós operatória destaca-se a infecção do sítio cirúrgico, por se tratar de um material extremamente contaminado. Fistulas gástricas devem ser suscitadas nos casos de complicação pós operatória, devido ao acometimento inflamatório crônico e espessamento da parede gástrica previamente.</p>	<p>PO 662-1</p> <p>AGENESIA HEPATICA DIREITA CONGENITA</p> <p>Vinicius dal piva pieta, carolina sandi kunz, carla toillier de oliveira, sabrina pedrotti, silvio marcio pegoraro balzan, alex schwengber</p> <p><i>Unisc - santa cruz do sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Variações da anatomia vascular e biliar são comuns no fígado, no entanto, anormalidades na morfologia hepática são raras e secundárias a um defeito durante de embriogênese. Agnesia hepática direita se define pela ausência de tecido hepático direito associado à preservação da veia hepática média, sem doença ou cirurgia prévia, sendo descrita pela primeira vez em 1870. Esta variação pode ter implicações clínicas durante avaliação de exames de imagem, pode estar associada a outras malformações, predispor à hipertensão portal e tem implicações no planejamento de cirurgias hepáticas.</p> <p>RELATO DE CASO: BVB, masculino, 74 anos, estilista de longa data, histórico de neoplasia de bexiga tratado com ressecção transuretral, sem outros antecedentes cirúrgicos. Durante avaliação de desconforto abdominal e ascite tomografia computadorizada revelou fígado com contornos rombos, heterogêneo, sugestivo de hepatopatia crônica, além de ausência de hemifígado direito (incluindo ausência de veia porta e veia hepática direitas, com preservação de veia hepática média), e presença de ascite. Também foi identificado nódulo arterIALIZADO com cerca de 3 cm em segmento 2, sugestivo de hepatocarcinoma, e presença de hérnia diafragmática direita. Foi realizada cirurgia com confirmação histológica de cirrose e enucleação de hepatocarcinoma com margens livres. Após 2 anos foi identificado novo hepatocarcinoma em segmento 4, igualmente tratado por enucleação.</p> <p>DISCUSSÃO: Agnesia hepática representa uma situação rara, principalmente agnesia hepática direita. No entanto, tem sido observada mais frequentemente devido aos métodos diagnósticos de imagem. Geralmente é assintomática e o diagnóstico incidental em exames de imagem, como tomografia computadorizada. Classicamente, a imagem revela ausência de hemifígado direito com hipertrofia de fígado esquerdo e lobo caudado. Diagnósticos diferenciais, como cirrose pós-necrótica, devem ser excluídos como causa de atrofia grave do fígado direito. A presença de agnesia hepática direita pode estar associada a outras malformações, como hérnia diafragmática, presente no caso descrito. Pacientes com agnesia hepática direita parecem estar propensos a ocorrência de hipertensão portal, no caso descrito esse achado estava presente mas associado essencialmente à presença de cirrose de origem alcoólica. O conhecimento da agnesia hepática é necessário para planejamento cirúrgico, especialmente devido ao acesso a determinadas lesões hepáticas e ao volume residual em casos de ressecção. No caso descrito, devido à associação de cirrose, o único tratamento aceito para o tratamento dos hepatocarcinomas foi a enucleação dos mesmos.</p>

PO 663-1	PO 664-1
<p>RUPTURA HEPÁTICA ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA A PELIOSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO</p> <p>Sthefyny Maisa Antonelli De Souza, Carla Larissa Cunha Sottomaior, Leonardo dos Santos Ferreira, Derek Chaves Lopes, Alexandre Rodrigues Alves, FERNANDO MARCUS FELIPE JORGE, Cássio Silva Coelho, Jeyson Antonelli de Souza</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A peliose é uma patologia considerada rara, com prevalência de 0,13%, que afeta principalmente órgãos do sistema reticuloendotelial, como fígado, baço, medula óssea e gânglios linfáticos, sendo o fígado o órgão mais afetado. O presente artigo relata o caso de uma mulher adulta de 31 anos usuária de esteroides anabolizantes androgênicos (EAA) que apresentou ruptura hepática secundária a uma ruptura espontânea de peliose hepática (PH).</p> <p>RELATO DE CASO: J.G.F, 31 anos, sexo feminino. Apresentou dor abdominal em epigástrico que irradiava para hipocôndrio esquerdo, de forte intensidade, associada a náuseas, vômitos, oligúria e aumento do volume abdominal. Nega trauma local, uso de anticoagulante e antiagregante plaquetário. No exame físico encontrava-se hipocorada, desidratada, taquipneica com pressão arterial de 90x50 mmHg em membro superior direito. No hemograma apresentou queda na hemoglobina, de 14,9 g/dL para 7,6 g/dL, em 2 dias. A ultrassonografia de abdome superior apresentou presença de nódulo ovoidal e heterogêneo em lóbulo direito hepático. Foi realizada uma tomografia computadorizada do abdômen total que constatou volumosa coleção levemente hiperdensa e heterogênea, sugerindo sangue, intraparenquimatosa em lobo direito, com 95 mm, apresentando componente subcapsular, além de importante quantidade de líquido livre em pelve, com cerca de 52 UH, indicativo de sangue. Foi submetida a uma hepatectomia direita em caráter de emergência, presente em inventário grande quantidade de sangue e coágulo em cavidade abdominal, além de uma laceração hepática em lobo direito, profunda. O laudo patológico evidenciou achados histopatológicos compatíveis com PH, cirrose, hepatite portal e colelitase associados. A paciente recebeu alta após 12 dias de internação em boas condições clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: O quadro clínico da PH apresenta-se de forma assintomática à uma síndrome colelitática, hepatomegalia, hipertensão portal e insuficiência hepática, podendo evoluir para sintomas clássicos de hipovolemia em caso de ruptura. A PH está associada a uma série de doenças crônicas, como AIDS e tuberculose, além do uso de anabolizantes e corticosteroides. O diagnóstico é feito por exames de imagens, como ultrassonografia e tomografia computadorizada, e confirmado pelo exame histopatológico. As complicações hepáticas mais graves associadas com EAA são a peliose hepática e tumores hepáticos, cuja evolução resulta em hemorragia neste órgão que pode ser fatal. O uso de EAA vem ganhando popularidade e seu uso indiscriminado acarreta riscos à saúde de seus usuários, como complicações cardiovasculares, tumores hepáticos e a PH. Quanto as complicações da PH, encontra-se a sua ruptura que pode ser fatal se não identificada e abordada cirurgicamente. Em conclusão, devemos destacar que o uso indiscriminado de esteroides é um dos principais fatores que pode influenciar no quadro de PH e a sua rápida evolução clínica pode levar a morte caso não tratada imediatamente.</p>	<p>ABCESSO HEPÁTICO EM HOMEM DE 76 ANOS</p> <p>Mateus de Oliveira Passos, Daniel Gontijo Sousa Silva, Humberto Gomes Tuyama, Raíssa Arcoverde Borborema Mendes, Francisca Joelma Rodrigues de Lima, Yasmine Oliveira Vieira, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Hospital Regional da Ceilândia - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Abscesso hepático piogênico é causado pelo desenvolvimento de coleção purulenta intra-hepática secundária à reação celular inflamatória local por infecção de bactérias no parênquima hepático. 1 Sua incidência vem aumentando nos últimos anos, variando de 1,1 a 2,3 por 100.000 habitantes e a mortalidade tem diminuído com os novos tratamentos e condutas cada vez mais precoces.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 76 anos de idade, ex-etilista e tabagista (1 maço/dia) há 60 anos, deu entrada no hospital com queixas de fraqueza iniciada no dia 19/05/2018, associado à sudorese e 1 episódio de vômito. Referia dor em membros inferiores, diminuição da força muscular, dificuldade de deambulação e perda ponderal de aproximadamente 20 kg em 1 ano. Começou a realizar um tratamento para foco infeccioso indefinido, com melhora clínica. Um mês após o início dos sintomas, o paciente retornou ao hospital com queixa de dor em hipocôndrio direito, febre, obnubilação e parada de eliminação de fezes. Ele apresentava-se hipocorado, letárgico, respondendo aos estímulos dolorosos, eupneico, com fâscias de dor abdominal a palpação superficial, com sinais de irritação peritoneal, Blumberg + e distensão abdominal. Foi realizada uma tomografia de abdome sem contraste que identificou importante distensão nas alças intestinais, principalmente do cólon. Dessa maneira, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora com drenagem de abscesso hepático com grande quantidade de secreção purulenta. Ele seguiu internado em estado grave, mas com evolução favorável, com queda dos leucócitos, estável hemodinamicamente sem necessidade de drogas vasoativas e com dreno tubular abdominal com secreção serosanguinolenta.</p> <p>DISCUSSÃO: Os principais sintomas do abscesso hepático são dor abdominal – mais pronunciada no hipocôndrio direito - febre e hepatomegalia. Tem evolução subaguda com início dos sintomas variando entre 3-120 dias. O abscesso hepático piogênico é predominante em homens, acima de 60 anos. Ocorre devido a infecção do parênquima hepático secundário a invasão celular inflamatória. Esta pode ser de causa criptogênica; portal, no caso de infecções esplênicas ou intestinais como apendicite ou diverticulite; ou de causa biliar, como em colangite prévia, coledocolitíase, colangiocarcinomas, ou até mesmo após procedimentos como a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Geralmente estão associados com infecções polimicrobianas. A terapêutica a ser instituída deve levar em consideração a causa, a experiência do serviço e o acesso aos meios de diagnóstico e tratamento. A sobrevivência do paciente depende do diagnóstico precoce e tratamento imediato. O objetivo deste estudo foi acompanhar a evolução e as condutas de um caso grave de abscesso hepático tratado por laparotomia exploradora com drenagem do abscesso e antibioticoterapia.</p>
<p>PO 664-2</p> <p>MEDIASTINITE: RELATO DE CASO</p> <p>Alan Mounzer, Angela Genoéfa Rudell, Samantha Cavalcante Brito, João Victor Huayllas, Monica de Oliveira Melo Lima, Marcio Jose Cardoso Amaral, Mauro Henrique de Sa Adami Milman, Jose Roberto Melchiorri Bucco</p> <p><i>Hospital Regional de Cotia - Cotia - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mediastinite é uma possível complicação do abscesso cervical profundo, que traduz um risco de vida ao paciente. A drenagem cirúrgica e a antibioticoterapia sistêmica são recomendadas. Os pacientes devem realizar tomografia de controle, pois o abscesso tende a refazer alguns dias após a intervenção.</p> <p>RELATO DE CASO: ASVL, 29 anos, masculino, queixando-se de dor torácica e cervical, associada a tosse, febre noturna e sudorese há 05 dias; após 02 dias, iniciou edema em região cervical anterior esquerda. Ao exame físico, evidenciava aumento da região cervical anterior esquerda, doloroso à palpação. Realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou borramento do mediastino superior e anterior, pequeno derrame pleural à esquerda, consolidação parenquimatosa pulmonar no lobo inferior esquerdo. Indicou-se cervicotomia, que identificou abscesso em fâscia carotídea com saída de aproximadamente 30 mL de secreção purulenta, realizada lavagem exaustiva e alocação dois drenos tubulo-laminares. A cultura da secreção identificou <i>Staphylococcus aureus</i> (resistente à clindamicina e eritromicina). Paciente permaneceu internado para tratamento com oxacilina por 14 dias e foi submetido a TC de controle, que não demonstrou a formação de novas coleções. Recebeu alta hospitalar, mantendo-se sem queixas até o 6º mês de acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: A mediastinite é uma patologia grave, a qual deve ter diagnóstico e tratamento precoce.</p>	<p>PO 665-1</p> <p>RADIOCIRURGIA ESTEREOTÁXICA CORPÓREA EM METASTASES HEPÁTICAS IRRESSECÁVEIS : UM RELATO DE CASO</p> <p>Beatriz Carneiro Habbema de Maia, Thalita Millene Moura, Fausto Lustosa Fonseca, Pedro Henrique Rodrigues Correia, Renata Pereira Fontoura, Viviane Alves dos Santos, Alessandra Vanessa Leite e Silva, Rodrigo Nascimento Pinheiro</p> <p><i>Liga Acadêmica de Oncologia do Hospital de Base do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome autossômica dominante relacionada à mutação no gene APC, ocasionando desenvolvimento de pólipos colônicos pré-malignos. O tratamento preferencial é a cirurgia profilática. A lesão pode evoluir em um carcinoma colorretal cujo local mais comum de metástases é o fígado, nesse sentido a ressecção do tumor primário, metastasectomia hepática e quimioterapia são consideradas tratamento padrão. No entanto, alguns pacientes não são candidatos à metastasectomia por características da lesão ou comorbidade do doente. Nesse contexto, a radiocirurgia ganha destaque, por ser uma abordagem não invasiva, com toxicidade limitada e atingir o controle local da doença. Dadas as condições de desenvolvimento da metástase hepática por carcinoma colorretal, este relato busca pleitear uma escolha de tratamento tendo em vista uma lesão irressecável.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 36 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de cólon esquerdo e metástase para fígado e pulmão. Apresenta antecedente de hepatocarcinoma metastático para pulmão na infância tratado com quimioterapia e metastasectomia hepática; e histórico familiar de PAF. Há 2 anos, iniciou um quadro crônico de diarreia mucosanguinolenta e dores abdominais, realizou colonoscopia que evidenciou múltiplos pólipos colorretais e lesão ulcerada de cólon descendente. O laudo histopatológico mostrou adenomas com displasia de alto grau e adenocarcinoma de cólon esquerdo, KRAS mutado metastático para fígado. A paciente realizou então proctocolectomia restauradora, e posteriormente, a metastasectomia hepática no segmento II. Após ressecção, iniciou quimioterapia (C8) com doença residual estável. Após 9 meses da quimioterapia, realizou RMN de abdome e pelve que evidenciou nódulo no segmento III 20% maior em relação ao exame anterior (3,3 para 3,9 cm) e outros 3 nódulos hipervascularizados em segmento II. Pela impossibilidade de nova ressecção hepática, optou-se pela realização quimioterapia (3C), reduzindo 50% as lesões. Posteriormente, foi submetida a ablação por radiofrequência (50Gy) com excelente resposta em lesão hepática e no momento segue em quimioterapia de manutenção, sem nenhum sinal de nova progressão.</p> <p>DISCUSSÃO: O cenário apresentado no caso, demonstra uma situação de exceção, na qual o tratamento cirúrgico padrão não é possível de ser realizado por comorbidades anteriores. Nesse contexto vê-se a necessidade de outras alternativas, entre elas a radiocirurgia estereotáxica corpórea (REC). A REC pode fornecer controle local da doença e sobrevida em até 2 anos semelhante ao tratamento cirúrgico, ademais, trata-se de um procedimento não invasivo, ambulatorial, e com boa tolerância, tornando-se, atualmente, uma importante abordagem. No caso descrito a paciente com antecedentes de ressecções hepáticas, em protocolo quimioterápico paliativo e metastasectomia para a lesão atual contraindicada, foi submetida a REC e a continuação do tratamento sistêmico.</p>

PO 665-2	PO 665-3
<p>COLOCAÇÃO DE TUBO "T" DE MONTGOMERY COMO ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LESOES ESOFAGICAS: RELATO DE CASO</p> <p>José Moreira dos Santos Netto, Felipe Cordeiro Moura de Holanda, Marcela Santos Figueiredo Pontes, Milena da Nóbrega Dias, Nathalia Pinheiro Nascimento, Petrucio Abrantes Sarmiento, Robson Prazeres de Lemos Segundo, Victor Fogagnoli Araujo de Almeida</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões esofágicas traumáticas são incomuns na prática cirúrgica. O reconhecimento oportuno geralmente é difícil nas primeiras horas, quando o reparo cirúrgico possui menor morbimortalidade operatória. O diagnóstico precoce é possível quando do aumento do nível de suspeição, com subsequente emprego de endoscopia digestiva. A intervenção cirúrgica imediata com o reparo primário da lesão geralmente é empregado. Porém, abordagens alternativas como a utilização de próteses esofágicas são cada vez mais utilizadas.</p> <p>RELATO DE CASO: Apresenta-se caso clínico de paciente masculino, 72 anos, vítima de ingestão acidental de corpo estranho, admitido em emergência de hospital terciário, queixando-se apenas de leve dor torácica retroesternal. Submetido a endoscopia digestiva alta que teve dificuldades durante a remoção, culminando em lesão iatrogênica do esôfago devido às repetidas trações do objeto contra a parede do órgão. Paciente evoluiu com dispnéia e enfisema subcutâneo em compartimentos torácico e cervical, levando ao diagnóstico de pneumotórax a direita. Após poucas horas da drenagem pleural fechada, decidiu-se pela abordagem cirúrgica por via toracoscópica que evidenciou lesão complexa de porção distal de esôfago torácico. Em seguida, foi alocado na porção lesionada do esôfago um tubo "T" de silicone, cujo ramo lateral, com passagem através do defeito esofágico, foi acoplado a dreno tubular exteriorizado através da parede torácica. O intuito da prótese foi a drenagem salivar e a cicatrização por segunda intenção do órgão.</p> <p>DISCUSSÃO: Lesões penetrantes do esôfago são infrequentes, encerrando uma incidência de 11-17%, sendo a maioria devido a lesões por arma de fogo ou arma branca, principalmente em porção cervical. Lesões por ingestão de corpo estranho perfuro-cortantes ou injúria de natureza iatrogênica por procedimentos endoscópicos não se configuram como regra. O risco maior da lesão desde órgão tubular multicompartmental reside no alto risco de mediastinite e subsequente sepse, determinando alta letalidade. A aplicação de próteses em "T" se mostra como alternativa factível no tratamento cirúrgico do trauma esofágico.</p>	<p>COLAGENOMA ESTORIFORME: UMA REVISAO DA LITERATURA A PARTIR DE UM RELATO DE CASO</p> <p>Daiany Pereira de Castro, Leticia do Vale Reis, Bruno de Oliveira Araujo Sousa</p> <p><i>Fapac- Itpac Porto - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O colagenoma estoriforme, ou fibroma esclerótico, é um tumor cutâneo benigno incomum ocasionado a partir da proliferação de fibroblastos com produção exacerbada de colágeno tipo I. É mais comumente encontrado em adultos jovens e de meia idade de ambos os gêneros, com discreto predomínio em mulheres. Denota-se como pequena pápula ou nódulo de consistência fibrótica, é bem circunscrito, róseo, esbranquiçado ou de coloração da pele, e tem crescimento lento e indolor. É mais constantemente encontrado na face e nas extremidades, podendo aparecer em tronco, couro cabeludo e, mais raramente, leito subungueal e mucosa oral. Pode ser solitário ou múltiplo, sendo que, neste caso, é um importante indicio a presença de Síndrome de Cowden.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 72 anos, pardo, atendido no ambulatório de pequenas cirurgias com lesão nodular pouco dolorosa na região malar direita e no tronco, em região pararretal direita, com prejuízo estético. Negava outros sintomas, trauma local ou surgimento de outros nódulos. Negava antecedentes pessoais e familiares de câncer ou outras doenças graves. Ao exame físico, notava-se lesão nodular em região malar direita e pararretal direita, muito semelhantes, de consistência fibroelástica e bem delimitadas, sem sinais flogísticos. Inspeção de mucosa oral sem alterações evidentes. Foi submetido à exérese total com anestesia local. O exame histopatológico da lesão pararretal direita revelou formação nodular bem delimitada, caracterizada por proliferação de colágeno hipocelular, com fibras colágenas espessas. Presença de células com citoplasma mal definido e núcleos ovais e alongados. Na descrição da lesão malar direita consta-se uma área de proliferação fusocelular benigna, em matriz colageinizada densa, com raras células inflamatórias. Em ambas as lesões não foram evidenciadas margens comprometidas ou sinais de malignidade. O estudo microscópico sugeriu Colagenoma Estoriforme. O paciente continua em acompanhamento ambulatorial, pesquisando síndromes raras.</p> <p>DISCUSSÃO: Do ponto de vista histopatológico, a lesão é suficientemente característica. Consiste em um fibroma majoritariamente constituído por fibras espessas de colágeno e presença exígua de fibroblastos. As fibras de colágeno se dispõem em arranjo estoriforme ou em "anéis de cebola". O colagenoma estoriforme é um tumor benigno raro que pode ser encontrado em qualquer área da superfície corpórea e mucosa oral, e cujo tratamento padrão é a excisão com margens livres. A ocorrência solitária é a mais frequente e, uma vez confirmado o diagnóstico histopatológico nenhum tratamento ou investigação adicional costuma ser necessária. Entretanto, o achado de múltiplos colagenomas estoriformes em um paciente deve indicar para uma investigação mais detalhada sobre a presença de síndrome de Cowden entre outros diagnósticos diferenciais tanto no paciente como em seus familiares, em virtude da origem genética da síndrome.</p>
<p>PO 666-1</p> <p>ADENOCARCINOMA DE OVARIO E METASTASE ESPLENICA POR VIA HEMATOGENICA: RELATO DE CASO</p> <p>Isabela Marangon Pasotti, Maurício Alves Ribeiro, Carolina Palamin Buonafine, Gregório Zafal Caseiro, Murilo Golin, Aline Celeghini Rosa Vicente, Talita Magalhães Bernardo, Luís Arnaldo Szutan</p> <p><i>Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Sao Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No Brasil, o tumor de ovário é a segunda neoplasia ginecológica mais comum. Sua disseminação pode ser por diversas vias, sendo a principal a transcavitária. A disseminação por via hematogênica é a menos frequente, compondo apenas de 1 a 3 % dos casos, e tem como principais sítios o fígado, pulmões, pleura e baço. Desta forma, as metástases ovarianas para o baço são incomuns, e, quando ocorrem, em geral compõem um quadro de doença metastática multivisceral. As metástases esplênicas também podem ocorrer como massa esplênica solitária, sincrônica ou metacrônica ao tumor primário, porém isto representa apenas 1% dos casos. Relatamos o caso de uma paciente com história adenocarcinoma seroso de ovário de alto grau com metástase esplênica por via hematogênica, que corresponde a minoria dos casos relatados na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 44 anos com adenocarcinoma seroso de ovário de alto grau, G3IIIA. Em tomografia de 2014, apresentava duas formações medindo, à esquerda 12,6 x 10,5 x 10,7 cm e à direita 10,2 x 9,6 x 8,8 cm. Foi optado pelo tratamento neoadjuvante com posterior salpingooforectomia bilateral, acompanhada de histerectomia, exérese de massa retrovesical e linfadenectomia. Em nova tomografia viu-se o surgimento de uma lesão nodular no baço, medindo 4,6x 5,3x 4,6 cm, sugestivo de lesão secundária. Em 2016 foi realizada biópsia da mesma, sendo diagnosticado como infiltração de adenocarcinoma. Foi submetida à quimioterapia de resgate, seguida de esplenectomia por invasão metastática da neoplasia ovariana, associada à consolidação da quimioterapia. Em 2017 surgiu, no fígado, lesão nodular irregular de 2,9x 2,2 cm, sugerindo lesão de origem neoplásica secundária. No momento, paciente está em programação de tratamento de metástase hepática.</p> <p>DISCUSSÃO: A disseminação peritoneal é a mais frequentemente associada a neoplasia do ovário, fazendo com que as metástases esplênicas dos tumores de ovário tenham apresentação preferencialmente capsulares. No relato, apresentamos o caso de uma paciente com metástases metacrônicas, esplênica e retrovesical de câncer de ovário cujo resultado da esplenectomia e da análise anatomopatológica do mesmo evidenciou apenas o acometimento intraparenquimatoso do baço. Tais achados indicam que a disseminação foi hematogênica, diferindo do que é comumente encontrado na literatura. Dentre os relatos sobre metástases de neoplasias ovarianas, destaca-se a via intracavitária como de maior frequência, sendo a disseminação hematogênica pouco frequente e a disseminação hematogênica para o baço rara. Devido aos poucos relatos existentes, ainda não existe uma proposta terapêutica bem consolidada, o que ressalta tanto a importância de relatos de caso que exemplifiquem as experiências de diferentes centros, bem como a importância de estudos multicêntricos comparativos abordando as diferentes propostas, como as diferentes quimioterapias neoadjuvantes, adjuvantes e de resgate, assim como intervenções cirúrgicas de imediato.</p>	<p>PO 666-3</p> <p>LINFOMA ESPLENICO DE ZONA MARGINAL - RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Edison Tostes Faria, Veronica Cristina de Melo Rocha, Rachel Gonçalves Nihari, Ana Virginia Ferreira Figueira, Adriano Pamplona Torres, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfoma de zona marginal esplênico é um linfoma não-Hodgkin de células B de baixo grau raro, caracterizado por uma esplenomegalia massiva, linfocitose moderada com ou sem linfócitos vilosos, raro envolvimento de linfonodos periféricos e curso clínico silencioso. A imunofenotipagem das células neoplásicas é tipicamente positiva para CD45, CD20, CD79a, PAX5, IgD e BCL-2. Por ser uma doença rara, sem estudos prospectivos randomizados, ainda não há diretrizes para o tratamento dessa entidade, sendo o manejo mais comum a esplenectomia e quimioterapia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 71 anos, com quadro dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, associada à náuseas, hiporexia e astenia de piora progressiva há cinco anos com perda ponderal, iniciou investigação diagnóstica no Hospital Universitário de Brasília. Ao exame físico foi evidenciado uma esplenomegalia importante, sendo solicitados exames laboratoriais, com imunofenotipagem que sugeriu a hipótese de linfoma esplênico da zona marginal (com forte intensidade de CD45 e expressão CD19). A seguir foi feita uma biópsia de medula óssea que confirmou a hipótese. Paciente foi então encaminhada ao serviço de cirurgia geral onde foram solicitados exames tomográficos, que mostraram um baço de dimensões aumentadas com índice esplênico de 2700, que deslocava estruturas adjacentes e colelitíase, sem outros achados significativos. Realizado então pré-operatório com vacinas contra germes encapsulados, a paciente foi submetida a uma esplenectomia aberta com colecistectomia, que aconteceu sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no 3º DPO e segue em acompanhamento ambulatorial. O anatomopatológico da peça foi compatível com os outros resultados de exames.</p> <p>DISCUSSÃO: O linfoma esplênico de zona marginal (LEZM) é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin (LNH), com correlação com diversas desordens autoimunes, asma e hepatite C. Ocorre em menos de 1% dos casos de LNH, em uma idade média de aproximadamente 70 anos, sendo mais frequente em brancos. Apesar dos avanços das terapias sistêmicas no tratamento do LEZM, a esplenectomia, laparoscópica ou aberta, ainda é uma opção aceitável, sendo considerada em casos como de transformação para linfoma de grandes células B e de esplenomegalia com sintomas graves. Não possui, no entanto, benefícios para pacientes com disseminação extra-hilar esplênica ou amplo envolvimento de medula óssea. Apesar de não curativa, permite um diagnóstico definitivo e apresenta benefícios no alívio de sintomas abdominais e reversão de citopenias. O papel da esplenectomia no aumento da sobrevida global é controverso. Dentre as potenciais complicações, destacam-se as pulmonares, bem como sangramentos, trombozes e imunossupressão. Sendo assim, é recomendado vacinação pré-operatória de rotina contra microrganismos encapsulados para esta abordagem.</p>

PO 667-2	PO 668-1
<p>OSTEOSSARCOMA PULMONAR METASTÁTICO: RELATO DE CASO</p> <p>Adriano Eduardo Costa de Figueiredo, Brian Silvestre, Bruna Roberta Lima Baia de Figueiredo, Felipe Lins Trigueiro Mendes, Andréia Salarini Monteiro, Gustavo Soares de Moura Pierro, Aureliano Mota Cavalcanti de Souza, Samuel Zuinglio de Biasi Cordeiro</p> <p><i>INCA - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O osteossarcoma ou sarcoma osteogênico é um tumor maligno ósseo altamente indiferenciado, sendo mais frequente na infância e adolescência, com predomínio no sexo masculino (1,6:1). Seus maiores sítios são úmero, tibia e fêmur. O pulmão é o principal órgão metastático. O tratamento tangencia uma abordagem multimodal com quimioterapia e localmente com cirurgia. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de osteossarcoma pulmonar metastático e sua evolução a posteriori.</p> <p>RELATO DE CASO: S.C.M.B., sexo feminino, nascida em 5 de setembro de 1987, com história de osteossarcoma em diáfise de tibia descoberto em 2009 (7,5x3,7x3,2cm). Realizou neoadjuvância, seguido de ressecção de tibia proximal e adjuvância posteriormente. Adquiriu ICC após tratamento quimioterápico. Foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Torácica do INCA em 2011 devido a presença de duas imagens em tomografia de tórax sugestivas de metástases em lobo inferior esquerdo (14/09/11). Foi submetida a metastasectomia esquerda (03/03/12). O resultado histopatológico foi compatível com osteossarcoma metastático. Durante seguimento ambulatorial, foi identificado o aparecimento de nódulos em ambos os pulmões. Foi deliberado procedimento operatório e realizado cirurgia para ressecção (02/07/15) com retirada de cinco nódulos em pulmão direito, todos negativos à malignidade. Optou-se por tratamento conservador em pulmão esquerdo e controle radiológico. Após três anos houve crescimento de nódulos em lobo superior esquerdo (2,5x2,3cm) e em lobo inferior direito (2,5x2,2cm). Foi discutido em sessão clínica e optado por realização de metastasectomia sequencial. No dia 07/01/19 foi submetida a metastasectomia à direita. No intraoperatório haviam múltiplas aderências pulmonares, sendo necessário a realização de intercostotomias. Houve laceração do parênquima pulmonar com necessidade de sutura manual. Resultado histopatológico corroborou osteossarcoma. Durante o pós-operatório, paciente evoluiu com descompensação cardíaca. Teve evolução arrastada necessitando de avaliação com cardiologista e uso de digoxina, caverdilatol, captopril e furosemida. A paciente teve alta no 15º pós-operatório em boas condições clínicas. Atualmente aguarda definição do Colegiado do Tórax sobre metastasectomia à esquerda x SBRT.</p> <p>DISCUSSÃO: o osteossarcoma é um câncer pertencente aos tumores do tecido conjuntivo, altamente agressivo, de difícil diagnóstico nas fases iniciais e com potencial metastático, sobretudo para os pulmões. Representa 5% de todos os cânceres da infância. Foi relatado um caso de osteossarcoma pulmonar metastático com três ressecções, sendo a primeira em 2011, a segunda em 2015 e a última cirurgia ocorrida esse ano. A cirurgia é uma das alternativas mais eficazes para a sobrevida aos pacientes com essa patologia, todavia outros tratamentos podem ser colocados em prática a depender da condição clínica do doente.</p>	<p>RELATO DE CARCINOSSARCOMA EM FIGADO: O PAPEL DA CIRURGIA EM UM CASO RARO</p> <p>Rincler Souza, Thalyla Carolina Santos Serra, Rafael Sodre Aragão Vasconcelos Pereira, Clarissa Resende Correa</p> <p><i>Universidade Federal de Mato Grosso - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Carcinossarcoma é um tumor maligno com mistura de carcinoma e sarcoma. Os casos em fígado são raros e pouco relatados. Maior prevalência entre 38 e 76 anos e em homens. Devido ao baixo diagnóstico por exames pré-operatórios, a cirurgia tem atuado como meio diagnóstico e tratamento. Objetiva-se relatar caso raro de carcinossarcoma de fígado com abordagem cirúrgica em serviço de oncologia do estado de MT.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente EMC, 38 anos, feminino, vem em consulta por dor epigástrica e hiporexia. Exame físico abdominal sem alterações e sem linfonodomegalias palpáveis. Exames de 05/12/2017: Alfa-fetoproteína: 2,8. Fosfatase alcalina: 139,0. GGT: 74,2. Sorologias para Hepatites e HIV negativas, vacina para hepatite B com soroconversão completa. CEA: 0,4. CA 19,9: 7,0. Anticorpos totais para equinococos: inferior a 1:160. Child-Pugh: A. Ressonância magnética de abdome superior (30/11/2017): fígado em forma, contorno e dimensões normais. Volumosa formação expansiva, característica cística, multiloculada e com septações grosseiras envolvendo grande parte do lobo direito com leve realce por contraste, alto conteúdo proteico/hemático e medindo 10,0 x 8,8 x 8,6 cm. Lesão envolve ramo direito da veia hepática e da porta a direita, compressão da veia cava retrohepática e discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas. O tratamento (19/01/2018) foi hepatectomia direita e colecistectomia. Obtido o anatomopatológico: neoplasia por células epitelióides, citoplasma eosinofílico, nucleólos grau 3/4, irregulares, hiper Cromáticos, índice mitótico de 1/10 CGA e 5% de necrose. Invasão perineural não detectada, embolização angio-linfática detectada e margens cirúrgicas livres. Podendo corresponder a angiossarcoma e sugere-se estudo imuno-histoquímico. A imuno-histoquímica obteve: Pan-citoceratina (Clone AE1/AE3) e Vimentina positivos e os demais negativos. Concluiu que achados morfológicos e a positividade para Pan-citoceratina e Vimentina favorece carcinossarcoma do fígado. Após isso, realizou-se seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Em carcinossarcoma há pouca especificidade em exames laboratoriais e de imagem. Entretanto, em geral, são grandes (> 5 cm), irregulares, volumosos, multilobulados, heterogêneos por necrose, com alterações císticas, nodulações satélites, hemorragias e até mesmo osteogênese. Todavia, o diagnóstico depende de exames anatomo-patológicos e imuno-histoquímicos pós ressecção. Em estudo feito por Li et al (2018), os 6 casos analisados só obtiveram diagnóstico correto por anatomopatológico e imuno-histoquímica pós-cirúrgico. Da mesma forma, este relato destaca a importância da cirurgia como terapêutica mais indicada e meio diagnóstico mais efetivo. A ressecção radical do carcinossarcoma hepático em estágio inicial pode contribuir para um prognóstico relativamente otimista. A hepatectomia proporciona intervenções mais agressivas, baixa mortalidade e boa sobrevida, sendo segura se realizada por cirurgiões experientes e com adequada tecnologia e apoio institucional.</p>
<p>PO 668-2</p> <p>MALIGNIDADES PRIMÁRIAS SINCRONICAS DE PULMAO E MAMA- RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Berwanger Simon, Leonardo Priori, Edson Brambate, Nelson Perelman Rosenberg, João Victor Guimarães Almeida</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores sincrônicos são definidos como duas lesões malignas e de crescimento independente, sendo que a segunda lesão não pode ser metástase da primeira (histologia distinta ou lesões com origens diferentes). É sincrônico quando o segundo tumor primário é diagnosticado até 6 meses do primeiro tumor, sendo que após 6 meses é definido como tumor metacrônico. A distinção entre lesões primárias e metástases intrapulmonares em pacientes com tumores sincrônicos deve ser considerada devido a sua raridade e possível influência no estadiamento. Relatamos o caso de um paciente com tumores sincrônicos de pulmão e mama.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 57 anos, vem encaminhada da atenção primária para investigação adicional de massa pulmonar, após estadiamento de nódulo de mama. Ex-tabagista de 40 maços/ano e com hipotireoidismo. Paciente com diagnóstico de câncer de mama, para o qual realizou seis sessões de quimioterapia neoadjuvante. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral e nutricional, sinais vitais estáveis e nódulo mamário palpável em quadrante supero-lateral à direita. Avaliada pela mastologia com indicação de pesquisa de linfonodo sentinela e setorectomia. Realizado tomografia de tórax que evidenciou lesão em lobo inferior esquerdo com características neoplásicas. Mediastinoscopia de estadiamento negativa para células malignas. Após foi decidido realizar punção guiada por tomografia, cujo diagnóstico anatomopatológico foi de carcinoma epidermóide primário de pulmão. Foi optado por realizar lobectomia inferior esquerda mais esvaziamento linfonodal e pesquisa de linfonodo sentinela mais setorectomia em mama direita, procedimentos realizados sem intercorrências. Boa evolução pós-operatória. A análise histopatológica da lesão pulmonar confirmou carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado do segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo 6,5cm no maior eixo, com focos de necrose. Estadiamento pós-operatório da lesão pulmonar de T3N1M0 (estádio IIIa). Imunohistoquímica da mama positivo para receptor de estrogênio e receptor de progesterona, negativo para HER-2/neu, confirmando o diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante. Linfonodo sentinela de axila direita sem evidências de metástase.</p> <p>DISCUSSÃO: O risco de um paciente com neoplasia primária ter outro primário sincrônico é de 10x em comparação com a população em geral. Pacientes com tumores primários múltiplos têm um prognóstico melhor do que os pacientes com doença metastática. A ressecção cirúrgica é a terapêutica de escolha nos pacientes com carcinoma pulmonar não pequenas células. O tratamento cirúrgico do tumor sincrônico deve ser empregado toda vez que a ressecção pulmonar curativa do tumor seja possível.</p>	<p>PO 668-3</p> <p>SINCRONICO E METASTATICO: RELATO DE UM RARO TUMOR NEUROENDOCRINO.</p> <p>Lorenzo Catucci Boza, Leticia Manoel Debon, Marcelo Lopes Dias Kolling, Carolina Schwartz dal Piva, Eduardo Damo, Karolina Brochado Jorge, Junior Cappellaro, Rafael Costa e Campos</p> <p><i>PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são grupos heterogêneos de neoplasias que se desenvolvem do tecido homônimo ou de precursores deste. Têm apresentação variável, mas geralmente apresentam comportamento biológico indolente, sintomatologia relacionada a secreção hormonal e, quando sincrônicos, relacionados a síndromes endócrinas múltiplas. Entretanto, alguns casos fogem da apresentação usual.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 78 anos, com histórico de ressecção transuretral de próstata por HPB, em uso de doxazosina, veio à consulta com a oncologia clínica por dor abdominal associada a vômitos há 3 anos; no último ano, apresentava piora progressiva da dor associada a perda ponderal de aproximadamente 10% em 6 meses e alteração do hábito intestinal. Negava sangramento ou icterícia. Encaminhado pelo posto de saúde por TC com lesão de delgado a esclarecer. Apresentou quadro oclusivo súbito, sendo submetido a laparotomia exploradora com enterectomia, com anatomopatológico evidenciando TNE de intestino delgado com margem profunda comprometida e presença de 2 implantes, linfonodos peritonais acometidos, T4NxM1. Realizada RNM de abdome observando-se, na porção ventral da cauda do pâncreas, lesão nodular sugestiva de neoplasia primária do pâncreas (provável adenocarcinoma) e múltiplas pequenas lesões nodulares no parênquima hepático, sugestivas de implantes secundários, as maiores nos segmentos VI 1,1 cm e VII 1,5 cm. Tentada 2 biópsias hepáticas sem sucesso. Planejada internação para biópsia por videolaparoscopia visando definição do plano cirúrgico. Anatomopatológico demonstrou neoplasia sólida de padrão organóide, medindo 1,0 cm na maior dimensão. Submetido a pancreatectomia corpo-caudal + esplenectomia, tendo boa evolução pós-operatória, permanecendo 2 dias em leito de UTI e recebendo alta no 13º PO. Revisado no 28º PO em bom estado geral, com exames de imuno-histoquímica constatando tumor neuroendócrino pancreático bem diferenciado grau 2 e tumor neuroendócrino de intestino delgado bem diferenciado grau 2.</p> <p>DISCUSSÃO: A abordagem terapêutica individualizada definida por equipe multidisciplinar tem sido cada vez mais aventada entre os médicos, dada a heterogeneidade e biologia intrínseca dos TNEs, assim como a complexidade do manejo de cada caso individualmente. Essa abordagem tem sido realizada, levando em consideração benefícios e riscos inerentes aos tratamentos propostos, além de uma revisão exaustiva dos aspectos clínicos e patológicos, extensão de lesão, localização e progressão de doença, grau histológico e performance status, resultando nos mais favoráveis desfechos clínicos. Novos estudos serão necessários para guiar casos semelhantes e a discussão em equipe multidisciplinar permanece uma ótima opção visando a melhor abordagem terapêutica do paciente.</p>

PO 669-1	PO 669-2
<p>RELATO DE CASO: BRIDGING EM CARCINOMA HEPATOCELULAR</p> <p>GABRIELA COTTA LIPIANI, RENATA TIEMI MOREIRA RESENDE, MATHEUS SOUZA NOGUEIRA, JOÃO GUILHERME RIBEIRO JORDÃO SASSO, CÁSSIA RAFAELA LEÃO BRITO, ALICE PIZZOLANTE BOTTINO, EDUARDO NACUR SILVA</p> <p><i>SANTA CASA BH - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor mais comum do fígado, e população que apresenta maior risco de desenvolver CHC são os cirróticos. É recomendado o rastreio semestral com ultrassonografia abdominal e diagnóstico em cirróticos pode ser selado com exames de imagem em nódulo maior que 1 cm. Atualmente a classificação usada para alocar os pacientes em estágios e propor terapêutica é a BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer). Ela propõe avaliação do status performance, função hepática e estadiamento do tumor dividindo os pacientes em cinco estágios. As opções de tratamento curativo são: ressecção, transplante hepático e radiofrecuência. A quimioembolização e o tratamento sistêmico com Sorafenib fazem parte do arsenal terapêutico, mas não são opções curativas. O relato descreve caso de paciente com CHC, estágio A pela BCLC e possibilidades terapêuticas.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 68 anos, portador de hepatite C, cirrótico, CHILD A, MELD 11, e sinais de hipertensão portal, com leve esplenomegalia e considerável plaquetopenia. Realizou ultrassonografia abdominal de rotina evidenciando nódulo hepático suspeito e alfafetoproteína de 708,2 ng/ml. Internado para investigação e propedêutica. Realizado endoscopia digestiva alta, com ausência de sinais de varizes esofágicas; Tomografia computadorizada de abdome e Colangioproressonância, que evidenciaram nódulo hepático em segmento VIII com dimensões 49,5 x 42,7 x 41,1 mm, sugestivo de hepatocarcinoma; e Tomografia Computadorizada de tórax com ausência de metástase. Optado por quimioembolização como bridging até o transplante.</p> <p>DISCUSSÃO: A BCLC é a classificação recomendada. Ela oferece dados de prognósticos e sobrevida dos pacientes de acordo com seu estágio e possui fácil aplicação. Os estágios são 0, A, B, C, D. Estágio 0 é estágio muito inicial definido como CHC < 2 cm sem acometimento vascular em paciente com função hepática preservada e status performance 0. Tratamento curativo inclui radioablação ou ressecção. Estágio A, são os tumores dentro dos critérios de Milão em pacientes CHILD A ou B. Medidas terapêuticas incluem ressecção hepática e transplante. Paciente com características desfavoráveis à ressecção cirúrgica são encaminhados para transplante. Estes podem ser submetidos a terapias locoregionais enquanto aguardam na fila. Sobrevida em 5 anos entre 50 a 75%. Tumores estágio B incluem tumores volumosos ou múltiplos não passíveis de ressecção. Tratamento de primeira linha é a quimioembolização. Por fim estágios C e D são estágios mais avançados cujo tratamento inclui quimioterápicos como Sorafenib até medidas de suporte. Nesse relato temos paciente BCLC A, que apresenta, entretanto, condição desfavorável a ressecção cirúrgica e, portanto, optado pelo transplante. Foi realizado a quimioembolização como ponte para manter o paciente dentro dos critérios de Milão até o transplante hepático.</p>	<p>RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA COM PROTESE - RELATO DE CASO</p> <p>Renata Gama Lino, Camila Fecury Cerqueira, Thayná Soares Oliveira, Juliane Lopes do Nascimento, Eric de Oliveira Soares Júnior, Leticia Liberato Bandeira de Melo, Hugo Weisfiel Mendes, Andressa Borges Brito</p> <p><i>UNITPAC - ARAGUAÍNA - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico das afecções da parede torácica teve uma evolução bastante acentuada nas últimas décadas. Este desenvolvimento se deve, em grande parte, à expansão do conhecimento da anatomia e fisiologia das estruturas músculo-esqueléticas que formam a parede torácica, associado a um notável progresso dos métodos de imagem e de técnicas operatórias. Conhecimentos de cirurgia torácica geral se somaram a técnicas de cirurgias ortopédicas, vasculares, plásticas, ao desenvolvimento de materiais protéticos e a técnicas de substituição de tecidos. Os avanços trazidos pela somatória destes conhecimentos aumentaram a confiança em aproveitar conhecimentos cirúrgicos usados em outras especialidades no campo da cirurgia torácica, permitindo ao cirurgião moderno enfrentar e resolver problemas antes considerados insolúveis. A ressecção de elementos da parede torácica ou de placas interessando toda a sua espessura não é tecnicamente difícil, mas pode se tornar de alto risco ou inviável, se o planejamento da reconstrução não for adequado. As grandes ressecções parietais só puderam ser indicadas com segurança, quando as técnicas de reconstrução estava bem definida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.R.O., de 38 anos, encaminhado do Hospital Regional de Balsas-MA, para o Dom Orione em Araguaína- TO, com fraturas em fêmur direito e em costelas torácicas T4 até T8, por causa de um acidente transito automobilístico. Queixando-se de febre intermitente e dispneia moderada. Após 10 dias de internação e uma cirurgia no fêmur de haste intramedular, realizou-se a cirurgia de reconstrução torácica com prótese ?, de duração em torno de 7 horas de duração, com a colocação das próteses das costelas T4,T5,T6,T7,T8.Intraoperatório sem nenhuma intercorrências e anestesia Geral, com bons sinais vitais. No pós, relata contínua febre e alta no sétimo dia pós cirúrgico. Na semana posterior da alta, deu entrada novamente no hospital, pela febre agudizada, diagnosticado com infecção por E. Coli e edema pulmonar, tratado da infecção com antibióticos e com a drenagem pulmonar pelo edema, paciente recebeu alta após quinto dia de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso relata a importância da evolução desses tipo de cirurgia para uma melhor solução das fraturas torácicas e qualidade de vida para o paciente. A literatura ressalta, que a reconstrução da parede torácica envolve procedimentos que objetivam manter a impermeabilização pleural, e consequentemente, a fisiologia ventilatória, além de proteger órgãos internos e manter padrão estético do contorno do tórax, estabilizando o esqueleto e facilitando a síntese das partes moles.</p>
<p>PO 669-3</p> <p>AEROPORTIA: UM SINAL GRAVE E INCOMUM SECUNDARIO A ISQUEMIA MESENTERICA</p> <p>TATIANE TORQUATO SILVA RODRIGUES, KELVIN MENDES CARVALHO, WAGNER MINGHINI, RODRIGO COSTA CARVALHO, RAQUEL COSTA BATISTA QUEIROZ, WINDSOR SILVEIRA BRANDÃO FILHO, NATHALIA TARARAM ZANETTI, MEIRE APARECIDA JACINTO GUNDIM</p> <p><i>UNIRG - GURUPI - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A aeroportia (AP) presente neste caso é um achado radiológico raro e pouco discutido na literatura científica, mostrando a necessidade da análise de sua patogênese para maior entendimento. Sua principal etiologia é a isquemia mesentérica, embora abscessos intra-abdominais e outras causas mais raras (colecistite enfisematosa, diverticulite, pancreatite grave) também serem encontradas. Os mecanismos envolvidos para formação da AP estão relacionados ao dano da mucosa intestinal pela hipóxia, gerando passagem de ar do lúmen intestinal para o sistema venoso, há também a translocação bacteriana devido à alteração na permeabilidade da mucosa, com gás na circulação portal pelo metabolismo das bactérias anaeróbias.</p> <p>RELATO DE CASO: I.O.C, 71 anos, sexo feminino, foi admitida no HRG-TO com queixa de dor abdominal inespecífica há 3 dias, acompanhada de episódios de vômitos; diabética, hipertensa, cardiopata, sem história de doença ou sintomas gastrointestinais prévios. Na admissão, ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, normotensa, taquicárdica, afebril, desidratada, abdome globoso com ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso a palpação em hipogastrio. Foi realizado ECG que mostrou: Fibrilação atrial (FA), infra de ST em parede ântero-septal. Exames laboratoriais documentaram significativa leucocitose, proteinúria, glicosúria, enzimas cardíacas sem alterações. A USG realizada constatou apenas presença de gases no abdome. A paciente evoluiu com hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, queda da SpO2 e em FA, que foi revertida; após estabilização, foi feita uma TC com contraste. A apresentação clínica era sugestiva de sepse abdominal e as principais hipóteses diagnósticas incluíram pyleflete e isquemia mesentérica (IM), além da presença de arritmia ser importante fator de risco (FR) que sustenta o diagnóstico tardio. Hidratação intensa, antibioticoterapia empírica, anticoagulante e antiarrítmico foram iniciados, mas a paciente continuou evoluindo com piora. A TC de abdome revelou AP e obstrução total da aa. mesentérica superior, a paciente foi então submetida a laparotomia exploradora de emergência, onde a IM foi confirmada e executada extensa ressecção de necrose do intestino delgado + colectomia parcial + enteroanastomose. No dia seguinte, a paciente não resistiu ao choque séptico e foi à óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Mesmo com pouca literatura sobre o assunto, essa nos mostra que a AP é considerada um sinal de mau prognóstico, e, quando associada à IM, há necrose transmural em 91% dos casos e alta taxa de mortalidade (75%), com maior prevalência em pacientes acima dos 50 anos, sexo feminino e com comorbidades cardiovasculares. Após o entendimento dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento da AP vinculado ao caso relatado, fica evidente a necessidade da investigação e associação dos FR com a apresentação clínica inicial da patologia de base, sendo este o momento propício para a intervenção cirúrgica com maior probabilidade de alterar positivamente o prognóstico.</p>	<p>PO 670-1</p> <p>ABSCESSO HEPATICO SECUNDARIO A PERFURAÇÃO GASTROINTESTINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Fábio França de Souza, Phábio Claudino Estrela Terra Theodoro, Camila Temporim de Alencar, Mariana Magalhães Rodrigues dos Santos, Juliana Regis de Almeida, Lucas Macedo Alves, Lucas de Oliveira Silva, Renato de Lima</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Taguatinga - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A perfuração do trato gastrointestinal (TGI) por ingestão de corpo estranhos é extremamente rara, representa menos de 1% dos casos e a causa mais comum é a ingestão acidental de espinha de peixe. Cerca de 75% dos corpos estranhos ingeridos se impactam ao nível do cricofaríngeo e mais de 90% passam pelo TGI, sendo raras as complicações graves. A dificuldade na suspeita diagnóstica leva ao diagnóstico tardio e consequentemente ao pior prognóstico, o que pode resultar em alta mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: DGS, masculino, 67 anos, admitido no Hospital Regional de Taguatinga com relato de dor abdominal difusa há 30 dias, em queimação, associada a perda de peso, inapetência e febre não aferida. Ao exame apresentava-se hipotenso, desidratado, icterício, taquicárdico com abdome doloroso à palpação de hipocôndrio direito. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose, bilirrubina direta aumentada, elevação da creatinina sérica, uréia e TGO. Foi instituída antibioticoterapia empírica com meropenem, além de uso de noradrenalina devido ao quadro de choque séptico. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome sem contraste com lesão cística/necrótica multiloculada no segmento hepático IV medindo cerca de 12 x 9 cm sugestiva de abscesso ou lesão neoplásica. No 7º dia de internação, já sem uso de droga vasoativa, mantinha leucocitose, sendo optado por associar vancomicina. Submetido a nova TC, dessa vez com contraste, que evidenciou abscesso hepático com volume estimado em 1L. Realizada laparotomia exploratória com drenagem de cerca de 1L de conteúdo purulento no segmento hepático VII com retirada de uma espinha de peixe em loja de abscesso. Paciente evoluiu com melhora do quadro algico e laboratorial recebendo alta hospitalar no 6º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de cada vez mais reconhecida, a associação entre abscesso hepático e perfuração do TGI ainda tem baixo grau de suspeição devido à sintomatologia variada e a dificuldade em obter dados durante a anamnese, visto ser comum o esquecimento da ingestão de corpo estranho por parte dos pacientes. A ecografia de abdome pode ser de grande ajuda para o diagnóstico, porém o exame de imagem padrão-ouro é a TC com contraste, que delimita com mais precisão a extensão e localização do corpo estranho. Se não diagnosticada rapidamente, a perfuração por corpo estranho pode levar à morte devido a complicações, que variam desde alterações inflamatórias leves até a formação de abscessos, obstrução intestinal e sangramento. O tratamento mais recomendado para esse tipo de abscesso é drenagem cirúrgica com remoção do corpo estranho associado à antibioticoterapia.</p>

PO 670-2	PO 670-3
<p>TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA- RELATO DE CASO</p> <p>Lucas Berwanger Simon, Leonardo Priori, Edson Brambate, Nelson Perelman Rosenberg, João Victor Guimarães Almeida</p> <p><i>Universidade federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário(TFS), trata-se de uma neoplasia de origem mesenquimal fibroblástica, é neoplasia rara, com incidência aproximada de 2,8 casos por 100.000, correspondendo a 5% de todas as neoplasias pleurais. Sua incidência é igual entre homens e mulheres, e o pico acontece da 5ª à 8ª década. Suas manifestações clínicas inespecíficas tornam os métodos de imagem essenciais ao seu diagnóstico. A biópsia guiada por tomografia computadorizada pode auxiliar a definir o diagnóstico. O tratamento definitivo é cirúrgico. Relatamos o caso de um paciente com tumor fibroso solitário descoberto ao acaso em investigação de anemia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 72 anos, com história de AVCh há 3 anos e com HAS controlada, iniciou com quadro de astenia e dispnéia. Procurou o serviço de emergência depois de um mês do início dos sintomas pois não conseguia mais caminhar devido a fraqueza. Exames de sangue demonstraram presença de anemia, a qual após investigação da causa foi descoberto a existência de massa pulmonar. Negou perda de peso, tabagismo e etilismo. Relatou perda do apetite. Internou no serviço de cirurgia torácica para maior investigação do nódulo. Na radiografia de tórax foi evidenciada lesão expansiva na metade inferior e lateral de hemitórax esquerdo. Em seguida, realizou-se tomografia de tórax com presença de massa de 8,1 x 8,0 x 5,5 cm em segmento superior do lobo inferior esquerdo com mínimo grau de extensão transscissural para lobo superior esquerdo, com amplo contato com a superfície pleural. Realizada biópsia guiada por tomografia, cujo diagnóstico anatomopatológico e imuno-histoquímico foi de tumor fibroso solitário. O paciente foi então submetido à toracotomia esquerda, com ressecção da massa pleural associada à ressecção em cunha de parte do lobo inferior esquerdo, devido ao íntimo contato com o parênquima pulmonar. Não apresentou complicações no pós-operatório. Análise anatomopatológica e imuno-histoquímica da lesão confirmaram tumor fibroso solitário.</p> <p>DISCUSSÃO: As manifestações clínicas do tumor fibroso solitário são inespecíficas, como neste caso em que foi investigado quadro de anemia. Os métodos de imagem são fundamentais ao diagnóstico. A tomografia de tórax auxilia na definição do plano cirúrgico e correlação com estruturas vizinhas. O diagnóstico do TFS é obtido por meio de características histopatológicas e imunofenotípicas. A maior parte dos TFS são benignos, 10% a 20% podem exibir comportamento maligno. A exérese completa permite melhor avaliação histológica, bem como avaliação de malignidade. O tratamento de escolha para o TFS é a ressecção cirúrgica com margens de segurança, sendo este o fator de melhor prognóstico. Não há na literatura estudos consistentes quanto indicação ou benefício de tratamento quimioterápico e/ou radioterápico adjuvantes. Após a abordagem cirúrgica, faz-se necessário o acompanhamento periódico destes pacientes pelo risco de recidiva local e metástases a distância.</p>	<p>COLELITIASE E COLEDOCOLITIASE - DIAGNOSTICO POR MEIO DE RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO</p> <p>Natasha Garcia Caldas, Rodrigo De Paula Monteiro, Stephanie da Silva Fernandes, Matheus Paiva de Souza, Leandro Martins Gontijo, André Araújo de Medeiros Silva, Nimer Ratió Medrei</p> <p><i>Hospital da Região Leste - HRL - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Colelitíase é a patologia mais comum envolvendo a vesícula e árvore biliar. Sua prevalência é de 11 à 36% a depender da população, idade e gênero. Caucásianos, hispânicos e europeus ocidentais tem maiores prevalências do que negros, asiáticos e europeus orientais. Além disso, mulheres, principalmente com o passar da idade tem aumento gradual da sua prevalência. O melhor método para o diagnóstico da colelitíase é a ultrassonografia de abdome, com sensibilidade entre 80-100%. A imensa maioria dos cálculos biliares são representados por cálculos de colesterol (10% deles formados por apenas colesterol e 70% por colesterol e cálcio - o restante sendo representado pelos cálculos pigmentares). De acordo com dados da literatura, 15% dos cálculos biliares têm cálcio suficiente para se tornarem radiopacos para visualização à radiografia simples, porém, na prática clínica, é raro observar a presença de tal achado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 53 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro de Cirurgia Geral com queixa de dor em região de epigástrico, associado a 01 episódio de vômito. Ao exame físico, apresentava dor a palpação de quadrante superior direito do abdome, Murphy ausente, sem sinais de irritação peritoneal. Solicitados exames laboratoriais e radiografias de abdome agudo. Na radiografia foi visualizada ausência de pneumoperitônio, porém chamou atenção coleção agrupada de imagens radiopacas compatíveis com cálculos na topografia da vesícula biliar. Análise mais detalhada evidenciava ainda presença de cálculos na topografia de via biliar principal. Exames laboratoriais evidenciavam amilase de 2659, além de alteração de bilirrubinas e enzimas canaliculares. Paciente negava histórico de colelitíase. Optado pela internação da paciente em dieta zero visto diagnóstico de pancreatite e solicitado ultrassonografia de abdome, que evidenciou colelitíase e coledocolitíase, com dilatação das vias biliares e presença de cálculo de 11mm no cóledoco distal, além de vesícula com múltiplos cálculos em seu interior - achado ecográfico que corrobora a hipótese aventada a radiografia. Paciente recebeu medidas clínicas para o tratamento da pancreatite e, após melhora, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intra-operatória, na qual não foi mais observada a presença de cálculos em via biliar principal. Evoluiu satisfatoriamente após a cirurgia, recebendo alta no primeiro dia pós-operatório, com alta ambulatorial após resultado de biópsia evidenciando colelitíase crônica.</p> <p>DISCUSSÃO: Colelitíase é um dos grandes motivos de procura por consultas em pronto socorro de cirurgia geral. Sabe-se que a ultrassonografia é o melhor método diagnóstico, porém não se pode desprezar a importância da rotina radiológica na investigação de casos de abdome agudo, visto que em algumas situações é possível realizar o diagnóstico de colelitíase, e até mesmo coledocolitíase, como no caso relatado, com a radiografia.</p>
<p>PO 671-1</p> <p>RELATO DE TRATAMENTO DE HEMANGIOMA HEPATICO CAVERNOSO COM HEPATECTOMIA LAPAROSCOPICA ASSOCIADA AO USO DO DISSECTOR ULTRASSONICO, DEMONSTRANDO A MELHOR RECUPERAÇÃO POS OPERATORIA DO PACIENTE CIRURGICO.</p> <p>PAULA OLIVEIRA LUCIALDO LANDIM, MICHELLI DALTRO COELHO RIDOLFI, KLERIENE VILELA GOMES SOUZA, DOUGLAS AUGUSTO DE OLIVEIRA GOMES, EDUARDO RAMON DA CRUZ, RUI CARLOS SILVA JUNIOR, LARISSA LARA GALVÃO DE MORAES, PEDRO GOMES COELHO</p> <p><i>HOSPITAL METROPOLITANO DE VARZEA GRANDE - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A primeira hepatectomia laparoscópica foi relatada por Reich, em 1991. Apresentando menor duração, menor hospitalização, menor incidência de complicações, menor taxa de recorrência local, índices mínimos de morbidade, e ausência de complicações como hemorragia ou embolia gasosa. A maior parte das conversões para procedimento aberto, cerca de 70%, se dá pelo sangramento intra-operatório. Aparelhos, como Dissector Ultrassônico (SONOCA), bisturi harmônico, pinça bipolar e radiofrequência, são atualmente disponíveis. O Hemangioma hepático é o tumor benigno primário mais comum do fígado, o diagnóstico frequentemente é incidental, determinando o diagnóstico diferencial com tumores benignos e principalmente malignos, representados pelas metástases e o carcinoma hepatocelular. A maioria dos hemangiomas com tamanho inferior a 4cm é assintomática. As indicações para o tratamento cirúrgico baseiam-se no tamanho maior de 4cm, nos sintomas clínicos, na incerteza diagnóstica e na velocidade de crescimento. Neste trabalho, mostramos o caso de uma paciente com hemangioma hepático, bem como a escolha da técnica laparoscópica foi a melhor opção de tratamento, levando a uma evolução satisfatória.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.C.S.S, 39 anos, feminino, nega HAS e DM, relata retirada de nódulo mamário, e mioma uterino, e faz acompanhamento de nódulo tireoidiano. Retirou DIU há dois anos, está em menopausa, e nega uso de medicações. Fez um USG abdominal de rotina, evidenciando um nódulo hepático de etiologia a esclarecer. Foi iniciado investigação, dosado CEA (1,28), CA19-9 (<2), Alfa-fetoproteína (4,13), e sorologias hepáticas, sendo todos os exames dentro da normalidade. A Ressonância Magnética de abdome superior evidenciou quatro nódulos hepáticos compatíveis com hemangiomas, nos segmentos IV (5,6 cm), VII (2,8 e 1,2 cm), VI (2cm). Devido à localização da lesão, sua benignidade, e aumento progressivo de tamanho, foi decidido pelo tratamento cirúrgico, com proposta de ressecção das lesões. Realizada então, hepatectomia parcial laparoscópica, com ressecção do segmento IV e V juntamente com colecistectomia. O Dissector Ultrassônico (SONOCA), foi utilizado, a hemostasia feita com pinça Kaiman, e usado cola e adesivo no final. Não houve intercorrências, sangramento de 50 ml durante a cirurgia, e a retirada da lesão se deu por incisão de pfannestiel. Encaminhada para UO no POI, no 2º PO para enfermagem, e teve alta hospitalar no 4º PO com sintomas, com bom seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O desenvolvimento de novos instrumentais e a melhoria das técnicas possibilitaram a realização de ressecções hepáticas com maior segurança. O uso da laparoscopia associada ao dissector ultrassônico e o kaiman, resultaram em claros benefícios para a paciente, o que foi evidenciado no caso relatado, mostrando que é uma abordagem cirúrgica segura, e é um procedimento viável e considerado padrão-ouro, com melhor recuperação, e que pode ser aplicada cada vez mais em pacientes com lesões hepáticas.</p>	<p>PO 671-2</p> <p>RELATO DE CASO: ANGIOSARCOMA PULMONAR TRATADO COM PNEUMONECTOMIA A DIREITA RESULTANDO EM BOM PROGNOSTICO AO PACIENTE</p> <p>PATRIZIA CALEGARO PALMA, Álvaro Bortolin Fonseca, Guilherme Hoff Dos Santos Meurer, Pedro Proença Guerrieri, Nelson P Rosenberg, Marcelle Dietrich Oliveira</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Angiossarcomas são tumores malignos de células endoteliais de origem vascular ou linfática raros, caracterizados por um crescimento insidioso com extensa invasão local e metástase hematogênica. Representam cerca de 2% de todos os sarcomas de partes moles, podendo surgir em qualquer parte do corpo. Entretanto, o envolvimento pulmonar é bastante incomum, representando menos de 7% dos casos. A idade mais comum de acometimento da doença é acima de 40 anos e o sexo masculino é o mais afetado. Infelizmente esse tipo de tumor apresenta um prognóstico pobre com altas taxas de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: NDS, masculino, 62 anos, história médica progressiva de hipertensão arterial sistêmica, não tabagista. Encaminhado do ambulatório de Pneumologia para a equipe da Cirurgia Torácica para investigação de alterações radiológicas em pré-operatório de lesão ligamentar de ombro direito. Em consulta, referiu escarro hemoptoico eventual há 5 meses e perda ponderal de 7 kg neste período. Negava demais queixas. Realizados exames laboratoriais e de imagem para investigação de neoplasia. Tomografia de tórax: lesão tumescente com densidade de partes moles e impregnação heterogênea pelo contraste, medindo 8,7x7,7x6,5 cm, localizada em segmento apical posterior do lobo superior direito, apresentando contato com a pleura costal lateral e com o terço médio da cissura oblíqua, sugestiva de lesão neoplásica primária. Nódulo residual medindo 0,8 cm em lobo inferior esquerdo. Linfonodomegalia hilar direita medindo 3x2 cm. Linfonodomegalias em 2D e 4D, a maior medindo 2,2x1,3 cm. Cintilografia óssea: achados em arcos costais direitos sugestivos de lesões osteoblásticas por contiguidade ao tumor pulmonar presente. Anatomopatológico (AP) de biópsia da lesão: sugestivo de angiossarcoma (células fusiformes). Imunohistoquímica: neoplasia vascular. Mediastinoscopia: 3a + 4d - AP: negativos. Após exames, em cirurgia, optou-se por realizar pneumonectomia direita acompanhada de costectomia de 6º arco costal direito e linfadenectomia da cadeia número 7 por toracoscopia vídeo assistida devido à presença de adenopatias junto à origem dos primeiros ramos da artéria pulmonar direita e do coto vascular proximal curto. Sem intercorrências durante a cirurgia e pós-operatório. Atualmente, paciente segue em follow-up no serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: Os angiossarcomas pulmonares primários são tumores extremamente raros. O envolvimento pulmonar da doença normalmente é atribuído à doença metastática, sendo a pele e o tecido subcutâneo da cabeça e do pescoço os locais primários mais comuns. Os pacientes geralmente apresentam sintomas respiratórios inespecíficos que incluem hemoptise, tosse, dispnéia, dor torácica e perda de peso. Por fim, configuram-se como um desafio diagnóstico para a comunidade médica. Por fim, a semelhança desse relato, um alto índice de suspeita é essencial para o seu diagnóstico precoce e pode melhorar seu mau prognóstico.</p>

PO 671-3	PO 672-1
<p>DIAGNÓSTICO INTRAOPERATÓRIO DE PARAGANGLIOMA - RELATO DE CASO</p> <p>Ana Rosária Medeiros Peres, Romulo Andrade Souki, Fernanda Ramos Brandão, Angerson Caetano Cecatto, Eduardo Reis Maia, Manuela Alves Marinho Rabelo, Juan Mário Vaca Pereira Vrandecic, Paula Braga Nunes</p> <p><i>BIOCOR - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paraganglioma é o tumor que se origina das células cromafins paraórticas da crista neural e não se agrupam nas glândulas supra-renais, podendo surgir ao longo dos gânglios do plexo parassimpático ou do plexo simpático paravertebral. Podem ser secretores ou não de catecolaminas, principalmente adrenalina e noradrenalina. Quando secretores são referidos popularmente como feocromocitomas extra-adrenais, pois apresentam a sintomatologia semelhante a estes. É uma doença rara, principalmente em sua variante não excretora, e não há predomínio entre os sexos. Ocorrem como neoplasia única ou associada a outros tumores endócrinos. A malignidade depende da invasão regional, metástase a distância, tamanho, tempo do diagnóstico e propedêutica. A ressonância magnética por sua alta sensibilidade é fundamental para localização, e deve ser complementada pela angiotomografia.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 35 anos, assintomático, realizou ressonância nuclear magnética para acompanhamento de hérnia de disco vertebral, sendo identificado tumor retroperitoneal delimitado e ovalado, heterogêneo, em região infra renal anterior com plano de clivagem em veia cava; para complementação realizou angiotomografia evidenciando lesão isolada do vaso retroperitoneais. Ao exame físico apresentava-se afebril e estável hemodinamicamente, abdome normotenso indolor com palpação de massa infraumbilical a direita, móvel e endurecida; testículos tópicos com hidrocele a direita, eliminações fisiológicas satisfatórias. Submetido a laparoscopia para exérese do tumor retroperitoneal com linfoadenectomia. Material enviado para exame anátomo patológico que mostrou neoplasia epitelial compatível com feocromocitoma. Durante procedimento operatório o paciente apresentou crise hipertensiva corrigida, de difícil controle pela equipe de anestesia e com resolução imediata após a ressecção do tumor. Apresentou evolução favorável em pós operatório sendo encaminhado à oncologia para avaliação global e estadiamento, não sendo indicado tratamento adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de um tumor raro, destacando-se que a níveis normais de catecolaminas não exclui o seu diagnóstico. Apesar de possuírem aspecto variável são sempre hipervascularizados. Os tumores grandes podem conter zonas necróticas e apresentar hemorragias. O tratamento de escolha é cirúrgico apesar de ser um desafio devido às possíveis alterações hemodinâmicas durante sua manipulação. Em casos de malignidade definida pelo comportamento biológico do tumor há a indicação de adjuvância com quimio e/ou radiofármacos.</p>	<p>ANGIOMIXOMA HEPÁTICO: UM RARO RELATO DE CASO</p> <p>PAOLA DE ARAUJO SARDENBERG ALVES, Haroldo Jose Siqueira da Igreja Junior, Meire Carolsa da Mato Bastos, Pedro Augusto Correa de Araujo Rodrigues Caldas, Paulo Henrique Ribeiro de Oliveira, Kelli da Silva Gonçalves, Julia Fazoli de Carvalho, Lara Rodrigues Moreira</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS - CAMPOS DOS GOYTACAZES - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Angiomixoma Agressivo (AA) é um tumor raro - acomete cerca de 0,0017% da população, sendo os sítios principais de acometimento a região pélvica, perineal e vulva. Na literatura há poucos relatos no tecido hepático. Epidemiologicamente, é mais incidente no sexo feminino (6,6:1), em idade reprodutiva, geralmente de comportamento evolutivo indolente. Denomina-se agressivo pelo seu alto índice de recorrência após tratamento cirúrgico e invasão de estruturas adjacentes. O tratamento cirúrgico é a terapia de escolha, uma vez que a radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia não apresentaram resultados estatisticamente significativos nos estudos.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 36 anos, negra, natural de Campos dos Goytacazes - RJ, hipertensa em tratamento regular, em uso de anticoncepcional oral. Admitida no Hospital Ferreira Machado (HFM), colisão auto x anteparo, queixando-se de dor em transição toraco-abdominal. Ao exame físico inicial, apresentava massa palpável em abdome superior e queimadura de segundo grau em membro inferior esquerdo. Realizada Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdome, evidenciando tumoração hepática extensa heterogênea, com realce heterogêneo pelo meio de contraste, captação centrípeta e área de degeneração cística central, de dimensões 31,6 x 20,7 x 19,1 cm que ocupava os segmentos IV, V, VI, VII até fossa ilíaca direita, com possível área de sangramento contido. A paciente permaneceu em internação hospitalar por 6 dias no hospital de origem, realizando hemograma seriados, manifestando queda da hemoglobina com necessidade de transfusão por hemocomponentes. Após estabilização clínica do quadro, foi transferida para hospital de alta complexidade em oncologia, submetida a nova TC de abdome e pelve, sem evidência de sangramento ativo ou líquido livre na cavidade. Iniciou então o preparo para cirurgia eletiva - hepatectomia direita, a qual foi realizada no vigésimo primeiro dia pós trauma. Espécime cirúrgica encaminhada para histopatológico: pesando de 5.685 gramas, medindo 3,3 x 2,6 x 18 cm, com vascularização evidente, consistência sólido-cística, com abundante estroma mixóide identificado pela avaliação microscópica. Laudo histopatológico compatível com Angiomixoma hepático, com margens cirúrgicas livres de lesão. Paciente recebeu alta hospitalar no quarto dia pós cirúrgico, e atualmente encontra-se em acompanhamento oncológico, sem evidencia de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: O angiomixoma trata-se de uma patologia rara, sem sinal clínico patognomônico específico o que dificulta o diagnóstico precoce. Faz-se necessária a discussão de casos raros como esse, para abastecimento de bases informativas afim de ser lembrado em diagnósticos diferenciais de lesões primárias hepáticas, tais como hemangioma, angiossarcoma, adenoma.</p>
<p>PO 672-2</p> <p>PNEUMONIA NECROTIZANTE: QUAL O MELHOR MOMENTO PARA A ABORDAGEM CIRÚRGICA?</p> <p>Eduardo Augusto Borges Primo, Bárbara Alves Campos Ferreira, Luísa Freire Barcelos, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Carlúcio Cristino Primo Junior, Melissa Giovanucci, Daniel Messias Moraes Neto</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pneumonia Necrotizante (PN) é definida como a formação de liquefação, necrose e cavitações pulmonares após a instalação de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Com desfechos clínicos pobres, a indicação correta da intervenção cirúrgica no tempo adequado ainda é um grande desafio na prática clínica. Buscou-se realizar uma revisão de literatura do tema e relatar um caso clínico no qual foi necessário a abordagem cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem 34 anos, situação de rua, etilista e tabagista, queixou-se de dispnéia há 05 dias. RX de Tórax (RT) revelou importante hidropneumotórax à direita - velamento de 2/3 inferiores do pulmão. Realizada toracostomia em sistema fechado à direita com saída de 1000mL de secreção sero-hemática. RT de controle evidenciou reexpansão incompleta. Mantida conduta clínica e intensificada fisioterapia respiratória. Houve permanência do quadro radiográfico e débito do dreno de tórax de 200 mL/dia. Sem febre e outras alterações. TC de Tórax evidenciou encarceramento de lobo pulmonar direito. Indicada a decorticação pulmonar. No intra-operatório, observou-se encarceramento pulmonar e necrose parenquimatosa extensa. Realizada lobectomia com necrosectomia. Apresentou melhora do quadro, seguida de alta em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: A PN é uma complicação grave da PAC decorrente de características inerentes ao hospedeiro e relativas ao agente infeccioso. O paciente do caso possui fatores agravantes de uma PAC, como situação de vulnerabilidade social, uso de drogas ilícitas, etilismo e tabagismo. Os agentes etiológicos mais comuns são: K. pneumoniae, P. aeruginosa, S. aureus e S. pneumoniae. Entretanto, em 50% dos casos, não é possível isolar o agente infeccioso. A identificação da etiologia pode guiar a terapêutica medicamentosa, contudo a base do tratamento clínico é feita com antibioticoterapia endovenosa empírica (ATBT). A persistência de hemoptise, formação de empiema, abscesso e gangrena pulmonar, além de falha na ATBT, são indicações clássicas para realização da cirurgia. No entanto, alguns autores propõem que, nesses casos, seria de grande valia uma abordagem conservadora prolongada visando a estabilização clínica e o maior tempo de identificação de áreas passíveis de reperusão. Em contrapartida, a intervenção cirúrgica precoce pode possibilitar a ressecção mais precisa do parênquima afetado, uma vez que o processo necrótico estaria localizado, melhorando, assim, os desfechos clínicos, diminuindo o tempo de internação no pós-operatório e as chances de reabordagens futuras. A abordagem terapêutica da PN deve ser individualizada, levando em consideração o status performance do paciente, bem como a presença ou não de complicações. Nesse sentido, é de suma importância a integração entre a equipe clínica e cirúrgica, visando a identificação precisa do momento mais adequado para a realização de cirurgia nesses pacientes.</p>	<p>PO 672-3</p> <p>PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL</p> <p>Ana Rosária Medeiros Peres, Romulo Andrade Souki, Fernanda Ramos Brandao, Angerson Caetano Cecatto, Eduardo Reis Maia, Manuela Alves Marinho Rabelo, Juan Mario Vaca Pereira Vrandecic, Paula Braga Nunes</p> <p><i>Instituto BIOCOR - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Paraganglioma retroperitoneal ou extra-adrenal é o tumor que origina das células cromafins paraoórticas da crista neural e não se agrupam nas glândulas supra-renais podendo surgir ao longo dos gânglios do plexo simpático paravertebral de localização abdominal; secretor de catecolaminas, principalmente adrenalina e noradrenalina. Muitas vezes referidos como feocromocitoma extra-adrenal. Doença rara principalmente em sua variante não excretora, e não há predomínio entre os sexos. Pode ser neoplasia única ou associada a outros tumores endócrinos. A malignidade depende da invasão regional, metástase a distância, tamanho, tempo da sintomatologia clínica ao diagnóstico confirmado por exames complementares e propedêutica. Ressonância magnética por sua alta sensibilidade é fundamental para localização, e ser complementada pela angiotomografia.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 35 anos, assintomático, em exame periódico de RNM anual para acompanhamento de hérnia de disco vertebral foi visualizado tumor retroperitoneal delimitado e ovalado, heterogêneo, em região infra renal anterior com plano de clivagem em veia cava; para complementação realizou angiotomografia evidenciando lesão isolada do vaso retroperitoneais. Ao exame físico afebril e estável hemodinamicamente, abdome normotenso indolor com palpação de massa infraumbilical a direita, móvel e endurecida; testículos tópicos com hidrocele a direita, eliminações fisiológicas satisfatórias. Submetido a laparoscopia para exérese de tumor retroperitoneal com linfoadenectomia e enviado para o anátomo patológico, neoplasia epitelial compatível com feocromocitoma. Durante procedimento cirúrgico apresentou crise hipertensiva corrigida com a ressecção do tumor. Apresentou evolução favorável em pós operatório sendo encaminhado à oncologia para estadiamento, não sendo indicado tratamento adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: Constitui um relato de caso com revisão literária tratando de tumor raro produtor de catecolamina e acumulador de MIBG, que entretanto sua normalização não exclui o diagnóstico. Apresentam aspecto variável mas sempre hipervascularizado, tumores grandes podem conter zonas necróticas e apresentar hemorragias. O tratamento de escolha é cirúrgico mesmo sendo um desafio devido o contato com grandes vasos e vasta vascularização, pois é curativa. Em casos de malignidade definida pelo comportamento biológico do tumor há a adjuvância de quimio e/ou radiofármacos.</p>

PO 673-1	PO 673-3
<p>ABCESSO HEPATICO PIOGENICO POR COMPLICAÇÃO DE COLECISTITE INTRA-HEPATICA GANGRENOSA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Danilo Alvarenga Ferreira, João Paulo da Silva Liberalino, Jonnathan Camara da Silva Vianna, Alcivan Batista de Moraes Filho, Sonia Elizabeth Lopez Carrillo, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Abscesso hepático é uma afecção RARA com incidência estimada de apenas 0%-0,3% e com alta taxa de mortalidade, cerca de 15%. As causas são variáveis, abrangendo as infecções das vias biliares, portais e criptogênicas. O presente trabalho retrata um relato de caso de abscesso hepático por complicação de colecistite intra-hepática.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 45 anos, admitido no hospital queixando-se de dor no hipocôndrio direito, febre, náuseas, vômitos, perda de peso, anorexia e astenia há 8 dias. Ao exame físico, apresentava-se icterício, febril e com sinal de Murphy positivo. A ultrassonografia mostrou sinais de colelitíase com colecistite, a tomografia, formação de abscesso hepático de dimensões de 10,1 x 7,9 x 7,2 cm, e a colangiografia evidenciou derrame pleural bilateral e volumoso abscesso hepático nos segmentos V-VI-VI (12,6 x 10,3 x 11,3 cm), sendo iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose moderada (14.700/mm³) com neutrofilia, plaquetopenia (91.000/mm³), transaminases aumentadas e hiperbilirrubinemia (5,3 mg/dL), com predomínio de bilirrubina direta. No intra-operatório foi encontrada colecistite com vesícula intra-hepática, aderências intestinais no hipocôndrio direito e abscesso hepático, cuja cultura foi positiva para <i>Enterobacter</i> sp. resistente a ampicilina. Foi realizada drenagem do abscesso hepático, do tórax direito e colecistectomia. Devido ao sangramento profuso realizou-se o procedimento de packing. No pós-operatório imediato, o paciente foi admitido na UTI em estado grave, com aumento de INR e hiperbilirrubinemia (7,3 mg/dL) com predomínio de bilirrubina direta, sendo administrados concentrados de hemácias e plasma. Após 48 horas foi feita a retirada das compressas e drenagem de hemitórax esquerdo, além da colocação de dreno de penrose na cavidade do abscesso hepático. Com a manutenção da terapêutica de suporte e da antibioticoterapia de largo espectro, o paciente evoluiu bem, recebendo alta após 33 dias de internação. Cerca de três meses após alta, foi novamente admitido no hospital, com febre, astenia e anorexia devido à formação de novo abscesso hepático. Dessa forma, foi realizada punção direcionada por USG, com saída de secreção purulenta e cultura positiva para <i>Klebsiella pneumoniae</i>. Após drenagem e antibioticoterapia de largo espectro, paciente evoluiu bem e recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora a mortalidade associada ao abscesso hepático venha diminuindo ao longo do tempo pelos avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos, estágios avançados, como o relatado, ainda constituem um desafio para as abordagens médico-hospitalares, fazendo o desenvolvimento incomum apresentado, em que se obteve sucesso em recuperar um paciente que chegou ao estado geral grave por meio de complicações dessa afecção, digno de apresentação à comunidade científica.</p>	<p>HERNIA DE MORGAGNI EM PACIENTE ADULTO</p> <p>Alessandra Bassani, Augusto Cardoso Sgarioni, Luiza Herdy Boechat Luz Tiago, André Rombaldi, Jean Pierre Aschidamini, Diego Vitor Barbosa Fernandes, Scheila dos Santos Cardoso, Mateus Masotti</p> <p><i>Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias diafragmáticas congênitas decorrem de um erro no fechamento diafragmático durante a formação fetal. Estas, quando ocorrem através da membrana pleuroperitoneal anterior durante a fusão com o esterno e cartilagens costais na embriogênese, são denominadas hérnias de Morgagni, havendo a passagem de estruturas e/ou de vísceras abdominais através do triângulo esterno-costal, atrás do osso esterno. É um defeito raro, apresentando-se como uma alteração solitária ou como parte de um complexo maior, associado com malformações tóraco-abdominais e síndromes genéticas</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 38 anos, com queixa de dor abdominal em andar superior, associada a empachamento há cerca de duas semanas. Ao exame físico, leve desconforto abdominal difuso, sem sinais de peritonismo. No hemograma apresentava 6100 leucócitos, sem desvio e demais exames laboratoriais normais. Foi realizada complementação com tomografia computadorizada sem contraste, que apontou hérnia diafragmática pelo forame de Morgagni, com defeito medindo cerca de 3 cm, sendo que o conteúdo herniado era de gordura do omento abdominal associado a líquido coletado medindo 8,2 x 5,1 cm. Foi submetido a videolaparoscopia com redução do saco coelótico que continha parte do grande omento e também porção do cólon transversal, sem sinais de isquemia. Foi necessária liberação do ligamento falciforme para abordagem da hérnia, que foi corrigida com pontos separados em x com fio não-absorvível multifilamentar. O paciente teve boa evolução pós-operatória e sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A hérnia de Morgagni representa 2% a 3% das hérnias diafragmáticas, predomina à direita, possivelmente pelo fato do coração proteger o forame no lado esquerdo. Pode permitir a passagem de vísceras abdominais para o tórax ainda na vida embrionária, ou após devido ao aumento brusco da pressão intra-abdominal, seja por tosse, obesidade e outros esforços abdominais. Cerca de 5 a 25% das hérnias diafragmáticas são diagnosticadas após o período neonatal, mostrando-se mais presente no sexo masculino, como no caso relatado. A incidência varia de 1:2000 até 1:7000, podem ocorrer como defeito isolado, ou podem se associar com alterações cromossômicas, anomalias no tubo neural, coluna vertebral e cardiovasculares. Geralmente são assintomáticos, sendo achados ocasionais em exames de imagem. A tríade clássica é formada por dispnéia, cianose e dextrocardia presente em 50% dos casos. Infecções pulmonares recorrentes e refluxo gastro-esofágico são as complicações mais comuns a longo prazo. O tratamento preferencial é a herniorrafia, indicada mesmo nos pacientes assintomáticos, com o objetivo de evitar complicações, como encarceramento e estrangulamento visceral, além de tratar os sintomas quando presentes, tendo bom prognóstico pós-operatório. Evidencia-se assim a importância da investigação complementar frente a quadros clínicos inespecíficos, buscando-se diagnósticos diferenciais mesmo de patologias raras.</p>
<p>PO 674-1</p> <p>CISTO ADENOMA SEROSO DE FIGADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Luiz Felipe Medeiros Rocha, Dened Myller Barros Lima, Guilherme Bastos Palitot Brito, Lavier Kelvin Holanda Vidal, Carlos Antonio Souza Filho, Gabriela Lima Nóbrega, Rebecca Gomes Ferraz, Romero de Lima França</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões císticas do fígado representam um grupo heterogêneo de distúrbios, que diferem em etiologia, prevalência e manifestações clínicas. A maioria dos cistos hepáticos são encontrados incidentalmente em estudos de imagem e tendem a ter um curso benigno. Uma minoria deles pode causar sintomas e raramente podem estar associados à morbimortalidade graves. Os cistos maiores têm maior probabilidade de serem sintomáticos e causarem complicações como hemorragia espontânea, ruptura na cavidade peritoneal, infecção e efeito compressivo sobre a árvore biliar. Tipos específicos de cistos podem apresentar complicações únicas, como a transformação maligna, no caso de uma neoplasia cística mucinosa (cistadenoma), ou choque anafilático devido a um cisto hidático. Algumas dessas complicações podem ocasionalmente exigir intervenção cirúrgica. Em geral, não existe consenso sobre classificação das lesões císticas do fígado, bem como a melhor abordagem terapêutica para as lesões sintomáticas.</p> <p>RELATO DE CASO: E.B., sexo feminino, natural de Currais Novos-RN, foi atendida no ambulatório do Hospital Onofre Lopes (HUOL) com queixa de desconforto em região costal direita, de longa data (cerca de 6 anos) sem relato de perda de peso, náuseas, vômitos ou febre associados. Ao exame: bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, afebril. Ao exame do abdômen: apresentava-se globoso, flácido, doloroso à palpação superficial e profunda de hipocôndrio e flanco direito com massa subcostal em lado direito palpável. Realizou Ressonância Magnética (RM) de abdome superior em março/2014 evidenciando formação cística multisseptada no hipocôndrio direito (envolvendo segmentos V, VI e VII), com ténue realce septal, medindo 14,2 x 12,2 x 12,5 cm. Realizando exame de controle em dezembro/2018 sem mudanças das dimensões da lesão, contudo houve relato de piora das queixas álgicas no último ano. Diante do achado, foi indicada hepatectomia direita, procedimento que transcorreu sem intercorrências no dia 24 de janeiro de 2019. Material foi enviado para histopatológico, cujo diagnóstico determinou-se cisto adenoma seroso (C.A.S). Paciente permaneceu internada por 6 dias, sem necessidade de nova abordagem cirúrgica. A paciente atualmente encontra-se bem, sem queixas.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrevemos um caso de C.A.S cuja paciente acometida embora possuísse as mesmas dimensões da lesão por meio da RM em um período de 4 anos, houve mudanças acerca da percepção da dor, tornando-se mais intensa no último ano, fato principal motivador do seu procedimento cirúrgico.</p>	<p>PO 674-2</p> <p>TUMOR FIBROSO SOLITARIO GIGANTE EM SEPTAGENARIA</p> <p>Lorenzo Catucci Boza, Felipe Augusto Hage Soares, Thomás Paiva Lima Dias, Thiago Pinto Mendes, Ailton Schneider, Maria Tereza Ruiz Tsukasan, Jayme Oliveira Rios, Jose Antonio Lopes Figueiredo Pinto</p> <p><i>HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC-RS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apresentação usual dos tumores fibrosos solitários são tumores mesenquimais, frequentemente gerados a partir da pleura, caracterizados por neoplasias fibroblásticas com padrões de ramificações vasculares proeminentes. A maioria dos tumores fibrosos solitários são benignos; no entanto, alguns podem se tornar malignos, podendo chegar a apresentações como sarcomas de alto grau, com histopatologia multidirecional. Nosso relato de caso mostra um tumor gigante de pleural, oligossintomático, com tempo de evolução incerto, em idosa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, idosa, não tabagista, encaminhada ao ambulatório da cirurgia torácica por quadro de tosse persistente com escarro hialino, dispnéia a médios esforços e raio X com massa pulmonar em hemitórax direito. Sem hemoptise ou perda ponderal significativa. Ao exame físico apresentava murmúrios vesiculares abolidos em metade inferior de hemitórax direito, sem assimetria de caixa torácica. Tomografia computadorizada de tórax (29/01/19) apresentou volumosa massa pulmonar ocupando grande parte da cavidade torácica direita, com extensas áreas de necrose interna, medindo cerca de 19 x 16 x 12 cm, obstruindo o brônquio lobar médio e inferior direito, apresentando sinais de invasão mediastinal e em íntimo contato com a artéria pulmonar direita, mas sem linfonodomegalias. Em biópsia transtorácica, a análise anatomopatológica mostrou proliferação fusocelular de padrão fibroblástico com áreas colagenizadas e atípicas celulares leves, sugestiva de tumor fibroso solitário, sendo confirmada posteriormente por imunohistoquímica. Paciente com boa performance status. Realizada toracotomia por ressecção de tumor pleural sintomático e com compressão de parênquima pulmonar em 14/02/19, sendo retirada massa de 1,705kg, procedimento sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Recebeu alta da UTI no 2º PO e alta hospitalar 3ºPO. Encaminha para revisão pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: Os Tumores fibrosos solitários apresentam uma vasta variedade de apresentações histopatológicas. Apresentam características clínicas distintas do mesotelioma maligno (tumor pleural primário mais comum). Seu comportamento é benigno em até 88% dos casos e não existe correlação com exposição prévia a asbestos, riscos ocupacionais ou predisposição genética. Casos de malignidade tendem a apresentar recorrência precoce, apesar da apresentação usual manter um padrão benigno, existe a possibilidade de malignização, inclusive para padrões como sarcomas de alto grau, rhabdoidosarcoma lipomatoso ou sarcoma pleomórfico, se tratamento cirúrgico não realizado ou tardio.</p>

PO 675-1	PO 675-2
<p>COLECISTECTOMIA EM REMANESCENTES DE COLECISTECTOMIA SUBTOTAL</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Davi Farias Pereira, Izabella Rezende Oliveira, Marco Túlio Barroso Vilarinho, Victor Barroso Camilo Cunha Ataíde, Eduardo Lenza Silva</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A colecistectomia é um procedimento de proposta curativa para casos de colecistite aguda ou crônica, mas que 10 a 50% dos pacientes podem persistir ou desenvolver nova sintomatologia pós-procedimento. Dentre as causas mais comuns para a síndrome pós-colecistectomia estão as desordens extra biliares, sendo a minoria dos casos devido à afecções no trato biliar. A remoção parcial da vesícula biliar, conhecida como vesícula residual ou remanescente, é causa rara dessa síndrome. Objetivamos relatar o caso de uma paciente com dor abdominal recorrente devido à vesícula residual.</p> <p>RELATO DE CASO: MICSa, feminino, 37 anos, apresenta quadro de dor abdominal do tipo cólica em hipocôndrio direito há 2 meses, de melhora parcial com analgesia. Associado, havia aumento de bilirrubinas. HPP: colecistectomia parcial em agosto/2014 no Maranhão; realizada nova colecistectomia parcial em março/2015. Foi solicitada colangiressonância, a qual demonstrou formação cística no leito vesicular contendo nódulo, com aspecto que favorecia vesícula biliar contendo cálculo. Feita também EDA, a qual demonstrou apenas pancreatite enantematosa leve. Optado por abordagem cirúrgica. No intra-operatório foi identificada colelitíase em remanescente de infundíbulo intrahepático. Procedida colecistectomia convencional intrahepática. Paciente evoluiu bem, sem queixas, recebendo alta hospitalar com retorno ambulatorial agendado.</p> <p>DISCUSSÃO: A colecistectomia total é procedimento de escolha para tratamento da colecistite, entretanto, em alguns casos torna-se difícil a identificação e isolamento do ducto e artéria cística, podendo-se optar por colecistectomia subtotal. Dessa forma, para evitar lesões dos ductos biliares, pode ser procedida secção da vesícula biliar na bolsa de Hartman, deixando segmento remanescente. Este residual pode conter ou propiciar formação de cálculos. Nesses casos, é importante no intra-operatório, ligar o ducto cístico, a fim de evitar a síndrome pós-colecistectomia.</p>	<p>ANGIOSSARCOMA PULMONAR COM METASTAZIAÇÃO CEREBRAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>PATRIZZIA CALEGARO PALMA, Álvaro Bortolin Fonseca, Guilherme Hoff Dos Santos Meurer, Pedro Proença Guerrieri, Nelson P Rosenberg, Marcelle Dietrich Oliveira</p> <p><i>Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Angiossarcomas pertencem a um grupo de neoplasias de linhagem mesenquimal, com origem nas células do endotélio vascular e alto grau de malignidade. Predominam no sexo masculino e acima de 40 anos. Hemoptise, tosse, dispnéia, dor torácica e perda ponderal são achados comuns. Apresentam crescimento insidioso com extensa invasão local, margens cirúrgicas pouco definidas e disseminação hematogênica. Representam 1 a 2% de todos os sarcomas de partes moles e a maioria dos casos não tem etiologia claramente definida. Descrevemos um caso de angiossarcoma pulmonar com acometimento de sistema nervoso central (SNC) de diagnóstico tardio e prognóstico reservado.</p> <p>RELATO DE CASO: JCBP, masculino, 45 anos, previamente hipertenso, usuário de cannabis e com histórico de tuberculose (TBC) pulmonar não tratada. Em primeira consulta, referiu hemoptise, dispnéia e perda ponderal de 6kg em dois meses. Fibrobroncoscopia evidenciou distorção anatômica do lobo superior direito (LSD). Em tomografia computadorizada (TC) de tórax, foram observados derrame pleural à direita, atelectasia passiva do lobo inferior direito e abscesso pulmonar, sinais de processo inflamatório microspiratório bilateral e alterações residuais pós-infecção granulomatosa no LSD. Iniciado empiricamente esquema RHZE para TBC. Em TC de tórax de controle, houve persistência do abscesso pulmonar à direita com aumento do comprometimento pleural. Em pleurostomia e biópsia pleural, achados sugestivos de empiema. Evoluiu com nova área de necrose pulmonar, sendo realizada ressecção de granuloma. Três meses após, o paciente relatou cefaleia holocraniana de forte intensidade. TC de crânio evidenciou sangramento intraparenquimatoso parietotemporal direito. Encaminhado à craniotomia para drenagem de hematoma, sendo identificada lesão sugestiva de processo inflamatório. Anatomicopatológico: neoplasia mesenquimal do SNC com diferenciação vascular. À imunohistoquímica, ocorreu positividade dos marcadores CD31, fator VIII, citoqueratina 8/18, ERG e Ki-67, compatível neoplasia metastática de origem vascular – angiossarcoma. Controle tomográfico após 1 mês, evidenciou duas novas lesões hemorrágicas no lobo parietal direito. Realizada nova craniotomia com ressecção das lesões. Encaminhado à unidade de terapia intensiva, com quadro de cefaleia, vômitos e sinais de herniação uncal em TC de crânio. Equipe assistencial optou por manejo conservador pelo alto risco. Paciente evoluiu com morte encefálica e parada cardiorrespiratória 8 meses após o início dos sintomas.</p> <p>DISCUSSÃO: Os angiossarcomas metastáticos são tumores raros e extremamente agressivos. O diagnóstico é um desafio para cirurgiões, clínicos e patologistas, necessitando alto índice de suspeição. O prognóstico é reservado, com taxa de sobrevida em 5 anos menor que 40%. Devido à raridade dessa condição, o conhecimento sobre sua história natural é escasso e o diagnóstico ocorre em fase tardia da doença.</p>
<p>PO 675-3</p> <p>ASPECTO RADIOLOGICO ATÍPICO PARA UM GOSSIPIBOMA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Ravi Cavalcanti Mendes, Rafael de Oliveira Santos, Oto Mario Santana Neto, Victor Guimarães, Nadson Pedreira, Anderson Cançado, Leonardo Cunha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Item cirúrgico retido refere-se a qualquer esponja cirúrgica (EC), instrumento, ferramenta ou dispositivo que é deixado no paciente na conclusão da operação após o fechamento da ferida. O item cirúrgico retido é conhecido também como gossypiboma, que do latim "gossypium" significa "algodão" e "boma" significa "lugar de ocultação". Uma compreensão dos vários tipos de EC e seus marcadores opacos visíveis nos raios-x facilita o reconhecimento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.C.F.A., feminino, 45 anos, sem comorbidades, deu entrada via ambulatorial, com quadro de dor abdominal tipo cólica em Hipocôndrio Direito, com início há 06 meses. Vômitos, náuseas e dejeções com padrão diarreico ocasionalmente quando dor mais intensa. POT de colecistectomia aberta há 06 anos. Durante investigação diagnóstica foi realizada tomografia computadorizada (TC) do abdome que evidenciou massa epigástrica de 10x10x10cm com suspeita de GIST de trato gástrico. Além disso, foi realizado endoscopia digestiva alta e exames laboratoriais, com resultados normais. Foi proposta abordagem cirúrgica através de laparotomia exploratória para investigação da massa epigástrica. Ao inventário da cavidade foi evidenciado tumoração de consistência cística que após a sua abertura foi identificado compressa cirúrgica com líquido purulento. Por fim, realizou-se lavagem exaustiva de cavidade abdominal e fechamento da ferida. O paciente evoluiu clinicamente e hemodinamicamente estável, diurese, dejeções e flatos presentes em boa aceitação de dieta via oral, ausências de náuseas, vômitos ou dor abdominal importante, recebendo alta no 10ºDPO.</p> <p>DISCUSSÃO: A compreensão dos procedimentos cirúrgicos e a aparência radiológica das esponjas, bem como a familiaridade com a identificação dos marcadores opacos, devem auxiliar no reconhecimento precoce dessa complicação. Com o passar do tempo, entretanto, os marcadores radiopacos podem se fragmentar e desintegrar, sendo mais difícil um diagnóstico por imagem. Ao redor do corpo estranho pode ocorrer formação de tecido granulomatoso, como também erosão óssea, perfuração intestinal pelo processo de erosão devido à compressão. Na TC, a aparência mais característica da esponja retida é uma massa heterogênea de baixa densidade com um padrão esponjiforme que contém bolhas de gás. A massa pode conter áreas listradas e de alta densidade que representam os marcadores. EC retida de longa duração na TC está associada à calcificação devido à deposição gradual de cálcio ao longo da rede de fibras da EC, também conhecida como sinal da casca reticulada calcificada. A principal consideração é lembrar aos médicos preocupados com o cuidado pós-operatório de pacientes hospitalizados sobre as aparências de códigos de marcação opacos usados com EC.</p>	<p>PO 676-1</p> <p>HEPATECTOMIA DE VOLUME LIMITROFE COM ESCOLHA DE TÉCNICA ALPPS PARA RESSECÇÃO DE HEPATOCARCINOMA PRIMÁRIO: RELATO DE CASO</p> <p>João Victor Guimarães Almeida, Lucas Feijó Pereira, Mateus Alessio Pereira, José Luís Colossi, Lucas Berwanger Simon, Marthina Bastos de Moraes, Mateus Barcelos Coppolla</p> <p>Instituições: Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) é responsável por mais de 90% das neoplasias malignas primárias que ocorrem no fígado além de ser a quinta causa de câncer mundial e ter sua incidência crescente em vários países somado a alta mortalidade em pacientes com cirrose. Destes 90% dos casos de CHC estão associados com um fator de risco subjacente. O objetivo do seguinte relato é demonstrar um caso de CHC primário, sem focos metastáticos e doença hepática prévia ou concomitante, no qual a lesão central única de 14,3 centímetros foi ressecada utilizando a técnica de ALPPS após avaliar que a quantidade de fígado remanescente seria suficiente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente mulher de 51 anos, diabética, hipertensa e com dislipidemia. Apresentou perda ponderal, massa palpável dolorosa em hipocôndrio direito e icterícia em julho de 2018. Sorologias virais negativas para hepatite B e C. Realizou tomografia de abdome, que evidenciou massa única em segmento IVa, IVb, V, e VIII, que fazia contato com estruturas vasculares e compressão de via biliar. O diagnóstico de hepatocarcinoma foi através da biópsia do segmento IV, com ausência de cirrose na amostra. Em agosto de 2018 foi submetida a drenagem das vias biliares direita e esquerda por CPRE. Após a drenagem, internou para realização de quimioembolização, que não diminuiu a lesão. Foi indicada a ressecção cirúrgica para início de 2019. Embora exames pré-operatório de volumetria apresentassem valores de fígado residual suficiente para ressecção, durante o procedimento cirúrgico, o plano era realizar segmentectomia central do fígado (segmentos III, IVa, IVb, V e VIII), mas devido à topografia da lesão, não foi possível a individualização da veia supra-hepática e optou-se por se realizar a técnica de ALPPS, uma vez que os segmentos I e II seriam os únicos remanescentes e o volume residual seria de menos de 20% do volume total. A reabordagem do segundo tempo foi planejada para 14 dias após, tempo adequado para hipertrofia do lobo direito. Devido a piora clínica foi optado, juntamente com a paciente, em realizar o segundo momento da cirurgia em 7 dias. Então realizou hepatectomia parcial direita, restando os segmentos I e II. Paciente não apresentou complicações e teve boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico é a única forma potencialmente curativa para CHC primário, devido às altas taxas de morbimortalidade globais. Contudo é necessário levar em conta a função e o volume restantes após a ressecção do tecido afetado além de avaliar com atenção as estruturas adjacentes invadidas pela neoplasia. Devido a isso foi optado pela drenagem de via biliar prévia via CPRE, já que este procedimento somado a ausência de icterícia estão ligados a desfechos mais favoráveis e a probabilidade maior de boa evolução ainda que se tenha menor percentagem de fígado remanescente. A escolha do ALPPS, foi feita visando hipertrofia do setor anterior direito e posterior hepatectomia, uma vez que, o volume remanescente seria mínimo, inviável em tempo único.</p>

PO 676-2	PO 677-1
<p>TRATAMENTO CONSERVADOR DE SEQUESTRO PULMONAR: RELATO DE CASO</p> <p>Isabel Butter Amim, Bernardo Luiz Campanário Precht, Leonardo Dinis de Albuquerque, Juliani Dourado de Almeida, Bruno César Dias, Matheus Vieira dos Santos, Letícia Moreira Fontes, Patrícia Weiber Schettini Figueiredo</p> <p><i>IAMSPE - São Paulo - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O sequestro pulmonar é uma rara malformação pulmonar, caracterizada por uma porção não-funcionante do parênquima pulmonar que não está conectada à árvore traqueobrônquica e recebe sua irrigação de uma ou mais artérias sistêmicas anômalas. Pode se apresentar como tosse produtiva e pneumonia recorrente, ou pode ser um achado em exames de imagem. O sequestro pulmonar divide-se em intra-lobar (SIL) e extra-lobar (SEL). O SIL está entremeado ao tecido normal e divide o mesmo envolvimento pleural visceral com o pulmão saudável, drenando para as veias pulmonares, enquanto o SEL apresenta sua própria pleura visceral, está localizado fora do órgão normal e drena para as veias sistêmicas. O tratamento é principalmente cirúrgico com sequestrectomia. Neste relato, apresentaremos um paciente com achado incidental após episódio de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sendo tratado conservadoramente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 88 anos, com doença renal crônica não dialítica, insuficiência venosa e úlcera crônica em membros inferiores, com história de 4 TEP's prévios e colocação de filtro de veia cava em 2009 devido à trombose venosa profunda (TVP) associada à hemorragia digestiva. Admitido em emergência com história de 10 dias de tosse produtiva e hemoptise, apresentando-se orientado, em regular estado geral, taquipnéico em macronebulização com O₂ a 3L/min, pressão arterial 146x55 mmHg, frequência cardíaca 90 bpm, SatO₂ 88%, ausculta pulmonar com rôncos difusos. Coletadas culturas negativas. O ecocardiograma transtorácico apresentou PSAP 83mmHg, regurgitação tricúspide leve a moderada e disfunção diastólica de ventrículo esquerdo grau 1. Doppler de membros inferiores com sinais de TVP prévia parcialmente canalizada do eixo femuro-poplíteo à direita. Laboratório da admissão: Hb 11,1, PCR 7,53, Cr 1,7, Lactato 1,4. À gasometria pH 7,45, pO₂ 57, pCO₂ 31 e HCO₃ 23,4. Realizada angiogramografia compatível com TEP, demonstrando ainda imagem ovalada com densidade cística de 4,3 x 2,0 cm em base do pulmão direito, com pleura espessada e calcificações na sua periferia, apresentando artéria sistêmica nutridora anômala proveniente da aorta, sugestiva de sequestro pulmonar. Fechado diagnóstico de TEP a terapêutica baseou-se em anticoagulação plena e posteriormente profilática.</p> <p>DISCUSSÃO: O SIL é mais comum de sequestro, representando 75% dos casos. Mais de 50% são diagnosticados após os 20 anos de idade e em 15% dos casos é um achado incidental, como no presente caso. O tratamento é cirúrgico, sendo responsável por 1,1 – 1,8% de todas as ressecções pulmonares. A cirurgia indicada é a sequestrectomia, podendo ser necessária lobectomia. Outra opção de tratamento, com sucesso variável, é a embolização da artéria anômala que nutre o sequestro. No caso em questão, devido diagnóstico de TEP e morbimortalidade foi optado por tratamento conservador. O paciente foi mantido em anticoagulação plena e suporte clínico, sem abordagem da lesão pulmonar, com boa evolução.</p>	<p>HEPATOCARCINOMA CLÁSSICO METASTÁTICO</p> <p>Maria Carolina de Fátima Antônio, Vinicius da Costa Nunes, Paulo Henrique de Sousa Fernandes</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UBERLÂNDIA - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Primeira trisegmentectomia (retirada de todo lobo direito do fígado e também dos segmentos IVA e IVB) por videolaparoscopia</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente com hepatocarcinoma clássico metastático submetido a hepatectomia parcial com margem cirúrgica positiva + carcinomatose peritoneal. Realizada Hepatectomia parcial em 05/2017 e QT ate 04/18 Segunda abordagem em 04/18 com realização de Metastasectomia hepática por VLP: - Realizada inspeção que evidenciou lesão em hilo hepático, parênquima hepático (segmentos 3 e 4), peritônio e fundo de saco - Realizado USG intraoperatório que evidenciou três lesões hepáticas: segmento 3 e segmento 4 porção superior e inferior, todas com íntima relação com a veia hepática - ressecada lesão em segmento 3, peritônio e fundo de saco - dissecado hilo hepático com identificação de estruturas e ressecção de lesão - ressecado lesões em segmento 4 superior e inferior com hemostasia por cauterização e sutura de pontos sangrantes</p> <p>DISCUSSÃO: Hepatocarcinoma clássico metastático com margem cirúrgica positiva de primeira cirurgia + carcinomatose peritoneal sendo submetido posteriormente a metastasectomia hepática em mais de um segmento. Procedimento realizado pela primeira vez em UFU.</p>

PO 677-2	PO 677-3
<p>PNEUMOTORAX ESPONTANEO: UM RELATO DE CASO</p> <p>MARIA LIBORIO PEREIRA LEITE, VITOR MARQUES TAVARES, IZADORA LORENA FERREIRA REIS, RICARDO TONIM TOTOLI, LUCAS DOMINGOS FERREIRA RODRIGUES DA CUNHA, GUSTAVO ALVES SERRALHA</p> <p><i>UFTM - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pneumotórax espontâneo se define como coleção de ar no espaço pleural que ocorre sem fator causal prévio. Em sua grande totalidade, esse evento é encontrado em pessoas jovens, magras e longilíneas. O pneumotórax espontâneo primário tem como sua principal etiologia a rotura de blebs pleurais. As vesículas enfisematosas pleurais, blebs, originam-se da rotura alveolar, acarretando deslocamento do ar até a região subpleural.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 20 anos, admitido em Pronto-Atendimento de um hospital particular do Distrito Federal, com queixa de dor torácica ventilatório dependente há 01 ano, com piora no momento. Associada à dispnéia e tosse seca. Sem comorbidades prévias. Durante o exame físico, paciente com padrão corporal longilíneo, apresentando ausculta respiratória com murmúrios vesiculares diminuídos a esquerda, sem outras alterações. Foi solicitado Radiografia de Tórax, que evidenciou volumoso pneumotórax em hemitórax esquerdo. Para seguimento da investigação etiológica solicitou-se uma Tomografia Computadorizada de Tórax que confirmou o volumoso pneumotórax à esquerda e evidenciou a presença de blebs pleurais em hemitórax ipsilateral. O paciente foi submetido à toracostomia com drenagem em selo d'água para rápida expansão pulmonar, dando seguimento ao tratamento através de segmentectomia lobar por toracoscopia, para resolução definitiva da etiologia.</p> <p>DISCUSSÃO: A incidência de pneumotórax espontâneo primário é de cerca de 6 a 10 casos por 100 mil habitantes por ano. O objetivo do tratamento do pneumotórax em geral é, de forma mais rápida, alcançar a reexpansão pulmonar, restabelecer a função do mesmo e evitar a recorrências. Admite-se atualmente, que portadores sintomáticos de bolhas pleurais e subpleurais tem indicação de ressecção cirúrgica das mesmas. Com o advento da videocirurgia, tem-se esta como melhor opção de abordagem. Opta-se por técnicas menos invasivas, que demandem menor tempo de internação e tenham um resultado com menor recidiva e melhor resultado estético. Conclui-se que o pneumotórax espontâneo é uma condição rara, que acomete pacientes jovens, grave, que pode acarretar prejuízos agudos importantes. Entretanto, possui diagnóstico simples, quando associado história clínica, exame físico e exames de imagem. É importante atentar para o fator desencadeante, fazendo com que o tratamento prossiga de forma definitiva, evitando recidiva. Além disso, é de grande valia, fornecer a terapêutica menos invasiva, com melhor recuperação e resultado para o paciente.</p>	<p>AEROPORTIA: UM SINAL GRAVE E INCOMUM SECUNDARIO A ISQUEMIA MESENTERICA</p> <p>Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Kelvin Mendes Carvalho, Wagner Minghini, Rodrigo Costa Carvalho, Raquel Costa Batista Queiroz, Nathalia Tararam Zanetti, Windsor Silveira Brandão Filho, Meire Aparecida Jacinto Gundim</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Unirg - Gurupi - Tocantins – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A aeroportia (AP) presente neste caso é um achado radiológico raro e pouco discutido na literatura científica, mostrando a necessidade da análise de sua patogênese para maior entendimento. Sua principal etiologia é a isquemia mesentérica (IM), embora abscessos intra-abdominais e outras causas mais raras (colecistite enfisematosa, diverticulite, pancreatite grave) também serem encontradas. Os mecanismos envolvidos para formação da AP estão relacionados ao dano da mucosa intestinal pela hipóxia, gerando passagem de ar do lúmen intestinal para o sistema venoso, há também a translocação bacteriana devido à alteração na permeabilidade da mucosa, com gás na circulação portal pelo metabolismo das bactérias anaeróbias.</p> <p>RELATO DE CASO: I.O.C, 71 anos, sexo feminino, foi admitida no HRG-TO com queixa de dor abdominal inespecífica há 3 dias, acompanhada de episódios de vômitos; diabética, hipertensa, cardiopata, sem história de doença ou sintomas gastrintestinais prévios. Na admissão, ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, normotensa, taquicárdica, afebril, desidratada, abdome globoso com ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso a palpação em hipogástrio. Foi realizado ECG que mostrou: Fibrilação atrial (FA), infra de ST em parede ântero-septal. Exames laboratoriais documentaram significativa leucocitose, proteinúria, glicosúria, enzimas cardíacas sem alterações. A USG realizada constatou apenas presença de gases no abdome. A paciente evoluiu com hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, queda da SpO₂ e em FA, que foi revertida; após estabilização, foi feita uma TC com contraste. A apresentação clínica era sugestiva de sepse abdominal e as principais hipóteses diagnósticas incluíram pyleflegite e IM, além da presença de arritmia ser importante fator de risco (FR) que sustenta o diagnóstico tardio. Hidratação intensa, antibioticoterapia empírica, anticoagulante e antiarrítmico foram iniciados, mas a paciente continuou evoluindo com piora. A TC de abdome revelou AP e obstrução total da aa. mesentérica superior, a paciente foi então submetida a laparotomia exploradora de emergência, onde a isquemia intestinal foi confirmada e executada extensa ressecção de necrose do intestino delgado + colectomia parcial + enteroanastomose. No dia seguinte, a paciente não resistiu ao choque séptico e foi à óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Mesmo com pouca literatura sobre o assunto, essa nos mostra que a AP é considerada um sinal de mau prognóstico, e, quando associada à IM, há necrose transmural em 91% dos casos e alta taxa de mortalidade (75%), com maior prevalência em pacientes acima de 50 anos, sexo feminino e com comorbidades cardiovasculares. Após o entendimento dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento da AP vinculado ao caso relatado, fica evidente a necessidade da investigação e associação dos FR com a apresentação clínica inicial da patologia de base, sendo este o momento propício para a intervenção cirúrgica com maior probabilidade de alterar positivamente o prognóstico.</p>

PO 678-2	PO 679-2
<p>TUMOR DE SCHWANNOMA: RELATO DE CASO</p> <p>Leticia Palloma Moreira Lima, Igor Albuquerque Oliveira Sousa, Clara Assis Oliveira de Menezes, Ana Talita Vasconcelos Arcaño, Paulo Victor Batista Reis Soares, Yuri Ananias Vasconcelos, Beatriz Rocha Alves Nascimento, Evandro Aguiar Azevedo</p> <p><i>Hospital Regional Norte de Sobral - Sobral - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Schwannomas são tumores histologicamente sugestivos de benignidade, que crescem da bainha dos nervos periféricos a partir das células de Schwann, e quando se trata do VIII nervo craniano este era, antigamente, denominado Neurinoma do Acústico. Os Schwannomas Vestibulares (SV) possuem uma incidência anual de 1,5 casos a cada 100.000, sendo responsável por 8-10% dos tumores intracranianos, que em sua maioria absoluta das vezes, são unilaterais (95%). Apresentam sintomatologia geralmente após os 30 anos de idade. A principal faixa etária acometida é após os 40 anos. A presença de SV bilateral é patognomônico de Neurofibromatose do Tipo II (NF2). Apresentamos um caso de caso de tumor de Schwannoma em região de mediastino, com desfecho satisfatório, motivado pela raridade da patologia e pelas particularidades do caso observado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo Feminino, 51 anos, natural de Sobral-CE, relatou queda da própria altura em âmbito residencial e queixa de dor em região torácica posterior. Foi ao Posto de Saúde da Família e, então, após atendimento e prescrição de paracetamol e codeína, além de raio x de tórax, foi encaminhada para o serviço de emergência do Hospital Regional Norte de Sobral por identificação de possíveis massa e derrame pleural ao exame de imagem. Paciente foi, então, admitida sem dor no momento, eupneica em ar ambiente, afebril e aceitando dieta oral. Foi, assim, encaminhada para realização de RNM e TC de tórax com contraste para definir conduta. À TC foi evidenciada lesão expansiva circunscrita mista com componente sólido com calcificações na região posterior à esquerda, e derrame pleural de grande volume com atelectasia restritiva de lobo inferior. A conduta consistiu em Toracotomia exploradora, ressecção de tumor de mediastino e Toracostomia em Selo D'água. À biópsia foi confirmada a suspeita de tumor de Schwannoma, predominantemente cístico. A paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: A idade da paciente retratada no Relato de Caso foi o único fator de risco identificado para tumor de Schwannoma, além de não haver sintomatologia característica, portanto, é importante que haja suspeita clínica desse tipo de tumor, mesmo que não se tenha uma história clínica tão sugestiva.</p>	<p>RE-TROCA DE PROTESE VALVAR AORTICA POR CALCIFICAÇÃO E COLOCAÇÃO DE ENXERTO POR DEGENERAÇÃO DE RAIZ E HEMIARCO AORTICO: RELATO DE CASO.</p> <p>Kétuny da Silva Oliveira, Marina Ferreira da Silva, Laís Ribeiro Vieira, Laura de Lima Crivellaro, Igor Diego Carrijo dos Santos, Pedro Henrique Nunes de Araujo, Camille de Souza Carvalho, Osvaldo Sampaio Netto</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A aterosclerose configura-se como uma doença de caráter multifatorial, na qual tanto as artérias, quanto as valvas cardíacas sofrem alterações deletérias ao longo dos anos. A distensibilidade reduzida da aorta pode ser apresentada como indicio precoce da doença, estando dessa forma associada ao risco de hipertensão e doença microvascular no coração, cérebro e rins. Evidências clínicas sugerem que a calcificação da valva aórtica e a aterosclerose compartilham fisiopatologias semelhantes, destacando-se pacientes do sexo masculino, fumantes, hipertensos, diabéticos, obesos e dislipidêmicos. O processo caracterizado pelo rompimento da membrana basal, seguido por inflamação, deposição lipídica e calcificação ocorre em componentes vasculares e valvulares, logo pode ser modificado, desde que a profilaxia e abordagem terapêuticas sejam instituídas precocemente.</p> <p>RELATO DE CASO: N.P.S. masculino, 81 anos, hipertenso e com doença aterosclerótica avançada há 13 anos, antecedentes de infarto agudo do miocárdio e doença arterial coronariana, submetido a troca de valva aórtica devido redução da fração de ejeção de ventrículo esquerdo a 35% e colocação de 'stent' em tronco coronariano esquerdo em 2009. Paciente estabeleceu tratamento e acompanhamento até 2016 quando diagnosticado com calcificação da prótese aórtica, estenose de carótida interna direita, lesão obstrutiva em coronária esquerda em 90% e obstrução dos ramos marginais em 70%. Apresentou importante refluxo paraprotrético. Submetido a nova cirurgia para re-troca valvar por prótese Labor 23, troca de Aorta ascendente por enxerto após degeneração e calcificação em 2017 e angioplastia coronariana.</p> <p>DISCUSSÃO: A doença aterosclerótica é uma das principais causas de calcificação de valvas cardíacas com consequente diminuição da fração de ejeção ao longo da progressão da doença e necessitando de troca valvar por prótese quando o prejuízo de fluxo se torna agravante para realizar atividades diárias e possibilidade de afetar órgãos vitais. Os acúmulos passam a ocorrer em diferentes vasos por uma hipercolesterolemia e mal controle dietético. No paciente em questão, esse acúmulo passou a ocorrer em carótida interna direita ocasionando estenose de 75%, coronária esquerda com redução do óstio para 90% e ramos marginais com obstrução de 70%. Esses depósitos podem levar a eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. A mudança de estilo de vida se faz necessária para reduzir a possibilidade de cirurgia e uma melhor recuperação e manutenção da prótese após a cirurgia com vista a melhora dos sintomas e prevenção de crescimento das placas. A cirurgia de re-troca valvar está indicada para pacientes sintomáticos com estenose importante e nos casos assintomáticos considerados de alto risco, dentre eles a calcificação valvar, como no caso descrito em que foi feito uso de prótese biológica.</p>
<p>PO 680-2</p> <p>PNEUMOTORAX ESPONTANEO PRIMARIO EM MULHER BREVILINEA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Agripino Joaquim Agripino Melo Melo Neto, Isabela Cristina Araujo Macedo, José Isnack Ponte Alencar Filho</p> <p><i>Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumotórax espontâneo não se relaciona a qualquer histórico de lesão, incluindo iatrogenia, podendo ser classificado como primário (PSP) ou secundário, com base em doença pulmonar subjacente. No PSP, embora não exista doença respiratória, bolhas subpleurais e bolhas em ápices pulmonares desempenham papéis importantes na sua patogênese. O pico de incidência de PSP é entre os jovens, sendo o tabagismo o fator de risco mais importante, contribuindo para o primeiro aparecimento ou recorrência. O diagnóstico é baseado na história e exame físico, frequentemente com murmúrio vesicular reduzido, e confirmado com a utilização de métodos de imagem, geralmente através de radiografia de tórax. O manejo da PSP depende do tamanho do pneumotórax, do quadro clínico e do tempo de ocorrência. O objetivo é a reexpansão dos pulmões colapsados à sua capacidade original e prevenir a recorrência. Na literatura, as taxas de recorrência de PSP variam amplamente dependendo do tratamento aplicado e do período de observação, ficando em torno de 30%, aumentando após novo episódio de pneumotórax.</p> <p>RELATO DE CASO: M.E.S., 17 anos, feminina, brevilinea, procedente de Recife - PE, sem comorbidades prévias ou uso de medicações diárias, não tabagista, procura serviço de emergência do Hospital Getúlio Vargas com relato de dor em região torácica posterior esquerda há 3 dias, com piora há 24 horas, sem história de trauma recente. Realizada radiografia de tórax para investigação dos sintomas que evidenciou a presença de pneumotórax espontâneo em hemitórax esquerdo. Realizada drenagem torácica à esquerda, com uso de dreno pneumovalve, com posterior melhora dos sintomas iniciais e reexpansão pulmonar satisfatória após procedimento. Evoluiu estável clinicamente, sendo optado por fechamento do dreno para avaliação da sua retirada, porém paciente apresentou desconforto respiratório após fechamento, sendo reaberto, com nova melhora. Segue internada em enfermaria, estável clínica e hemodinamicamente, com dreno ainda com presença de escape, em aguardo de tomografia computadorizada de tórax com contraste para melhor avaliação do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: A paciente não segue o padrão da literatura atual em relação à epidemiologia, visto que, apesar de realmente se desenvolver mais em jovens e magros, o PSP é mais comum em pacientes altos, tabagistas, do sexo masculino. Em relação à sintomatologia, a dor torácica e dispnéia são frequentes. A dor caracteriza-se por ser aguda e ipsilateral, como relatada no caso. A tomografia computadorizada de tórax, solicitada no caso, pode ser útil em situações clínicas especiais quando é necessária uma avaliação mais cuidadosa da cavidade pleural. A gestão ideal do PSP tem sido uma questão de debate. Normalmente, a observação é usada em um primeiro, pequeno e assintomático episódio. A aspiração simples ou inserção de tubo torácico é usada em um primeiro episódio grande ou sintomático, como no relato. Cirurgia e pleurodese são recomendados para um pneumotórax recorrente ou complicado.</p>	<p>PO 680-3</p> <p>ADENOCARCINOMA DE APÊNDICE RECIDIVADO APOS APENDICECTOMIA ISOLADA: UM DESAFIO NA CONDUTA DAS NEOPLASIAS DE APÊNDICE. RELATO DE CASO</p> <p>Hellen CRUZ Xavier, DÉBORA FALEIRO MARTINS, EDUARDO REIMANN, MATHEUS AMORIM SOUZA RONDON, MARCOS CHAVES, DÉBORA MARIA NERES ALMEIDA SOUZA</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO - Cáceres - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Adenocarcinoma de apêndice é uma entidade rara responsável por 0,5% dos tumores malignos gastrointestinais. Costumam ser assintomáticos e a maioria são descobertos na apresentação de uma apendicite aguda. Desses tumores o subtipo mucinoso é o mais comum (55%), seguido pelo intestinal (34%), e pelo adenocarcinóide (11%).</p> <p>RELATO DE CASO: OSO, sexo feminino, 60 anos, procedente de Cáceres-MT, deu entrada no serviço de saúde com quadro de dor em fossa ilíaca direita (FID) com duração de uma semana, acompanhada de náusea e vômitos. USG mostrou lesão nodular heterogênea de contornos irregulares e pouco definidos em FID com cerca de 7 cm, associada a aumento da gordura periférica. Paciente foi encaminhada para laparotomia, a qual evidenciou plastrão em FID, com apêndice inflamado, relacionado a perfuração de ceco e secreção purulenta com resíduos fecais. Foi realizada apendicectomia, aspiração de secreção e cecostomia. Anatomopatológico de apêndice revelou adenocarcinoma pouco diferenciado, comprometendo desde a mucosa até a serosa, medindo 3 cm (maior dimensão) e margem de ressecção livre de neoplasia. Painel imunoistoquímico, associado aos aspectos histológicos, apresentou achados compatíveis com adenocarcinoma de padrão intestinal. Seis meses após o primeiro atendimento, paciente retornou ao serviço de saúde apresentando náusea, vômito, diarreia, dor em cólica, palidez e perda de 15kg no período. Exame físico de abdome evidenciou massa em FID com palpação dolorosa na região. TC abdominal mostrou presença de massa volumosa e heterogênea em FID, com borramento da gordura peri-visceral, e linfonodomegalia retro-peritoneal. CEA: 38,83 ng/dl. Laparotomia exploradora revelou tumoração volumosa (20x15cm) aderida ao M. Psoas, irressecável e bloco de linfonodomegalia retro-peritoneal para-aórticos, coalescentes, fixos, irressecáveis; sem sinal de carcinomatose em outros sítios. Biópsia incisional de linfonodo e de segmento do epíplon: adenocarcinoma metastático de padrão intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma de padrão intestinal acomete mais comumente o sexo masculino na faixa etária entre 62-65 anos. O envolvimento linfonodal varia entre 30%-66,7% e a taxa de metástase à distância entre 23%-37%, sendo o local mais comum o peritônio. A maioria desses tumores se apresentam já ao diagnóstico com disseminação peritoneal difusa. Pacientes com metástases peritoneais tem um prognóstico incerto, no entanto, não promissor. Estudos revelaram taxas entre 50%-75% de recorrência em estágios avançados da doença, sendo a metástase linfonodal considerada preditor de recorrência. O manejo para esse subtipo de tumor é controverso, sendo a hemicolectomia direita o método preferencial. Pacientes tratados com essa técnica apresentam uma sobrevida em 5 anos de 73% contra 43% dos que realizaram apenas apendicectomia. A apendicectomia isolada só teria benefícios em casos de tumores bem-diferenciados confinados à mucosa, uma vez que o comprometido da submucosa e serosa aumentam os riscos de disseminação.</p>

PO 681-1	PO 681-2
<p>LINFANGIOMA DE INTESTINO DELGADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>HELEN BRAMBILA JORGE, JOSE ANTONIO DE OLIVEIRA JUNIOR, ADRIELLE ANDRADE PUGAS, MARCEL DEPIERI ANDRADE, PAULO GARDENAL TELES, IGOR ANTONIO SPILKA, FELIPPE ANTONIO GOES SCORSIONI, JOAO DE FREITAS MELO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfangioma é um tumor benigno raro caracterizado pela proliferação de espaços linfáticos. Seu desenvolvimento ocorre devido à falha de comunicação dos gânglios linfáticos com o sistema de drenagem venosa. Representa 6% dos tumores do intestino delgado encontrados em crianças e 1,4% - 2,4% em adultos. Pode causar complicações, necessitando de cirurgia de emergência. A sintomatologia é inespecífica ou ausente e os exames complementares pouco específicos, dessa forma, na maioria dos casos o diagnóstico é realizado de forma incidental no intra-operatório.</p> <p>RELATO DE CASO: B.B.O, sexo masculino, 29 anos, admitido no Hospital Regional com queixa de dor em fossa ilíaca direita (FID), com 3 dias de evolução, associada a diarreia. Negava febre, náuseas ou vômitos. Ao exame físico, apresentava abdome plano, ruídos hidroaéreos diminuídos, normotenso, doloroso à palpação difusa, com plastra palpável em FID e sinal de Blumberg positivo. Ultrassonografia de abdome evidenciou distensão líquida de alças em flanco direito com discreto borramento de planos adiposos locais e presença de apêndice cecal medindo 7 mm em seu diâmetro transverso com sinais inflamatórios. Decidido por exploração cirúrgica, no intra-operatório observa-se grande quantidade de líquido de aspecto entérico, apêndice cecal sem sinais de inflamação e presença de grande massa tumoral perfurada em intestino delgado, localizada a 2 metros do ângulo de Treitz (imagem 1). Realizada ressecção em bloco do mesentério e segmento de intestino delgado com enteronastomose látero-lateral. O exame anátomo-patológico diagnóstico linfangioma atingindo todas as túnicas, com áreas hemangiomasas e peritonite aguda supurativa. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebeu dieta do terceiro dia pós-operatório e alta no quinto dia.</p> <p>DISCUSSÃO: Linfangiomas são malformações benignas do sistema linfático, congêntos e raros. Houve apenas 19 casos relatados de 1960 a 2009. Possui crescimento lento, geralmente assintomático e quando de intestino delgado, sua apresentação clínica é inespecífica, se manifestando com náuseas, vômitos, desconforto ou dor abdominal. Seu diagnóstico é difícil e requer confirmação anátomo-patológica. Em 90% dos casos o diagnóstico se dá até o segundo ano de vida. Por ser inespecífico seu diagnóstico muitas vezes é realizado no momento da complicação, que pode se apresentar como hemorragia, infecção, perfuração, intussuscepção, torção, ruptura; No caso relatado, o paciente em idade adulta, foi abordado cirurgicamente quando houve perfuração da alça de delgado e, após análise anatomopatológica, definimos o diagnóstico. O tratamento de escolha é a ressecção completa do segmento acometido, pois a ressecção incompleta pode causar recorrência. A coagulação com plasma de argônio tem sido utilizada para ablação e contenção de sangramentos. No caso relatado, o paciente foi submetido à enterectomia em bloco com ressecção total da lesão, como preconiza a literatura.</p>	<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA TRAUMÁTICA – HERNIAÇÃO PARCIAL DE LOBO HEPÁTICO DIREITO</p> <p>João Victor Mendes, João Augusto dos Reis Guerra, Ana Carolina Fleig, Leonardo Getulio Piovesan, Eduardo dos Santos Ballester, Marina Frandoloso, João Francisco Petry, Raquel Bitencourt Catto</p> <p><i>Hospital Santa Isabel - BLUMENAU - Santa Catarina – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução: Lesões diafragmáticas por trauma são desafios. Seus diagnósticos muitas vezes são tardios, crinados quadros clínicos arrastados e indolentes. Raramente ocorre à direita, dificultando ainda mais seu diagnóstico e terapia precoce. OBJETIVO: Relatar a importância da suspeita diagnóstica da hérnia diafragmática em traumas toraco-abdominais contusos. METODOLOGIA: Dados obtidos por meio de revisão de prontuários, exames, registros fotográficos e revisão da literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: PSFL, 34 anos, natural de Ponta Grossa – PR, vítima de acidente automobilístico com colisão frontal entre carros. Foi admitido no OS, transferido de unidade aeromédica, sob IOT, em uso de DVA. Procedidas medidas de estabilização clínica, sendo então realizados exames de imagem cujos diagnósticos demonstraram trauma torácico (atelectasia de lobo inferior, derrame pleural à direita e pneumotórax) e trauma abdominal (líquido peri-hepático e trauma renal). Realizada drenagem pleural em selo d'água e conduta abdominal conservadora. Internado em UTI, apresentou evolução ventilatória desfavorável, sendo então diagnosticado em tomografia com hérnia diafragmática direita. Indicada toracoscopia, a qual identificou laceração diafragmática de +- 8 cm, e hepatotórax com herniação parcial do lobo hepático direito. Procedida liberação das aderências, porém, devido insucesso em redução via vídeo toracoscopia, procedida toracotomia lateral direita e incisão subcostal de Kocher para redução manual do fígado e rafia do diafragma com fio polipropileno.</p> <p>DISCUSSÃO: Hérnias diafragmáticas traumáticas apresentam-se mais comumente em cúpula esquerda, raramente sendo observadas à direita devida fixação hepática e necessidade do alto impacto para sua gênese. A dificuldade de diagnóstico na admissão requer elevado grau de suspeição, devendo a hérnia diafragmática ser hipótese diagnóstica em traumas abdominais contusos.</p>
<p>PO 681-3</p> <p>ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR LEIOMIOSSARCOMA DE ADRENAL - UM ESTUDO DE CASO</p> <p>Sâmela Nunes Alecrim de Souza, Barbara Donnaria Da Silva Gonçalves, Samela Comerio, Leonardo Machado, Rogério Dardengo Glória, Raphael Araújo Costa, Tiago Cypriano Dutra, André Mattar</p> <p><i>Hospital evangélico em Cachoeiro de Itapemirim - Cachoeiro De Itapemirim - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma da glândula adrenal é uma neoplasia maligna extremamente rara e de etiologia desconhecida. Sabe-se apenas que seu crescimento ocorre a partir de estruturas que contêm músculo liso e que sua origem provém da veia central da adrenal ou de suas tributárias. Inicialmente pode apresentar-se assintomático ou com sintomas inespecíficos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 58 anos, branca, em seguimento há 4 anos de tumor de adrenal esquerda, apresentou, em 1 ano (TC em 07/14 e 07/15), aumento importante no volume e mudança no aspecto homogêneo para irregular e heterogêneo, com captação errática de contraste, sem linfonodomegalia ou sinais de invasão de estruturas adjacentes. Diante dos resultados, em 20/07/15, a paciente foi submetida a adrenalectomia videolaparoscópica com linfadenectomia retroperitoneal, sem intercorrências. A peça foi submetida a análise histopatológica, medindo 6,9 x 6,1 x 2,8, revelando padrão morfológico observado no leiomiossarcoma, apresentando margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia. Dois meses após a cirurgia, foi submetida ao resgate cirúrgico com esplenectomia, nefrectomia esquerda, pancreatectomia caudal e linfadenectomia paraortica. Recebeu alta após 7 dias de internação hospitalar com importante melhora clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 3 anos, livre de doença. Apesar da raridade desta neoplasia, a adrenalectomia é o tratamento de escolha, não sendo necessários radioterapia ou quimioterapia em doenças não metastáticas.</p> <p>Palavras Chave: leiomiossarcoma de adrenal, adrenalectomia videolaparoscópica, leiomiossarcoma não secretor</p>	<p>PO 682-1</p> <p>TROMBOSE EM VEIA MESENTERICA SUPERIOR EM PACIENTE MASCULINO DE 58 ANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Gustavo Rivelli Lamboglia, Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza, Raissa Silva Frota, Amanda Oliva Spaziani, Talita Costa Barbosa, Leonardo Faidiga, Pedro Gomes Barbosa Júnior, Luiz Gustavo Madi Antonio</p> <p><i>COREME UNIVERSIDADE BRASIL - FERNANDÓPOLIS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A trombose venosa mesentérica é uma causa rara de isquemia mesentérica, potencialmente letal. A sua apresentação é insidiosa, o que dificulta o seu diagnóstico em fase inicial.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo masculino, 58 anos, recebido em unidade de urgência com dor em região periumbilical há 15 dias evoluindo para dor intensa há 4 dias com irradiação para o dorso e piora após ingestão de alimentos e líquidos. Em resposta ao exame físico, observou-se em regular estado geral, consciente, orientado, corado, acianótico, anictérico e afebril. Procedeu-se ao exame abdominal que apresentou-se globoso, flácido e doloroso a palpação em lado direito com ruídos hidroaéreos presentes. Já a tomografia de abdômen total, apresentou derrame pleural, borramento da gordura com formação de coleção em região de hipocôndrio direito, presença de trombo em veia porta, placas de calcificações em parede de aorta, artérias ilíacas e femorais, cisto cortical em rim esquerdo. Foi diagnosticado com trombose em veia mesentérica superior. A conduta adotada foi laparotomia exploradora, enterectomia parcial e enteronastomose, em caráter de urgência. Realizado incisão xifo-púbica, identificada isquemia de alça de delgado 20 cm da válvula ileo cecal, feita enterectomia de 40 cm, com saída de trombos de vasos ressecados, ligadura e verificada hemostasia, confeccionada anastomose entérica término terminal. Após a colocação de drenos, ocorreu o fechamento por planos. O paciente foi encaminhado para a unidade de terapia intensiva. No quarto dia foi transferido para a enfermaria onde iniciou com quadros de dor em flanco esquerdo tipo cólica, após a ingestão de líquidos e alimentos e episódios de diarreicos de forte odor e cor verde escuro. Dessa maneira, retornou para a unidade de terapia intensiva após dez dias de pós-operatório apresentando uma fistula com baixo débito. Foram prescritos cuidados de terapia intensiva, medicamentos, terapia anticoagulante e dieta parenteral. Apresentou melhora do quadro e foi encaminhado para a enfermaria. Após vinte e nove dias, obteve alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Em termos gerais a trombose de veia mesentérica apresenta-se clinicamente sob as formas: aguda, subaguda ou crônica. Na forma aguda a sintomatologia inicial é exuberante, desproporcional aos achados físicos e com rápida evolução. Na subaguda a dor abdominal persiste ao longo de dias ou semanas. Na forma crônica não ocorrem sintomas durante a instalação de trombose, manifestando-se por sinais de hipertensão portal. Os achados laboratoriais são inespecíficos, sendo que leucocitose e acidose aparecem em fase tardia. Destaca-se a importância dos exames de imagem para o diagnóstico. Há, ainda, associação com trombofilia subjacente: déficit de proteína C, déficit de antitrombina III e síndrome anti-fosfolipídica. A cirurgia está indicada para os casos em que existe evidência clínica ou imagiológica de perfuração ou isquemia intestinal, quando não há necrose o tratamento é a anticoagulação.</p>

PO 682-2	PO 682-3
<p>PLEURODESE DE ALÍVIO EM PACIENTE PORTADORA DE DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO A PROVÁVEL NEOPLASIA OVARIANA: UM RELATO DE CASO</p> <p>JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, JOÃO PEREIRA DE ASSIS NETO, RINALDO MOREIRA PINTO FILHO, RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS, SELDA RAFAELA AGUIAR RIBEIRO COUTINHO, FLORA DE SOUZA BRANDÃO REIS</p> <p><i>Famene - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Uma das complicações comuns entre as neoplasias avançadas é o derrame pleural recidivante, geralmente consequente a metástases que resultam em um comprometimento dos folhetos pleurais e comprometem a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento do derrame consiste na manutenção da recorrência do líquido, deixando a cavidade pleural livre de um novo acúmulo; propondo um tratamento local que possibilite a livre expansão do pulmão e conseguinte ganho respiratório.</p> <p>RELATO DE CASO: M.N.B, feminino, 69 anos, portadora de hepatopatia crônica por esquistossomose há 10 anos, residente de Cabedelo – PB, deu entrada no serviço hospitalar local no dia 28/02/19 taquiperneica, hipoxêmica e com inapetência, sendo mantida para rastreamento abdominal e torácico com suporte de máscara de Venturi à 50%. À TC de tórax foi visualizado moderado derrame pleural à direita, ateromatose aórtica; à TC abdominal visualizou-se duas formações expansivas sólidas intraperitoneais na região pélvica de contornos lobulados mal definidos, moderada ascite, espessamento com atenuação de partes moles na gordura omental mesogástrica (omental cake); à USG abdominal foi possível visualizar provável neoplasia ovariana com implante secundário em peritônio. Devido quadro dispneico com suplementação intermitente de O₂ foi manejada com toracocentese de alívio e diagnóstica no dia 06/03, o qual evidenciou 1500ml de líquido exsudado de aspecto sanguinolento; coloração âmbar; PH = 8; densidade = 1; Glicose = 119; proteínas = 6; LDH = 2763; albumina 3,81; lactato desidrogenase = 1783; c/ baixa celularidade. No intuito de evitar drenagens pleurais de repetição, foi realizada toracoscopia no dia 11/03 para biopsiar a região acometida pelo derrame pleural, drenando todo o líquido e seguido de pleurodeese com talco para aliviar de forma eficiente o quadro de tosse e dispnéia da paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: A pleurodeese consiste em uma técnica de tratamento paliativa através de cateteres pleurais eficaz no controle dos derrames oncológicos. Utiliza-se de agentes químicos esclerosantes (preferencialmente talco ou tetraciclina), e mecânicos irritativos de abrasão que produzem uma esfoliação do mesotélio pleural, ocasionando uma fibrose local que obstruem o espaço entre as pleuras viscerais e parietal, impedindo a recorrência do líquido e consequentes sintomas respiratórios. Portanto, consiste na indicação conduta ouro em pacientes com derrames pleurais malignos recidivantes que possuem um bom índice de performance, auxiliando uma boa eficácia respiratória com menor comprometimento na qualidade de vida.</p>	<p>APENDICITE AGUDA COMO CAUSA DE FASCIITE NECROTIZANTE: RELATO DE CASO</p> <p>Caren Julia Solano, Heloisa Davanso de Souza, Karen Monteiro dos Santos, Michel Mendes Camillo</p> <p><i>Santa Casa de Campo Grande - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma das causas cirúrgicas mais comuns de dor abdominal aguda, geralmente de diagnóstico clínico e intervenção cirúrgica precoce, minimizando a morbidade desta doença. Nos casos em que ocorrem complicações, como perfuração apendicular evoluindo com peritonite difusa ou formação de abscesso localizado, essa doença aumenta sua morbimortalidade. O acometimento por abscesso retroperitoneal pode apresentar manifestações clínicas insidiosas de difícil diagnóstico. Devido às relações anatômicas e comunicações anatômicas congênicas, o abscesso pode se espalhar para a área perirrenal, músculo psoas, parede abdominal lateral e áreas inferiores. Embora a perfuração retroperitoneal do apêndice seja reconhecida como uma das causas mais frequentes de abscesso retroperitoneal, há poucos relatos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 52 anos, branca, sem comorbidades, em seus hábitos de vida refere tabagismo e etilismo de longa data. Sem cirurgias prévias e sem alergias. Relata que um mês iniciou quadro de dor abdominal difusa e que piorou cinco dias antes da admissão hospitalar, localizada na fossa ilíaca direita com irradiação para membro inferior do mesmo lado, dificultando a deambulação. Associado ao quadro, apresentava hiporexia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentava forte dor a palpação de fossa ilíaca direita acompanhada de hiperemia em região inguinal direita e raiz de coxa direita. Em exames laboratoriais apresentando leucocitose com desvio a esquerda. Para esclarecimento, realizado tomografia de abdome evidenciando abscesso retroperitoneal em topografia de apêndice cecal. Realizado abordagem inicial via radiologia intervencionista com punção percutânea, porém com progressão do abscesso evoluindo para fasciite necrotizante, sendo necessários debridamentos sucessivos do tecido desvitalizado em centro cirúrgico. Em evolução, apresentou quadro infeccioso refratário com formação de múltiplas coleções e necessidade de novas abordagens, e apenas em segundo momento realização de laparotomia exploradora com apendicectomia.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite aguda constitui a etiologia cirúrgica de urgência mais comum em nosso meio, apresentando-se em aproximadamente 10% dos adultos jovens. Seu diagnóstico é geralmente clínico, devido seu quadro característico. Quando se apresenta de forma atípica, a conduta terapêutica varia, podendo abranger desde laparotomia explorada com drenagem aberta a drenagem percutânea do abscesso, como o realizado no quadro em questão. A associação desta patologia com complicações como abscesso retroperitoneal e fasciite necrotizante, apresenta-se como alta morbimortalidade e de difícil intervenção. No caso apresentado, devido ao diagnóstico tardio, o processo tornou-se de difícil resolução, necessitando de diversas abordagens cirúrgicas e de avaliações multidisciplinares, porém com evolução satisfatória.</p>
<p>PO 683-1</p> <p>ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR RUPTURA DE BALÃO GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Fernanda Kiyomi Chaves, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A inserção do balão gástrico é uma ponte terapêutica pois, auxilia na perda de peso e otimiza o manejo do paciente antes do tratamento definitivo, a cirurgia bariátrica. É considerada como um método seguro e bem tolerado, associado a uma baixa taxa de complicações. Geralmente, é recomendado para tratar pacientes extremamente obesos ou com comorbidades.</p> <p>RELATO DE CASO: L.M.S, 39 anos. Avaliada em 01/11/18 queixou-se de dor epigástrica intensa há cerca de 1 dia sem fatores desencadeantes ou de piora, com melhora parcial com o uso de analgésicos e após vômitos numerosos e fecalóides. Informa parada de eliminação de flatos e fezes há 1 dia. Nega febre e refere diurese sem alterações. Relata procedimento cirúrgico para colocação de balão gástrico há 1 ano e 3 meses. Ao exame físico, paciente apresentava-se em REG, hidratada, corada, anictérica, acianótica e afebril e abdome globoso, flácido, doloroso à palpação difusa. Foi realizada radiografia de rotina para abdome agudo e mostrou distensão em delgado com níveis hidroaéreos. Efetuada a tomografia computadorizada de abdome sem contraste, mostrou a presença de corpo estranho em topografia de delgado com aparente projeção de balão gástrico em válvula íleocecal. Foi tomada uma conduta conservadora, na expectativa da migração do corpo estranho através da válvula íleocecal e assim, desobstrução. Paciente foi mantida em dieta zero, sonda nasogástrica e hidratação venosa. Durante o procedimento foi encontrado obstrução em íleo terminal com distensão de alças de delgado a montante e corpo estranho intraluminal nessa topografia. Foi feita uma enterotomia de 2 cm em borda antimesentérica em topografia da obstrução, com eletrocautério, e retirada do corpo estranho, sendo confirmado que se tratava realmente do balão. Posteriormente, foi feito enterorrafia com Vicryl 3.0 por sutura contínua. Evoluiu com vômitos no pós operatório que foi bem responsivo ao tratamento e após 4 dias recebeu alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de ser um método seguro, o balão gástrico quando inserido por endoscopia, deve ser retirado após 6 meses, pois, a sua permanência prolongada leva a complicações como, esofagite, necrose, úlceras gástricas e ruptura do balão. O caso mostrou que a cirurgia videolaparoscópica é factível para os casos de obstrução intestinal por corpo estranho e também uma internação abreviada e confortável para a paciente.</p>	<p>PO 683-3</p> <p>ESPLENECTOMIA EM PACIENTE PORTADOR DE PURPURA TROMBOCITOPÊNICA AUTOIMUNE E PANCITOPENIA – UM RELATO DE CASO</p> <p>Gabriela Mendonça Vilar Trindade, Alberto Vilar Trindade, Ana Carolina Gomes Siqueira, Matheus Moreno de Oliveira, Ana Luiza Alves Nicoletti, Amanda Cristins de Souza, Eduardo José Ferreira Sales, Jessica Danicki Prado Fernandes</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte/ Centro Universitário de Brasília (Uniceub) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O baço é um órgão que atua no sistema retículo-endotelial e funciona como produtor de anticorpos, além de remover células envelhecidas ou danificadas e células revestidas de anticorpos. Diversas patologias cursam com esplenomegalia; entretanto, poucas condições estão associadas com a esplenomegalia massiva. A esplenectomia é uma das opções terapêuticas a ser considerada para casos que cursam com esse quadro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 27 anos, com diagnóstico de púrpura trombocitopênica autoimune, encaminhado da Unidade de Clínica Médica para a Unidade de Cirurgia Geral para ser submetido a esplenectomia devido a uma condição de hiperesplenismo exacerbado com pancitopenia refratária ao tratamento com corticoides. O paciente apresentava dor e desconforto abdominal moderados e dispnéia, sintomas explicados pelo volumoso baço que exercia compressão de órgãos vizinhos e se apresentava na forma de uma tumoração de consistência fibroelástica com protusão em epigástrico e nos quadrantes abdominais esquerdos. A esplenectomia foi realizada através de uma laparotomia mediana, o baço pesou 4.910 gramas e o paciente teve boa evolução no pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: A esplenomegalia é um achado comum de diversas patologias; entretanto, o aumento massivo do órgão ocorre em poucas doenças. Segundo a definição proposta por Goldstone (1978) e adaptada por Bickertaff e Morris (1987), a esplenomegalia massiva corresponde ao baço com mais de 1,5kg. Outros autores complementam esse conceito, considerando também quando o baço alcança a crista ilíaca ou quando cruza a linha média. A esplenomegalia dessa magnitude é sintomática por razões físicas, como ocorre no caso, com compressão de órgãos adjacentes levando a dispnéia e dor abdominal e cursa também com o hiperesplenismo, em que a neutropenia, anemia e trombocitopenia estão presentes. As etiologias mais comuns são as doenças infecciosas, condições infiltrativas e desordens hematológicas, incluindo a púrpura trombocitopênica idiopática, a qual é o provável diagnóstico da paciente do caso relatado. O tratamento inicial para esse quadro deve ser feito com uso de corticosteroides, sendo a remissão completa e prolongada em torno de 40% dos casos. Em pacientes refratários ao uso de corticoides, a esplenectomia é a opção terapêutica de escolha. Apesar de ser uma das possíveis condutas diante de uma doença, deve-se ponderar se as vantagens se sobressaem às desvantagens, uma vez que se retira parte importante da proteção imune, além de possíveis complicações decorrentes da cirurgia, como tromboembolismo, maiores chances de infecção pós-esplenectomia, sendo necessária vacinação contra microrganismos encapsulados e medidas profiláticas para infecção para o restante da vida. No caso em questão, a esplenectomia para a esplenomegalia massiva é segura e proporciona uma palição efetiva.</p>

PO 684-1	PO 684-3
<p>PERFURAÇÃO INTESTINAL EM DIVERTÍCULO DE MECKEL (DM) POR ESPINHO DE PEIXE</p> <p>Leticia Rafaela de Oliveira Ferreira, Aline Araldi Lazzeri, Luís Fernando Tasca</p> <p><i>Hospital Regional de Juazeiro BA - Juazeiro - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O DM é a anomalia congênita mais encontrada no intestino delgado, ocorrendo em cerca de 2% da população. Está localizado na borda anti-mesentérica do íleo, na 45 a 60 cm proximal à válvula ileocecal e resulta de um fechamento incompleto do conduto onfalomesentérico. A maioria é benigna e descoberta incidentalmente. Seu diagnóstico é importante devido à possibilidade de apresentar complicações, como inflamação e hemorragia, se manifestando com quadro de abdômen agudo. A perfuração deste divertículo é uma complicação rara que pode mimetizar uma apendicite. Este artigo descreve o caso de um paciente com quadro de abdome agudo devido a um DM perfurado por corpo estranho.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 37 anos de idade, encaminhado ao Hospital Regional de Juazeiro-Ba. Relatava dor abdominal tipo cólica em andar inferior do abdome há um dia, súbito, acompanhada de febre. Negava náuseas, vômitos, diarreia ou outras alterações. Sem comorbidades ou antecedentes cirúrgicos. Ao exame físico, apresentava-se em EGB, LOTE, hidratado, corado, afebril, normocardico e normotenso. Abdome flácido, depressível, indolor à palpação superficial, com desconforto a palpação profunda na fossa ilíaca direita e descompressão brusca dolorosa. Ruídos hidroaéreos normais. Sem alterações cardio-respiratórias. Exames laboratoriais normais. Seguiu em observação por 48h, onde evoluiu com piora do quadro álgico e inapetência. Solicitada tomografia de abdome que evidenciou borramento da gordura Peri apendicular, com pequena quantidade de líquido livre. Com hipótese diagnóstica de apendicite aguda, o paciente foi submetido a cirurgia por incisão à Davis. No intra-operatório evidenciou-se apêndice cecal longo, de base íntegra, sem edema ou hiperemia. Prosseguiu-se então com exploração do íleo terminal onde observou-se presença de DM distando cerca de 10cm da válvula ileocecal, com hiperemia e perfuração por corpo estranho, que após manipulação, verificou-se ser um espinho de peixe, com pequena quantidade de secreção citrina na fossa ilíaca direita. Foi realizada diverticulotomia com síntese da parede ileal em plano único, com posterior apendicectomia, limpeza e revisão da cavidade, hemostasia e fechamento da parede.</p> <p>DISCUSSÃO: O divertículo agudo ou perfuração do DM, deve ser detectada no diagnóstico diferencial da apendicite aguda. Ao se encontrar um apêndice normal, o íleo distal deve ser avaliada a presença de um DM inflamado. Como neste relato após encontrar apêndice cecal sem alterações, foi realizada exploração de íleo terminal com achado do divertículo. Ambas possuem sintomas semelhantes, sendo difícil diferenciá-los através do exame físico. O diagnóstico radiológico é difícil podendo apresentar alterações inflamatórias e presença de ar extra luminal. Este relato demonstra que a perfuração do DM por corpo estranho, é uma complicação rara, sendo uma causa incomum de abdome agudo, um achado intra-operatório, sendo a ressecção do divertículo inflamado é a melhor maneira de abordar a lesão.</p>	<p>INFARTO ESPLENICO (IE): ABORDAGEM CIRURGICA X ABORDAGEM CONSERVADORA</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Vanessa Mohamed Rassi, Carlúcio Cristino Primo Júnior, Camille Souza Carvalho, Yara Aguiar Serafim, Luísa Freire Barcelos, Melissa Giovanucci</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O IE é um evento isquêmico incomum, resultado do comprometimento sanguíneo arterial/venoso ao baço, podendo ser total ou segmentar. É frequentemente associado a estados de hipercoagulabilidade, mas também com anemia falciforme, endocardite bacteriana e baço flutuante. Este estudo visa relatar um caso de IE e analisar suas possíveis abordagens.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 65 anos, hipertensa com hipotireoidismo e fibromialgia. Queixou-se de dor em hipocôndrio esquerdo (HEC) há 3 dias, com irradiação para ombro esquerdo (Sinal de Kehr) e queda do estado geral. Nega trauma. Ao exame físico, apresentou dor à palpação de HEC. Foi realizada Tomografia Computadorizada de Abdome Total (TC) evidenciando baço de dimensão aumentada, área triangular hipodensa em terço médio e áreas menores em terço inferior, sem realce após contraste. Além de ectasia de vasos esplênicos. Levantou-se hipótese de infarto esplênico por trombose de Veia Esplênica (VE). Iniciadas hidratação, analgesia e anticoagulação com Varfarina e Enoxiparina. A USG de VE/Porta não apresentou anormalidade. Aos exames laboratoriais, os resultados anormais foram presença de anticoagulante lúpico e deficiência de proteína S. Paciente apresentou recuperação do estado geral, recebendo alta no 14º dia, para investigação ambulatorial da etiologia do IE.</p> <p>DISCUSSÃO: Um terço dos IE é assintomático. Dentre os sintomas, é mais comum dor em HCE e Sinal de Kehr, como no caso relatado. Outros são febre, náuseas/vômitos. Em concordância com a literatura, foi realizada TC com contraste, considerada exame gold-standard para diagnóstico. O achado conhecidamente característico da doença foi imagem em cunha hipodensa, sem realce por contraste. A terapêutica inicial consiste em medidas de suporte, pois a evolução do tecido isquêmico é através de fibrose com tendência à cura, sem necessidade de esplenectomia(ESP). ESP é indicada em casos selecionados: IE total – alto risco de ruptura, sintomas persistentes e em vigência de hematoma, ruptura, sepse, necrose extensa, abscesso e pseudocisto infectado. Como toda terapia invasiva, a ESP oferece riscos. A longo prazo, a complicação pós-operatória (CPO) mais temida é a infecção fulminante pós-ESP(IFPE) que define sepse fulminante, meningite ou pneumonia. É causada em geral, por S. pneumoniae, N. meningitidis e H. influenzae B. IFPE é emergência médica com taxa de mortalidade de 50-70%. É 50 vezes mais comum pós-ESP que na população geral. A ESP pode ser total ou subtotal. Antonio di Sabatino et. al descreve estudo realizado com talassêmicos que evidenciou menor risco de IFPE em submetidos à ESP subtotal. Pothula et. al ressaltou que em casos de ligadura da artéria esplênica com esplenorrafia ou ESP subtotal, houve ausência de CPO com recuperação imunológica e funcional. Conclui-se que o IE deve ser considerado em pacientes com fatores de risco e dor em HCE, sem etiologia clara. O quadro geral do paciente, a doença subjacente e os achados na TC devem servir de subsídio para a escolha da terapêutica ideal.</p>
<p>PO 685-1</p> <p>ENTERECTOMIA EXTENSA COM COLECTOMIA DIREITA E ANASTOMOSE JEJUNO-TRANSVERSO EM PRIMEIRO TEMPO OPERATORIO, APOS ISQUEMIA MESENTERICA AGUDA</p> <p>Guilherme Bastos Pallot Brito, Fernando Freire Lisboa, Senival Alves Oliveira Junior, Romero Lima França, Carlos Antonio Souza Filho, Gabriela Lima Nóbrega, Dened Myller Barros Lima, Antonio Braz Silva Neto</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda refere-se ao início súbito de hipoperfusão do intestino delgado, que pode ser devido a obstrução do suprimento arterial ou obstrução do fluxo venoso. Obstrução arterial ocorre devido a embolia aguda ou trombose. Na trombose venosa ocorre obstrução da drenagem sanguínea, incluindo principalmente as veias mesentérica superior e inferior e as veias esplênicas e portais. O presente relato corrobora com a literatura atual, apontando que os paciente submetidos à ressecções intestinais, se favorecem positivamente com a reconstrução intestinal primária em tempo único, ou quando não for possível, devendo-se proceder de cirurgia de controle de danos e reconstrução intestinal o mais brevemente possível.</p> <p>RELATO DE CASO: JFR, 41 anos, solteira, 2 filhos, operadora de caixa, natural e procedente de Macaíba-RN. Paciente admitida no serviço de urgência, devido quadro de dor abdominal difusa de forte intensidade, associado à náuseas e vômitos. Negava comorbidades, anticoncepcional oral como única medicação. Evoluiu com parada cardiorrespiratória, revertida após 10 minutos na sala de emergência. Realizado laparotomia exploradora onde foi evidenciado isquemia mesentérica extensa com necrose de delgado e cólon. Submetida enterectomia extensa com colectomia direita, seguido de anastomose Jejunum-transverso (mantido 10 cm de delgado a partir do ângulo de Treitz). Admitida em unidade de terapia intensiva (UTI) em pós operatório imediato em uso de heparinização plena e iniciado NPT. Evoluindo para dieta oral no 14º dia de pós operatório (DPO). Tomografia computadorizada de controle mostrando trombose de veia porta e mesentérica superior. No 30º DPO, paciente com boa aceitação de dieta via oral, evoluiu com vultuoso sangramento digestivo baixo. Realizado colonoscopia que evidenciou colite isquêmica extensa. Encaminhada de urgência para o setor de hemodinâmica, onde foi realizado portografia trans hepática com trombectomia mecânica venosa de trombo da junção mesentérico portal com aproximadamente 6cm de extensão e colocação de stent venoso alto expansivo. Manteve uso de heparinização plena, evoluindo 9 dias após esse novo evento sem sinais de hemorragia digestiva. Admitida em enfermaria, evoluindo com aceitação progressiva de dieta via oral. No 50º DPO atingindo 80% da meta calórica por via oral. Instalado portocath em subclávia direita. Recebeu alta com suplementação nutricional via oral e agendamento de NPT a cada 2 meses inicialmente, com programação de espaçamento de NPT após novas avaliações. Atualmente em acompanhamento há 1 ano, sem apresentar intercorrências ou limitações.</p> <p>DISCUSSÃO: As taxas de mortalidade para essa patologia excedem 60% e os pacientes que sobrevivem a um evento agudo provavelmente morrerão de complicações relacionadas à condição subjacentes. Todavia, a conduta adota em nosso serviço, corrobora com estudos recentes, demonstrando que a reconstrução intestinal primária diminui a morbidade e mortalidade em médio e longo prazo.</p>	<p>PO 685-2</p> <p>SEQUESTRO PULMONAR BILATERAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>João Paulo Santos Correia, Wander Mattos Cardoso, Rodolfo Tenório Mascarenhas, Ingrid Botelho Ribeiro, Ingrid Ramalho Dantas Castro, Marcos Roberto Campos Júnior, Matheus Henrique Oliveira</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O sequestro pulmonar (SP) é a segunda causa mais comum dentre as pneumopatias congênitas, caracterizado por uma massa de tecido pulmonar não funcionante, sem conexão com a árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria anômala de origem sistêmica. O SP é dividido em SP intralobar (SPIL) e SP extralobar (SPEL), de acordo com seu revestimento pleural, sendo raros seus registros de acometimento bilateral. O SPIL representa aproximadamente 75% dos casos de SP, em que pacientes acometidos pela doença se apresentam com histórias de infecções recorrentes do trato respiratório, hemoptise e dispnéia. No SPEL mais de 60% dos casos encontram-se associados a anomalias congênitas concomitantes, sendo a hérnia diafragmática a anomalia mais prevalente, correspondendo a 16% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 4 anos, testemunha de Jeová, com história de pneumonia de repetição em lobo inferior esquerdo. Em avaliação com pneumopediatra, foram solicitadas tomografia (TC) de tórax e do abdome superior com contraste, que demonstraram sinais de eventração póstero-medial da hemicúpula diafragmática esquerda, redução do coeficiente de atenuação pulmonar de aspecto enfiamentoso e áreas císticas bilaterais coincidentes com área de irrigação vascular anômala proveniente da aorta torácica. Os achados da arteriografia foram consonantes com os dados das TCs, revelando também drenagem vascular anômala através das veias gástrica esquerda e gástricas curtas. Considerando a história prévia e os achados dos exames de imagem, foi diagnosticado um SPB, sendo SPIL à direita e SPEL à esquerda. O paciente foi submetido a lobectomia do lobo ectópico à esquerda e a segmentectomia anômica à direita, tendo também realizado uma hernioplastia diafragmática por vídeo devido a hérnia encontrada no procedimento, recebendo alta 4 dias depois.</p> <p>DISCUSSÃO: O SPB é uma patologia congênita rara, com uma apresentação clínica variável. O caso clínico em questão realça a necessidade de um elevado grau de suspeita da doença frente um paciente com infecção pulmonar de repetição, para que, assim, se possa determinar os exames de imagem necessários para seu correto diagnóstico e estudo. O advento da cirurgia toracoscópica trouxe vantagens para o manejo operatório de SP, podendo ser realizado com segurança em pacientes pediátricos.</p>

PO 686-1	PO 687-1
<p>ENTERECTOMIA EXTENSA COM RECONSTRUÇÃO INTESTINAL PRECOCE (DUODENO-TRANSVERSO ANASTOMOSE) APOS COMPLICAÇÃO DE BYPASS GASTRICO</p> <p>Guilherme Bastos Palitot Brito, Igor Marreiros Pereira Pinto, Senival Alves Oliveira Junior, Carlos Antonio Souza Filho, Dened Myller Barros Lima, Antonio Braz Silva Neto, Rebecca Gomes Ferraz, Lavier Kelvin Holanda Vidal</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome do intestino curto (SIC) é uma condição disabsortiva causada mais frequentemente pela ressecção maciça do intestino delgado. Sua apresentação clínica é variável, devido a notável capacidade do intestino em compensar o segmento perdido. A SIC é melhor descrita como um estado em que a função gastrointestinal do indivíduo é inadequada para manter seu estado nutricional e de hidratação. Quando realizado ressecção intestinal com confecção de ostomias, perde-se a capacidade absorvora do intestino remanescente. O presente relato de caso contribui positivamente com estudos atuais que demonstram melhor prognóstico em curto, médio e longo prazo quando realizado a reconstrução intestinal precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: FGD, 61 anos, casado, natural e procedente da Espanha. Relata passado de cirurgia para redução do peso em 2008 (Bypass Gástrico), além de diabetes. Apresentou, em junho de 2018, quadro de dor abdominal súbita e de forte intensidade, associado a dispnéia, taquicardia e sudorese profusa. Admitido em outro serviço com estado geral comprometido, abdome distendido, doloroso à palpação difusamente, com sinais de irritação peritoneal e instabilidade hemodinâmica. Tomografia computadorizada de abdome mostrou sinais sugestivos de hérnia interna. Na laparotomia exploradora identificou-se sofrimento intestinal extenso, sendo realizada enterectomia desde a terceira porção duodenal até metade do cólon transverso com confecção de duodenostomia terminal e transversostomia. Admitido no Hospital Universitário Onofre Lopes em 7º dia pós-operatório (DPO), já estável hemodinamicamente, apresentando alto débito através de duodenostomia e desnurtício. Iniciado nutrição parenteral total (NPT), entretanto paciente mantinha perda de peso, distúrbio eletrolítico e hipoproteïnemia. Realizado enteroanastomose duodeno - cólon transverso termino-lateral no 30ºDPO da enterectomia. Introduzido dieta oral precocemente, atingindo meta calórica alvo por via oral no 6ºDPO da reconstrução do trânsito intestinal, NPT reduzida gradativamente para avaliar absorção entérica. Estável clinicamente, com correção hidroeletrólítica e importante ganho de massa magra, optou-se pela transferência para Bilbao, Espanha, onde permaneceu internado por volta de 15 dias, recebendo alta hospitalar. No momento realizando NPT intermitente complementar durante a noite, sem queixas e sem limitações para atividade do cotidiano.</p> <p>DISCUSSÃO: O entendimento da capacidade adaptativa do intestino remanescente em manter o estado nutricional do paciente é fundamental na SIC. A reconstrução precoce do trânsito intestinal, objetiva a maior capacidade absorvora à curto prazo e maior potencial adaptativo à longo prazo, apresentando melhores prognósticos. Os resultados encontrados corroboram com as informações da literatura médica atual. Em função disso, o paciente é beneficiado positivamente com esta abordagem.</p>	<p>RARA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR DECORRENTE DE BAGAÇO DE LARANJA COMPACTO</p> <p>Livia Gomes Ribeiro, Ana Laura Mota Resende, Ivys Sousa Marinho, Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Nacélia Santos Andrade, Alice França Resende Bulhões, Alvaro Bulhões Silva Neto, Antonio Lopes Muritiba Neto</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoares são caracterizados como uma compactação de material ingerido no lúmen do trato gastrointestinal, geralmente no estômago, podendo apresentar continuidade com o intestino delgado ou se fragmentar em múltiplas massas em qualquer segmento intestinal. No trabalho descrito, foi relatado um caso de fito bezoar (um subtipo de bezoar composto por fibras vegetais) decorrente da ingestão de laranjas sem a devida mastigação, o que levou à obstrução intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: I.C.S., sexo masculino, 56 anos, agricultor, residente na zona rural de Bom Conselho/PE apresentou-se ao Hospital Geral do Estado de Alagoas - Maceió/AL - com história de dor abdominal inespecífica. Foi admitido com sintomas clínicos de abdome agudo obstrutivo, sendo encaminhado para exames laboratoriais e de imagem. Os parâmetros laboratoriais demonstraram a proteína C-reativa cerca de 4 vezes mais elevada em relação ao valor de referência, sem mais alterações significativas. Tomografia computadorizada revela dilatação em região jejuno-ileal, detritos intraluminais contendo bolhas de ar (aparência mosqueada) no local da obstrução. Em seguida, paciente encaminhado à laparotomia exploratória. Foram realizadas incisões mediana supra e infraumbilicais e os achados intra-operatórios incluem: aderências múltiplas de cólon transverso com parede abdominal, bezoar obstruindo a luz do íleo, que causou distensão do jejuno e íleo, anterior ao ponto de obstrução localizado a 50 cm da válvula íleo-cecal. Os demais órgãos e estruturas se encontravam normais. Durante o pós-operatório o paciente evoluiu bem, aceitando a dieta e com transit intestinal normal. Como complicação desenvolveu infecção de ferida operatória, que foi tratada com curativo e antibioticoterapia (Cefepime 2g + Metronidazol 500mg), esquema esse preconizado pela CCIH do hospital. Alta hospitalar após 16 dias pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Os fito bezoares são o subtipo mais comum de bezoares, sendo responsáveis por cerca de 2% a 3% de todas as obstruções do intestino. Sua principal ocorrência é em pacientes submetidos a operações abdominais, principalmente gástricas. Podem ocorrer, também, em extremos de idades que apresentam uma mastigação deficiente. Sendo assim, neste caso a obstrução ocorreu devido à mastigação deficiente, que gerou o acúmulo do bagaço da laranja na luz intestinal. O sinal da obstrução de aparência mosqueada visto na tomografia computadorizada é compatível com outros achados de fito bezoares. Os exames laboratoriais apresentaram uma reação inflamatória moderada, todavia inespecíficos para a causa da obstrução. O tratamento consiste na retirada da obstrução para reestabelecimento da peristaltese e do trânsito intestinal. Tal relato contribui com a ampliação dos conhecimentos acerca dos fito bezoares, que apesar de sua raridade, o médico cirurgião deve estar apto a reconhecer e tratar da forma mais efetiva, respaldando sempre que possível seu planejamento e conduta cirúrgica nos exames de imagem.</p>
<p>PO 687-2</p> <p>ABORDAGEM DO HEMOTÓRAX RETIDO PELA TORACOTOMIA AXILAR MÍNIMA POUPADORA DE MÚSCULOS.</p> <p>Mayra de Oliveira Maciel Silva, Lucas Barone da Rocha, Anna Alice Marinho, Clênio Mundim da Fonseca JR, Luísa Sousa Bernardes, Talitha Zileno Pereira, Luanna Lucas Barbosa Caetano, Edson Antonacci JR</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As lesões torácicas penetrantes, de alta morbimortalidade, acometem, em sua maioria, estruturas na periferia dos pulmões, o que propicia o surgimento de hemotórax. Em 85% dos casos o tratamento inicial é a drenagem torácica, com a reexpansão pulmonar. Porém em outros casos, o sangramento permanecerá ativo ou resultará em hemotórax retido que é uma causa extremamente importante de morbimortalidade, além de ser responsável pelo aumento do tempo de internação. O RX e a TC de tórax são os métodos de imagem mais utilizados como diagnóstico. Os tratamentos atuais do hemotórax retido são: tratamento conservador, punção torácica guiada, um segundo dreno torácico, injeção intrapleural de agentes fibrinolíticos, videotoracoscopia e a toracotomia ou pleurostomia. A toracotomia é a melhor opção de tratamento no hemotórax volumoso e complicado.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 21 anos, em quadro de hemotórax retido após toracostomia em selo d'água por lesão torácica por arma branca. Realizados RX e TC de tórax à admissão, apresentando: discreto hemotórax à direita. Em seguida realizada drenagem de tórax. Após o 5º dia da toracostomia em selo d'água, foram realizadas novas TC e RX de tórax, que revelaram pouca expansibilidade pulmonar, com coleção em selo costofrênico direito, além de cavitação em ápice de hemitórax à direita, com presença de líquido e pneumotórax discreto. No 13º dia do trauma, foi realizada a Toracotomia Axilar Mínima Poupadora de Músculos, e foram retirados os coágulos e uma formação de fibrina presente em ápice pulmonar e colocados dois drenos de tórax, cruzados e apicais, em 5º espaço intercostal e em linha axilar anterior do 6º espaço intercostal, sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A toracotomia é uma via de acesso que objetiva expor os órgãos intratorácicos e as estruturas da parede torácica. A escolha da incisão torácica depende da intervenção cirúrgica realizada, da condição fisiológica do paciente e dos benefícios e limitações da abordagem planejada. A toracotomia póstero-lateral e a ântero-lateral foram as utilizadas por décadas, porém devido ao trauma que acarretam na parede torácica, surgem, no pós-operatório, fatores limitantes. Com o aprimoramento da ventilação pulmonar, incisões laterais, cada vez menores e menos traumáticas, com menor secção muscular, sem ressecção de costelas e com os melhores resultados estéticos, vêm sendo utilizada para substituir as vias clássicas. A toracotomia axilar pode ser executada de 2 maneiras: incisão transversal 3 a 4 cm por baixo da linha axilar, ou com uma incisão vertical, iniciando-se na parte inferior da gordura axilar, imediatamente posterior ao músculo peitoral, estendendo-se por 8 a 10 cm. As incisões laterais, menores, entre elas a axilar, possibilitam acesso restrito ao tórax, quando comparada à póstero-lateral, porém vários benefícios são observados (redução da dor pós-operatória, preservação de um dos músculos da respiração, conservação da força muscular e melhor resultado estético).</p>	<p>PO 688-2</p> <p>SARCOMA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PRIMÁRIO DE PULMÃO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Marina Monteiro, João Paulo Correia, Wander Mattos Cardoso, Sarah Carvalho, Diego Jorge Barros, Débora Irene Barbosa, Tamiris Cardoso, Kaliny Galvão</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Sarcoma de Células Dendríticas (SCD) é uma neoplasia maligna extremamente rara, acometendo geralmente sítios linfonodais, embora possa acometer sítios extranodais em 1/3 dos casos como palato mole, trato gastrointestinal e mediastino. O tumor apresenta crescimento lento de células fusiformes/ovóides de bordas irregulares com diagnóstico, principalmente, histológico, acrescido da imuno-histoquímica, microscopia eletrônica e tomografia computadorizada (TC) de tórax. Os achados radiológicos para esta neoplasia na TC são inespecíficos e podem apresentar semelhanças com o Hamartoma. A ressecção cirúrgica é a medida de tratamento mais recomendada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 28 anos, em pós-operatório de histerectomia, procurou o serviço de cirurgia torácica para avaliar nódulo pulmonar com dimensão de 2,6 x 2,2 cm visto em radiografia de tórax. Submetido à tomografia que classificou como Hamartoma, foi tratada com segmentectomia pulmonar não anatômica por vídeo. A primeira análise histológica sugeriu tratar-se de pseudotumor inflamatório e a imuno-histoquímica, após análise de extenso painel, considerou tais hipóteses: tumor miofibroblástico inflamatório, sarcoma de células dendríticas foliculares ou outros sarcomas de baixo grau. Fez-se necessário a avaliação da peça em serviço especializado de patologia pulmonar. O diagnóstico foi de neoplasia maligna mista com componente fusiforme e de células dendríticas. Considerando a característica da doença, iniciou-se investigação de um possível foco primário, sendo realizado cintilografia, avaliação da orofaringe, PET-CT (que não apresentou atividade metabólica), considerando então uma patologia primária de pulmão. Foi submetido a lobectomia inferior esquerda por vídeo, associada a linfadenectomia mediastinal. A paciente apresentou boa evolução pós-cirúrgica, sem sinais de recidiva até o momento.</p> <p>DISCUSSÃO: O SCD primário de pulmão é extremamente raro e de difícil diagnóstico. O tratamento deve ser direcionado de acordo com o comportamento biológico da doença, no entanto, vê-se a necessidade de estudos direcionados para uniformizar as condutas.</p>

PO 689-1	PO 690-1
<p>MA ROTAÇÃO INTESTINAL EM ADULTO ASSOCIADA A SUBOCCLUSÃO POR VOLVO E LINFOMA NAO HODGKIN: RELATO DE CASO</p> <p>Enrico Giacomelli, Caroline Gasparim, Maurício Fontoura</p> <p><i>Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Uruguaiãna - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Má rotação intestinal é uma patologia identificada em 90% dos casos, até o primeiro ano de vida (KAPFER e RAPPOLD, 2004). Seu diagnóstico em pacientes adultos é raro, ocorrendo em 0,2% da população (MENDES, 2009). A patologia é decorrente de uma falha completa ou parcial da rotação do intestino médio primitivo realiza em torno da Arteria Mesentérica Superior.</p> <p>RELATO DE CASO: É reportado o caso de um homem, 56 anos, branco, que recorreu ao pronto atendimento queixando-se de dor abdominal difusa e intensa há cerca de quatro dias, com vômitos e diminuição na eliminação de flatos. Ao exame físico, o abdome encontrava-se distendido, timpânico, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Havia dor à palpação profunda, localizada, principalmente a direita. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou má rotação e volvo intestinal. Optou-se por Procedimento de Ladd via laparotomia. No intra-operatório, foram observadas alças de jejuno extremamente distendidas, todas localizadas em flanco direito, com aderências em fossa ilíaca direita, formando volvo intestinal de 720 graus. Foi realizada lise de aderências em fossa ilíaca, com identificação de alça de jejuno com segmentos espessos e microperforação localizada; optou-se por enterectomia com anastomose latero-lateral. Por fim, houve lise de bandas de Ladd e apendicectomia profilática. A peça enviada para avaliação anatomopatológica revelou aspectos histológicos de Linfoma não-Hodgkin de células B, com alto índice proliferativo ao marcador Ki-67. No pós-operatório, o paciente apresentou ileo metabólico com boa resposta ao tratamento conservador, bem como infecção de ferida incisional de caráter superficial, com alta no oitavo pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: De acordo com a literatura atual, a má rotação intestinal em adultos pode permanecer assintomática em 15% dos pacientes acometidos (MENDES, 2009). Contudo, quando presente, é comum apresentar sintomas decorrentes de obstrução intestinal pelas Bandas de Ladd, responsáveis por fixar as estruturas em locais incomuns, e volvos intestinais. O achado de Linfoma não-Hodgkin caracteriza a patologia responsável pela estimativa de 74200 novos casos e 19970 mortes no ano de 2019 nos Estados Unidos (SIEGEL et al, 2019). Os tecidos linfóides que apresentam transformação neoplásica em LNH de alto grau, como no caso relatado, são responsáveis por 50% dos casos de linfoma (ARAÚJO et al, 2008), e portanto, constituem um achado relevante para estabelecer o prognóstico do paciente. Ressalta-se também que, nesse caso, os "sintomas B" (emagrecimento, febre e sudorese noturna), característicos de LNHdGCB, não foram relatados pelo paciente em nenhum momento, fazendo com que o quadro evoluisse a uma emergência oncológica surpreendentemente relacionada ao diagnóstico de má rotação intestinal com volvo.</p>	<p>INTUSSUSCEPÇÃO DE JEJUNO POR PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO – RELATO DE CASO</p> <p>Thayná Soares Oliveira, Rogério Rodrigues Veloso, Mateus Wendell Moraes Rezende, Daniela Cirqueira Castro, Dórica Pereira Martins, Lucas Cunha Oliveira, Patrick Nunes Brito, Lais Rocha Brasil</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: o pseudotumor inflamatório (PI), também chamado de tumor miofibroblástico ou miofibroblastoma, é uma afecção rara, benigna, caracterizado por uma massa contendo infiltrado celular inflamatório associado a áreas de fibrose e necrose, tendo poucos relatos na literatura, o que implica no seu difícil diagnóstico, associado as manifestações clínicas variadas, como febre, dor local, edema, perda de peso, astenia e outros sintomas inespecíficos. O diagnóstico definitivo se faz por meio de estudo patológico que evidenciará os tipos celulares presentes na lesão, uma vez que apenas pelo estudo radiológico não se pode diferenciar o PI de uma neoplasia maligna. O tratamento e cura ocorre apenas por processo cirúrgico. Devido a intensa fibrose, uma das complicações mais comuns é a intussuscepção, modificando o curso da doença e o quadro clínico, dificultando ainda mais o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: V.F.S, 41 anos, feminino, atendida no pronto socorro com queixa de dor abdominal tipo cólica em região epigástrica de moderada a forte intensidade que iniciou há 02 meses com piora progressiva. Nega fatores atenuantes ou agravantes. Ao exame físico de entrada apresentava-se em bom estado geral, sem nenhum achado específico, com melhora da dor após analgesia. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) evidenciando intussuscepção associado a massa, não tendo como diferenciar de uma neoplasia. Foi submetida a procedimento cirúrgico realizando enterectomia com segmento contendo a lesão, e levada para estudo histopatológico que confirmou PI, e uma anastomose termino-lateral. Paciente evoluiu com melhora progressiva, sem nenhuma intercorrência no pós-operatório, recebendo alta sob orientações no 3º dia pós-operatório e retorno para acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O PI é uma causa rara, com pouco estudo desenvolvido dessa patologia, o que pode retardar o diagnóstico pela falta de conhecimento da doença, resultando em um mau prognóstico, justificando a importância desse estudo. Além disso, por mimetizar neoplasias malignas, e por apresentar sintomas parecidos, a única forma de diferenciá-los e de tratar ocorre por meio de exérese cirúrgica, sendo confirmado pelo estudo histopatológico. Entretanto, pelo risco de recorrência, os pacientes que foram acometidos por essa patologia devem ser acompanhados por um período prolongado.</p>
<p>PO 690-2</p> <p>ANALISE DA RELAÇÃO DO TRANSPLANTE HEPATICO COM O SURGIMENTO DE UM LINFOMA NAO-HODGKIN EM UM PACIENTE</p> <p>Nadja Gabriela Soares Azevedo, Lucas Machado da Rocha Tarlé, Laura Viana de Lima, Eduardo Resende Sousa e Silva, André Luis Conde Watanabe, Natália de Carvalho Trevisoli, Renata Pereira Fontoura, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ocorrência de neoplasias, em particular de doença linfoproliferativa, tem sido reconhecida como uma causa importante de morbidade e mortalidade tardia em pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos. Acredita-se que a redução da vigilância imunológica contra o surgimento e proliferação de células neoplásicas, em decorrência do uso de medicações imunossupressoras para evitar rejeição, tenha papel preponderante no surgimento e desenvolvimento destas neoplasias. Relatamos o caso de um paciente que desenvolveu linfoma não-Hodgkin um ano e meio após um transplante hepático, com implantes difusos em vários órgãos, porém apresentando excelente resposta ao tratamento quimioterápico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 47 anos, sexo masculino, diagnosticado há 12 anos com cirrose hepática por álcool, apresentando episódios de encefalopatia hepática e ascite. Ex-titista de destilados por 30 anos, em abstinência há 5 anos. Submetido a transplante hepático há 3 anos com escore de Child-Pugh de 9 (B) e escore do Model for End-stage Liver Disease (MELD) de 17, com um tempo total de internação hospitalar de 6 dias. Um ano e seis meses após o transplante, o paciente evoluiu com quadro de astenia, inapetência, perda ponderal e dor abdominal. Encontrava-se em uso dos imunossupressores Tacrolimus e Micofenolato sódico. Realizou tomografia computadorizada de crânio, tórax e abdome, apresentando lesões em órbita, calota craniana, implantes em pericárdio e pleura com derrame pleural à direita, volumoso lesão hepática e linfonodos abdominais alterados sugestivos de implantes metastáticos. Foi realizada a biópsia do fígado, que revelou linfoma não-Hodgkin B de células grandes, com padrão de crescimento difuso, infiltrando tecido hepático. A imunossupressão foi trocada por Everolimus, e o paciente foi referenciado para serviço de oncohematologia. Durante o tratamento quimioterápico, apresentou quadro de obstrução intestinal por aderências, sendo submetido a laparotomia exploradora com lise de bridas, obtendo boa evolução. Posteriormente, iniciou quadro febril, sendo diagnosticado com infecção de cateter central por Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenêmicos (KPC) e E. coli com beta lactamase de espectro estendido (ESBL), sendo tratado com a retirada do cateter e Vancomicina e Amicacina. Apesar do caráter agressivo do tumor, uma tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT) realizado há 4 meses revelou boa resposta ao tratamento quimioterápico, sem lesões hipermetabólicas sugestivas de doença linfoproliferativa em atividade.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias surgidas no contexto da imunossupressão associada ao transplante de órgãos tendem a ser mais agressivas, e seu tratamento é mais complexo devido ao estado imunossuprimido do paciente. Embora o paciente do caso descrito tenha apresentado uma oclusão por bridas e uma infecção de corrente sanguínea durante o tratamento do linfoma, ele evoluiu de maneira favorável ao tratamento quimioterápico.</p>	<p>PO 691-1</p> <p>UM LONGO CAMINHO PARA O DIAGNOSTICO</p> <p>Vanessa Carvalho Machado, Jordana Quirino Campos Araujo, Arnon Adenauer Oliveira, Carolina de Almeida Barroso</p> <p><i>Faculdade Atenas - Paracatu - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença de Whipple é uma etiologia provocada pelo bacilo gram-positivo Tropheryma Whipplei e é caracterizada por ser uma desordem rara e multisistêmica que acomete, principalmente, indivíduos do sexo masculino e raça branca. A doença se caracteriza por dois estágios: o primeiro é marcado por sintomas múltiplos como artralgia e artrite, já o segundo estágio é marcado por perda de peso, diarreia e outras manifestações sistêmicas dependendo do local acometido.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 56 anos, sexo feminino, raça caucasiana, começou a apresentar um quadro de diarreia aquosa, sem sangue ou muco e astenia sem antecedentes relevantes com evolução para dor abdominal. Sem conclusão diagnóstica foi iniciado tratamento com imosec 4 vezes ao dia associado a floratil, não sendo observado melhora efetiva do quadro. Como prognóstico, perdeu cerca de 21 kg em 5 meses. O quadro evoluiu com o aparecimento de uma lesão cutânea nas laterais das pernas, sudorese excessiva, artralgia nos ombros e joelhos, inchaço nos tornozelos, distensão abdominal com massa indefinida. Relata quadro anêmico iniciado após as primeiras queixas, tratado com suplementação vitamínica e noripurum. Os achados radiológicos foram concluídos ao longo de dois anos, sendo os mais significativos evidenciado pela tomografia espessamento de alças intestinais, com distensão hídrica e densificação de planos gordurosos peri-cólicos, podendo estar relacionados com linfonodos hipodensos confluentes. Em procedimento cirúrgico, laparotomia exploratória, foi retirado material para biópsia cuja avaliação histopatológica evidenciou hiperplasia das placas de Peyer, com presença na região central de formações granulomatosas representadas por células epitelioides. As bactérias encontradas nessa peça foram coradas pelo método PAS, concluindo o caso com o diagnóstico de Doença de Whipple. A paciente deu início ao tratamento com sulfametoxazol e trimetoprima por 6 meses, apresentando melhora completa do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: Descrita originalmente em 1907, existe ainda hoje alguns aspectos desconhecidos da doença, como sua etiologia. Apesar de existirem indícios de uma alteração na imunidade celular que pode levar a uma maior susceptibilidade do organismo à doença. Os sintomas clínicos são variados. O acometimento do intestino delgado é a forma mais comum de apresentação da doença, caracterizada por má absorção com perda de peso e diarreia, alterações relatadas neste caso. Além do atingimento intestinal, dores abdominais, febre, linfadenopatias, alterações cardíacas e do SNC também são comumente relatadas. A diarreia e a perda de peso, sintomas mais significativos na paciente, são explicados pela infiltração de macrófagos espumosos no intestino delgado, o que ocasiona a má absorção dos nutrientes. Apesar da falta de experiência no tratamento da doença, sabe-se que a antibioterapia leva a uma evolução significativa no quadro clínico. O que foi comprovado no caso pela efetivação da terapêutica na paciente.</p>

PO 691-3	PO 692-1
<p>ADRENALECTOMIA BILATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NA SINDROME DE CUSHING ACTH INDEPENDENTE</p> <p>Carlos Manoel Pedra Petto Gomes, Yasmin Duarte Bogossian, Beatriz Cunha Marendaz Rodrigues, Paulo Roberto Falcão Leal</p> <p><i>Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE - UERJ) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hemangiomas primários do mesentério são tumores mesenquimais pouco frequentes derivados de tecido vascular anômalo do grupo das angiodisplasias. É demonstrada a raridade de neoplasias duodenais, sobretudo as que acometem a Papila de Vater, cuja sintomatologia é geralmente indefinida, inespecífica e a conduta terapêutica pode ser complexa. Assim, o diagnóstico individualizado do tipo de lesão vascular é importante, pois influencia a conduta proposta</p> <p>RELATO DE CASO: D.S.S, 21 anos, feminino, branca, admitida na emergência com quadro de epigastralgia de 2 meses de evolução associado a náuseas, vômitos, perda ponderal e sensação febril. Ao exame físico apresentava ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação abdominal e ausência de sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia com imagem complexa em flanco direito de aproximadamente 5,2x4,5cm em seu plano transverso, halo ecogênico entremeadado por halo hipoecoico, com movimentos peristálticos e compatível com invaginação entérica, com discreto líquido livre em pelve. Exames laboratoriais evidenciam leucocitose de 12600mm³ e amilase de 1337 U/dl.Realizada Tomografia Computadorizada de abdome, demonstrando imagem arredondada em alvo, contornos irregulares em topografia de flanco direito, gás, nível hidroaéreo em seu interior e presença de líquido livre na cavidade peritoneal. Ressonância Magnética do abdome revelou sinais de pancreatite aguda, espessamento difuso circunferencial ao nível do duodeno da segunda porção em diante, admitida como processo inflamatório duodeno-jejunal em estágio avançado similar à intussuscepção local alta.Realizou-se Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e duodenoscopia, demonstrando lesão papilar vegetante com drenagem de bile espessa e mucosa duodenal peri-papilar comprometida. Histopatológico expressou diagnóstico de duodenite aguda intensa de aspecto polipoide com erosão e papilite. Optou-se por operação videolaparoscópica com execução de colangiografia intraoperatória. Efetuou-se a passagem de cateter através de ducto cístico até aflorar no duodeno pela papila duodenal. Posteriormente realizou-se duodenotomia longitudinal.A lesão foi ressecada através de mucosectomia com pinça ultrassônica. Ao final, cumpriu-se a rafia duodenal com chuleio em 2 planos</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de estratégias menos invasivas, como a polipectomia endoscópica, por convenção os hemangiomas são abordados cirurgicamente. Na admissão a paciente encontrava-se com quadro sugestivo de pancreatite e os exames de imagem sugeriram intussuscepção intestinal, hipótese posteriormente afastada na obtenção da EDA, que atestava lesão papilar. Em conjunto com exames histopatológicos evidenciou-se uma rara demonstração de hemangioma acometendo a papila de Vater. O relato e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica individualizada de uma situação complexa como esse tipo de hemangioma. Embora seja neoplasia incomum, seu tratamento videolaparoscópico, quando bem executado, é capaz de obter resultados satisfatórios e duradouros.</p>	<p>HEMANGIOMA DE PÁPILA DUODENAL: RELATO DE CASO</p> <p>Leonardo Vaz Barros, Jorge Soares Lyra, Manoel Ferreira Campos Neto, José Thiago Oliveira de Carvalho</p> <p><i>Universidade Federal do Maranhão - Imperatriz - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Hemangiomas primários do mesentério são tumores mesenquimais pouco frequentes derivados de tecido vascular anômalo do grupo das angiodisplasias. É demonstrada a raridade de neoplasias duodenais, sobretudo as que acometem a Papila de Vater, cuja sintomatologia é geralmente indefinida, inespecífica e a conduta terapêutica pode ser complexa. Assim, o diagnóstico individualizado do tipo de lesão vascular é importante, pois influencia a conduta proposta</p> <p>RELATO DE CASO: D.S.S, 21 anos, feminino, branca, admitida na emergência com quadro de epigastralgia de 2 meses de evolução associado a náuseas, vômitos, perda ponderal e sensação febril. Ao exame físico apresentava ruídos hidroaéreos aumentados, dor à palpação abdominal e ausência de sinais de irritação peritoneal. Ultrassonografia com imagem complexa em flanco direito de aproximadamente 5,2x4,5cm em seu plano transverso, halo ecogênico entremeadado por halo hipoecoico, com movimentos peristálticos e compatível com invaginação entérica, com discreto líquido livre em pelve. Exames laboratoriais evidenciam leucocitose de 12600mm³ e amilase de 1337 U/dl.Realizada Tomografia Computadorizada de abdome, demonstrando imagem arredondada em alvo, contornos irregulares em topografia de flanco direito, gás, nível hidroaéreo em seu interior e presença de líquido livre na cavidade peritoneal. Ressonância Magnética do abdome revelou sinais de pancreatite aguda, espessamento difuso circunferencial ao nível do duodeno da segunda porção em diante, admitida como processo inflamatório duodeno-jejunal em estágio avançado similar à intussuscepção local alta.Realizou-se Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e duodenoscopia, demonstrando lesão papilar vegetante com drenagem de bile espessa e mucosa duodenal peri-papilar comprometida. Histopatológico expressou diagnóstico de duodenite aguda intensa de aspecto polipoide com erosão e papilite. Optou-se por operação videolaparoscópica com execução de colangiografia intraoperatória. Efetuou-se a passagem de cateter através de ducto cístico até aflorar no duodeno pela papila duodenal. Posteriormente realizou-se duodenotomia longitudinal.A lesão foi ressecada através de mucosectomia com pinça ultrassônica. Ao final, cumpriu-se a rafia duodenal com chuleio em 2 planos</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de estratégias menos invasivas, como a polipectomia endoscópica, por convenção os hemangiomas são abordados cirurgicamente. Na admissão a paciente encontrava-se com quadro sugestivo de pancreatite e os exames de imagem sugeriram intussuscepção intestinal, hipótese posteriormente afastada na obtenção da EDA, que atestava lesão papilar. Em conjunto com exames histopatológicos evidenciou-se uma rara demonstração de hemangioma acometendo a papila de Vater. O relato e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica individualizada de uma situação complexa como esse tipo de hemangioma. Embora seja neoplasia incomum, seu tratamento videolaparoscópico, quando bem executado, é capaz de obter resultados satisfatórios e duradouros.</p>
<p>PO 692-3</p> <p>SEMINOMA TESTICULAR ASSOCIADO A CARCINOMA ADENONEUROENDOCRINO MISTO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO</p> <p>Ana Carolina Martins Faria de Abreu, Ana Luisa Barros Oliveira, Andrea Lehnen Michelete, Huberth André Vieira Zuba, Marcelo Polastri Gomes Ferreira, Rodrigo Caldas Trindade, Michael Giovanni Ladeia Almeida, Rodrigo Nankran</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores de apêndice consistem em patologias incomuns, assim como os tumores de células germinativas testiculares. O tumor neuroendócrino é classificado de acordo com seu índice mitótico (NET G1, G2 e G3), sendo o carcinoide (G1) mais comum. Já o adenocarcinoma mucinoso do apêndice possui taxa de incidência de 0,08%. O Carcinoma adenoneuroendócrino misto (MANEC) de apêndice foi descrito pela OMS em 2010; raro, com 249 casos descritos em revisão do Pubmed; e agressivo, sendo a média de sobrevida de 6,5 anos após diagnóstico. É definido, após anatomopatológico e imunohistoquímica, como tumor que possui células secretoras de mucina associadas a células neuroendócrinas positivas para CgA, sinaptofisina e serotonina. Possui comportamento ainda incerto, sendo que 50% dos casos já apresentam carcinomatose peritoneal no momento do diagnóstico. Está indicada a hemicolectomia direita em todos os casos, diferentemente de quando são encontrados os tumores isolados. Possui grande potencial metastático, sendo o ovário, o sítio mais comum. O tumor testicular compreende de 1 a 1,5% de todos os cânceres no homem. Embora raro, é o mais comum tumor sólido, acomete jovens entre 15 e 35 anos. Os seminomas compreendem 45% dos tumores germinativos. A criptorquia é o fator de risco mais importante. Após a orquiectomia, são atingidas excelentes taxas de cura para os indivíduos nos estádios iniciais. O relato de caso é relevante pelo diagnóstico que ainda não possui relato na literatura, encontrado em paciente sem comemorativos oncológicos prévios ou queixas que suscitassem o possível diagnóstico</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente M.R.F, masculino, 46 anos, com queixa de abaulamento e dor intermitente em abdome inferior direito há 2 anos. Nega perda ponderal, febre, hiporexia ou outros sintomas. Propedêutica a partir do Centro de Saúde com US de abdome total e parede abdominal que evidenciou lesão de aspecto cístico, com conteúdo heterogêneo de 378ml na cavidade pélvica, e sem alterações em parede abdominal. Encaminhado para Tomografia computadorizada, que constatou lesão cística pélvica, tendo linfangioma, cisto de inclusão peritoneal e cisto do útero como prováveis diagnósticos. Admitido neste serviço, com grande massa palpável dolorosa em região de fossa ilíaca direita. Paciente submetido à laparotomia exploradora, sendo retirado cisto aderido ao apêndice com massa subjacente a esclarecer. Laudos anatomopatológicos e imunohistoquímicos constataram neoplasia cística mucinosa associada a tumor neuroendócrino (NET G2) apendicular, definindo o diagnóstico de MANEC de apêndice, e seminoma clássico testicular. Evoluiu sem queixas no pós-operatório, sendo encaminhado para realização de hemicolectomia direita.</p> <p>DISCUSSÃO: O MANEC de apêndice constitui neoplasia rara, sendo encontrados poucos casos na literatura médica atual. Além disso, não foi encontrado relato de caso ou novos dados que associassem o seminoma testicular a tal tumor. Tal caso possui grande importância por configurar relato inédito.</p>	<p>PO 693-1</p> <p>SUB-OCCLUSÃO INTESTINAL SECUNDÁRIO A HIDATIDOSE POLICÍSTICA.</p> <p>Melquior Bruno Mateus Matos, Maria Caroline da Silva Wiciuk, Mábila de Jesus Lima, Francisco Ferreira da Rocha, Fernanda Facinani Medeiros, Bruno Braga Palácio, Victor Judiss Lumes, Nilton Ghioti de Siqueira</p> <p><i>Universidade Federal do Acre - Rio Branco - Acre - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidatidose é uma doença infecciosa crônica causada por cestódeos do gênero Echinococcus, cujos hospedeiros definitivos são mamíferos como carneiros e cães.1 A depender da espécie de Echinococcus a apresentação da doença em humanos pode ser cística (E.granulosus), alveolar (E. multilocularis) e policística (E. oligarthrus e E. vogeli). O homem comporta-se como hospedeiro intermediário.1 No Estado do Acre e em toda região amazônica a espécie mais frequente é o E.vogeli, onde a caça de animais silvestres é uma atividade comum.2</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade com quadro de dor abdominal difusa tipo cólica, associado a náuseas e constipação intestinal com evolução de 2 anos, portador de hepatite B. A ultrassonografia abdominal foi evidenciada "massa abdominal". Realizado CT de abdome e RNM, com diagnóstico de lesões nodulares mesentéricas com distensão de alças de delgado a jusante. A primeira hipótese diagnóstica foi de neoplasia mesentérica. Foi submetido à laparotomia exploradora e evidenciado lesões nodulares em mesentério jejunal que se insinuavam na luz intestinal provocando sub-occlusão. Realizado enterectomia segmentar e o exame histopatológico revelou a presença de ganchos e protoescoléx, indicando diagnóstico definitivo de hidatidose policística. A figura 1 mostra o segmento ressecado. A figura 2 evidência o esfregaço do paciente.</p> <p>DISCUSSÃO: A hidatidose policística é uma zoonose parasitária emergente de grande preocupação de saúde pública na região norte do Brasil.3,4. Não foi evidenciado na literatura, casos de subocclusão intestinal causada por E. vogeli. Segundo D'Alessandro (1997), 80% dos casos, as lesões ocorrem somente no fígado ou em combinação com outros órgãos abdominais, sendo a segunda localização mais frequente é o pulmão.5. O diagnóstico é realizado pela história epidemiológica, por ensaio imunoenzimático (alta sensibilidade) e Western blot (alta especificidade) e métodos de imagem. O que diferencia as espécies é o tamanho e a forma dos ganchos.6,7. No E. granulosus o cabo é um terço do tamanho da lâmina, da mesma forma que no E. vogeli, porém neste o comprimento total do gancho é o dobro do comprimento total do E. granulosus, qual é confirmado por exame histopatológico (figura 3)8. O tratamento de escolha é o cirúrgico, podendo haver até indicação de transplante hepático, porém existem situações em que resta apenas o tratamento clínico com Albendazol,9,10 como no caso de acometimento de múltiplos órgãos. O caso demonstrado elucida aspectos deste parasita que são de importância para a prática médica, buscando, assim, medidas para prevenir evoluções graves e possivelmente fatais que possam vir a se desenvolver, caso o diagnóstico não seja adequado.</p>

PO 693-2	PO 693-3
<p>PIODERMA GANGRENOSO PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO</p> <p>Priscila Lorena Carvalho da Silva, Kathleen Dianne Gomes Cavalcante, Marianna de Almeida Maciel Frech, Priscila Dourado Barbosa de Melo Santos, André Luis Conde Watanabe, Natália de Carvalho Trevizoli, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Taguatinga - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Pioderma gangrenoso (PG) é uma doença rara, mas com importante morbidade, caracterizada por lesões cutâneas ulcerosas e dolorosas, de etiologia desconhecida e difícil diagnóstico. Estudos recentes sugerem a associação de PG a uma resposta inflamatória exacerbada ao trauma, processo inflamatório ou neoplásico, quando em pacientes suscetíveis. O presente relato aborda um paciente pós-transplantado com diagnóstico de PG.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 57 anos, diabético, tabagista 15 anos-maço, etilista por 30 anos com alguns períodos em abstinência, portador de hepatopatia crônica alcoólica há 3 anos com episódios de encefalopatia hepática e presença de ascite. Transplante hepático realizado há 2 anos, sem intercorrências e em uso de imunossupressores nesse período. Há 1 ano e 8 meses houve o aparecimento de uma lesão eritematosa infecciosa com crosta melicérica em membro superior direito, semelhante a impetigo e tratada com medicamento tópico. Diante da persistência sem melhora da lesão foi solicitada biópsia com laudo de intensa reação neutrofílica com formação de abscessos, hiperplasia epitelial sem atipias, edema, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, fibrose, áreas hemorrágicas intersticiais e focos de reação gigantocelular do tipo corpo estranho sugestivo de pioderma gangrenoso. Diante do laudo, ressecção da lesão foi realizada.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a imunossupressão, os pacientes transplantados estão propensos a desenvolver doenças cutâneas de causas diversas¹. Ao analisar clinicamente a lesão apresentada pelo paciente suspeitou-se de impetigo. Porém os achados da biópsia associados a característica da lesão e a exclusão de causas infecciosas levaram ao diagnóstico de PG. É importante citar que o paciente apresenta diagnóstico prévio de adenocarcinoma e já existem relatos de PG como síndrome paraneoplásica destes tumores². Chama a atenção o surgimento da lesão enquanto o paciente fazia uso de tacrolimus, imunossupressor que é utilizado em alguns centros para o tratamento do PG³ e micofenolato de sódio, um outro tratamento alternativo⁴. Apesar do debridamento cirúrgico não ser indicado em caso de pioderma gangrenoso, optou-se pela remoção da lesão devido a refratariedade a imunossupressão e pelo fato do paciente ser diabético, fatos que elevam o risco de infecção e piora da lesão. Salienta-se que existem poucos relatos de PG associados ao transplante hepático.</p>	<p>RESSECÇÃO DE GRANDE TUMOR INTRA-ABDOMINAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Igor Pedroso Figueira, Lais Arraes De Carvalho, Luigi Sacardi Schiavinatto, Ingrid Dantas Soares Lima, Thamyres Rats de Souza Barbosa, Lindon Johnson Batista De Oliveira</p> <p><i>Universidade Federal do Vale do São Francisco - Petrolina - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As neoplasias gastrointestinais são raras afecções tumorais, sendo responsáveis por 2 a 3% das neoplasias. Alguns sintomas são confluentes, como: perda de peso ponderal, dor abdominal, náuseas, HDB, febre, vômito, anorexia e podem surgir sintomas de urgência, como por exemplo, a constipação intestinal aguda. Após anamnese eficaz e exame físico específicos, que devem ser seguidos por exames complementares, é feito o diagnóstico da neoplasia. A cirurgia é o tratamento de escolha. Este estudo vem relatar a ressecção de um grande tumor abdominal encontrado e seus acometimentos.</p> <p>RELATO DE CASO: paciente do sexo masculino, 48 anos, refere abdômen distendido há 10 dias, possuidor de válvula para hidrocefalia, acamado, além de bexiga neurogênica. Foi evadido de outro serviço, onde realizou colonoscopia e teve indicação cirúrgica. Chegou ao presente serviço para uma segunda avaliação. Ao exame físico: BEG, consciente, orientado, acianótico, aritérico, com MV+ sem RA, FC 90 bpm e FR 16 ipm. Abdômen distendido com massa palpável em flanco esquerdo, hipocôndrio esquerdo e epigástrico. Foi iniciada soroterapia e solicitou-se internamento e encaminhamento à gastroenterologia e cirurgia geral. Ao ser avaliado pelo cirurgião, foi sugerido fecaloma ou obstrução intestinal, sendo pedido uma nova TC para elucidação. Na evolução clínica, mantém períodos de desconforto abdominal. Ao exame físico, o abdômen apresentava-se globoso, pouco compressível, doloroso à palpação difusamente com massa palpável em regiões previamente citadas. A avaliação da gastroenterologia foi normal, com o resultado da TC de abdômen que mostrava a formação cística enorme em abdômen esquerdo e pelve. Foi submetido à ressecção total de grande tumoração intra-abdominal de origem desconhecida. Na cirurgia, observou-se colón transverso, sigmoide e parede posterior da bexiga aderidos ao tumor. Realizada a biópsia, obteve-se como resultado uma neoplasia maligna epitelioide com esboço arquitetural alveolar/papilar.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores do TGI podem variar em diâmetro. O do presente caso expõe mais de 1kg e dimensões 17 x 15 cm. Tumores desse aspecto, em 40 a 50% dos casos, são malignos, muito vascularizados e a maioria é exófito, cursando com invasão de órgãos ou do mesentério. Tumores grandes costumam ser heterogêneos por possuírem configuração cística, com bordas e áreas de espessura variável, líquido, ar, necrose ou cavitações que podem ser comunicadas com o lúmen intestinal. O envólucro tumoral pode ter margens irregulares, invasivas, lisas ou lobuladas. A disposição das neoplasias depende do seu tamanho, determinando sua sintomatologia, e podem levar até mesmo à obstrução intestinal por compressão, em casos raros. A TC é o estudo de diagnóstico escolhido. As informações e sinais/sintomas descritos, relacionados com o tamanho incomum do tumor, evidenciam a importância deste caso.</p>
<p>PO 694-1</p> <p>SUBOCCLUSÃO INTESTINAL POR LINFOMA DE ÍLEO</p> <p>Antoninho José Tonatto Filho, Ruy Takashi Koshimizu, Marcos Saturnino, Thiago Kreutz Grossmann, Cibele Coberlini da Silva Rosa</p> <p><i>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os linfomas apresentam-se de forma disseminada e podem ser encontrados em qualquer local do trato gastrointestinal. Eles são o segundo tipo de neoplasia maligna mais comum do intestino delgado. Tendo em vista o comportamento mais agressivo da doença, é imprescindível o diagnóstico precoce desta condição, para instituir com maior brevidade seu tratamento e a possibilidade curativa.</p> <p>RELATO DE CASO: O presente caso refere-se a um paciente de 54 anos, o qual procurou a emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição após receber alta de outra instituição. Relatava história de internação no dia anterior para correção cirúrgica de hérnia inguinal direita recidivada e, conforme nota de alta, foram encontrados durante a videolaparoscopia lesões hepáticas, espessamento de íleo terminal e ascite. À chegada, paciente relatava história de emagrecimento 7kg nos últimos 6 meses e negava demais queixas. Negava demais comorbidades, medicações de uso contínuo, tabagismo, etilismo, história familiar de doença inflamatória intestinal ou neoplasia intestinal. História pregressa apenas correção de hérnia inguinal direita recidivada em três ocasiões. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, abdômen inocente; linfonomegalias cervicais palpáveis, sem demais particularidades. Foi solicitada radiografia abdominal que demonstrou distensão de numerosas alças de intestino delgado sugerindo processo suboclusivo. Em seguida, foi solicitada tomografia abdominal, que demonstrou volumosa lesão expansiva, de 10,9 x 6,5 x 6,1cm, com nível hidroaéreo na topografia do íleo distal, próxima ao íleo terminal; imagem nodular hipodensa com 0,5 cm na margem esquerda do lobo esquerdo do fígado e volumosas lesões expansivas acometem também o mesentério, com aspecto de linfonomegalias em conglomerado. Os exames laboratoriais mostravam leucocitose com desvio à esquerda. Após estadiamento foi realizado enterectomia videolaparoscópica, com ileostomia em dupla boca, e enviado peça ao patologista, confirmando-se a hipótese diagnóstica de linfoma de íleo terminal não-Hodgkin.</p> <p>DISCUSSÃO: São conhecidos cerca de 40 tipos histológicos de tumores do intestino delgado, sendo sua maioria benigna. Já os tumores malignos representam apenas 2% da totalidade dos tumores gastrointestinais. Quanto às neoplasias malignas do intestino delgado, o principal tipo permanece sendo o adenocarcinoma, seguido pelos linfomas, que correspondem a 15-20% dos tumores primários malignos do intestino delgado. Em crianças com menos de 10 anos de idade, eles constituem a neoplasia intestinal mais comum. A apresentação clínica, na maioria, é inespecífica. A obstrução intestinal pode ocorrer em qualquer nível do trato gastrointestinal, porém a luz estreita no íleo facilita a ocorrência desta complicação. A maior parte dos linfomas são originados de células B, e apesar do trato gastrointestinal ser o sítio extranodal mais frequente em casos de linfomas não-Hodgkin, a grande maioria desses casos revelou doença primária na pele ou linfonodos.</p>	<p>PO 694-3</p> <p>LESAO ESPLÊNICA EXPANSIVA ASSOCIADA A BAÇO ACESSÓRIO</p> <p>Gabriel Alves Siqueira, Wendel dos Santos Furtado, Eduardo Nogueira Freitas Ximenes</p> <p><i>HFA Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O baço é responsável por iniciar reações aos antígenos e por filtrar corpos estranhos e eritrócitos danificados. A polpa branca ativa a resposta imune quando antígenos e anticorpos estão presentes. A esplenomegalia pode se apresentar associado a outros sintomas ou ser a característica dominante em algumas doenças.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 52 anos, sintomática, em investigação de esplenomegalia com lesões expansivas em baço. Há 6 meses com dor em hipocôndrio esquerdo. Referia trauma contuso em quadrante superior esquerdo há um ano. Exame físico exibiu abdome semigloboso, normotimpânico, com espaço de Traube ocupado, dor a palpação profunda e presença de massa há 3 cm da borda costal esquerda. Referia colestectomia e exérese de cisto mesentérico. A RNM de Abdome Total apontou “duas lesões expansivas no baço, ambas exibindo áreas hipocaptantes centrais esparsas de aspecto suspeito”. Exames laboratoriais normais. Chegou ao Pronto Socorro com intensa dor abdominal, mal-estar, náusea e vômitos, associado a febre não aferida. Tomografia computadorizada mostrava “esplenomegalia associada a áreas de infarto esplênico”. Ao exame físico observa-se mucosa hipocorada, desidratada, com abdome distendido, doloroso a palpação profunda em hipocôndrio esquerdo. Realizada esplenectomia e exérese de baço acessório sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Existem seis mecanismos básicos fisiopatológicos de esplenomegalia: inflamatórias não infecciosas- Síndrome de Felty; anemias- esferocitose hereditária; congestiva-trombose de veia esplênica; neoplasias- Leucemia linfóide crônica; hipertrofia de depósito- Doença de Gaucher e infecciosas- Esquistossomose. Contudo, eventos como trauma abdominal representam exceção em abordagem abdominal, instituindo tratamento não operatório inclusive para lesões grau IV. O que sobrepõe o prenúncio cirúrgico é sua necessidade em virtude dos sintomas apresentados. Os sintomas relacionados a pressão e volume esplênico como dor, anorexia e fadiga demonstram melhora em 98.5% dos pacientes esplenectomizados. Foi identificado baço acessório O procedimento foi realizado com cuidadosa secção do ligamento gastroesplênico e posterior dupla ligadura da artéria esplênica precedendo a veia, para diminuição do seu tamanho, e assim efetivar a esplenectomia total.</p>

PO 695-1	PO 695-2
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A MALFORAÇÃO GENÉTICA: UM RELATO DE CASO.</p> <p>BRUNA LOUISE ZWARG BRANDÃO, RODOLFO TONIASSO, CAROLINE TURINO BATTINI, KAREN MONTEIRO</p> <p><i>Santa Casa de Campo Grande-MS - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Má rotação intestinal é uma anomalia congênita rara, com prevalência de até 1:6000 nascidos vivos¹, sendo 90% dos casos diagnosticados no primeiro ano de vida, enquanto apenas 0,2% na vida adulta². Devido ao difícil diagnóstico, clínica variável e potencial desfecho dramático, quanto mais cedo o diagnóstico, melhor.</p> <p>RELATO DE CASO: M.L.P.S, feminino, 33 anos, proveniente do interior, refere epigastralgia, tipo cólica, diária, que se tornava difusa, com início há 30 dias, associado distensão abdominal leve, pós-prandial (uma hora após ingestão) além de náuseas precedendo vômitos de conteúdo bilioso, com remissão completa dos sintomas após êmese. Refere hábito intestinal diário, com evacuações de pequena quantidade e diurese sem alterações, sendo aventada a hipótese de suboclusão intestinal, proximal. Histórico progressivo: diagnóstico de gastrite crônica, de início na infância, desde os 7 anos, com episódios similares de dores e vômitos, assintomático desde os 25 anos. Paciente em puerpério recente (G3P3A0). O quadro suboclusivo foi relacionado a íleo adinâmico, por sepsis de foco uterino, sendo abordado pela ginecologia, que realizou histerectomia subtotal. No 9º pós-operatório (PO), manteve os mesmos sintomas iniciais, agora mais intensos sendo solicitada avaliação da Cirurgia Geral. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciando distensão gástrica e duodenal, estenose em 3ª porção do duodeno, além de vasta circulação colateral associada à trombose venosa em vários segmentos do sistema venoso mesentérico, de características crônicas e estreitamento de artéria mesentérica superior, próxima a sua origem com captação distal de contraste. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora, evidenciando má rotação intestinal condizente com laudo tomográfico. Realizado enterectomia, enteroanastomose primária devido a área de suboclusão ser a região em que alça de jejuno proximal passava por dentro do mesentério do íleo, reposicionada as alças e feito cecopexia, sem intercorrências. Seguiu internada, em uso de antibioticoterapia, apresentando boa evolução clínica e laboratorial, com normalização do ritmo intestinal, recebendo alta no 13º PO.</p> <p>DISCUSSÃO: Dor abdominal do tipo cólica, intermitente, associado a vômitos recorrentes cronicamente, configura-se uma moléstia de difícil diagnóstico, muitas vezes englobando distúrbios funcionais ou até mesmo de origem psiquiátrica³. O exame padrão-ouro, para o diagnóstico de má rotação intestinal, é o estudo radiográfico contrastado do trato gastrointestinal alto, sendo o sinal do "Whirlpool" característico da anomalia, porém a TC é cada vez mais utilizada devido seu curto tempo de realização e demonstrar algumas imagens típicas². A maioria das apresentações de má rotação intestinal são resolvidas pelo procedimento de Ladd. O caso em questão foram desfeitas as bandas e retirado a alça que se encontrava subocluída no meio do mesentério, sendo proposto enterectomia com enteroanastomose primária e cecopexia com boa evolução do quadro.</p>	<p>TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE CIRRÓTICO COM AGENESIA DE LOBO HEPÁTICO ESQUERDO E CARCINOMA HEPATOCELULAR</p> <p>Francisco Sergi, Tiago Genzini, Marcelo Perosa, Tércio Genzini, Flávio Sanches, Pamella Correa de Oliveira, Fernanda Danziere, Leonardo Mota</p> <p><i>Hospital Leforte - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Casos de anomalia congênita hepática foram pouco registrados na literatura mundial. Dentre eles estão agenesia de lobos hepáticos, ausência ou deformidade de segmentos e anomalias relacionadas à vesícula biliar (agenesia ou transposição). Motivo relevante para o número reduzido deste achado é a ausência de sintomas na maioria das vezes, sendo o achado de exame em método radiológico o meio diagnóstico mais comum. A escassez de estudos sobre anomalias congênitas hepáticas e a particularidade do caso presente considerando a associação de cirrose hepática por VHB, CHC e a agenesia de lobo hepático esquerdo e ainda por se tratar de caso de TH por situação especial, motivaram o registro do estudo em questão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 65 anos, sexo masculino, procedente de Rondônia, portador de cirrose hepática por vírus de hepatite B passa em acompanhamento com o grupo de transplantantes, em janeiro de 2018, para avaliação. Paciente estava assintomático, solicitaram-se exames laboratoriais e radiológicos de rotina. Em março, paciente retorna com tomografia de abdome evidenciando três lesões nodulares hipocaptantes, a maior delas no segmento VIII em posição subcapsular medindo cerca de 3,6 x 3,0 cm nos maiores eixos e outros dois nódulos similares no segmento VI com medidas de 1,9 x 1,4 cm. Além de possível achado neoplásico, constatou-se ausência de lobo hepático esquerdo ao exame de imagem, sendo considerada agenesia de lobo hepático (paciente não tinha histórico de hepatectomia prévia). Em retorno no mês de junho o paciente havia completado estadiamento e foi solicitada situação especial para transplante hepático por hepatocarcinoma dentro dos critérios de milão. Cinco meses após solicitação de situação especial e a correção do MELD, o paciente foi submetido à transplante hepático com hepatectomia do receptor à piggyback e implante convencional. O procedimento não teve intercorrências com alta do paciente no sétimo pós-operatório em boas condições e sem dreno. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial, até então sem intercorrências e com imunossupressão ajustada.</p> <p>DISCUSSÃO: Ocorrências de agenesia de lobo hepático esquerdo foram pouco descritas na literatura, sendo a primeira delas achado de Arnold e Ashley-Montagu em 1932. O número de diagnósticos reduzido pode ser justificável por seu caráter assintomático e a função hepática preservada. Seu achado geralmente ocorre em exames radiológicos de rastreamento (USG, TC ou RM) e em necropsias (descartando-se a possibilidade de diagnóstico clínico). Para certificar-se sobre a presença de agenesia de lobo hepático é necessário descartar outras possíveis causas, como neoplasias, ressecções prévias e trauma e também diferenciá-la de atrofia lobar. Neste caso, pode haver sinais fisiopatológicos e radiológicos (edema, fibrose e shunt arterioportal dilatação de via biliar ou obstrução de veia porta em segundo). Possíveis causas de atrofia de lobo hepático são tumores, litíase e distúrbios do fluxo portal.</p>
<p>PO 696-1</p> <p>NECROSE DE DELGADO POR APENDICITE AGUDA SUPURADA</p> <p>Juliane Lopes Nascimento, João Victor Pereira Gomes, Rogério Rodrigues Veloso, Andressa Borges Brito, Edilson Jorge Borba S. Junior, João Antonio A. M. Batista, Renata Gama Lino, Camila Fecury Cerqueira</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo, prevalência de aproximadamente 7% na população. O pico é 10-14 anos no sexo feminino e 15-19 anos no sexo masculino. A hiperplasia linfóide é mais em menores de 20 anos e fecalito é mais em idosos(LIMA, et al, 2016). A Fase perforativa apresenta dissolução ou rotura da parede do apêndice em consequência de necrose isquêmica, podendo associar-se a abscesso ou peritonite difusa(DE SOUZA LIMA, 2012). Um estudo mostrou que a taxa de perfuração na apendicite foi de 16%. Os fatores que contribuíram foi: erro diagnóstico na abordagem inicial do paciente, atraso na internação e uso de analgésicos(IAMARINO, et al, 2017). A formação do plastrão demonstra que a infecção do apêndice foi bloqueada por processo inflamatório intenso ou perfuração, englobando alças intestinais, mesentérico e omento maior(DE SOUZA et al, 2016).</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente R.S.S, 18 anos, masculino, estudante, solteiro, sem história de comorbidades e cirurgias prévias, encaminhado de outro serviço de entrada no hospital de referencia de Araguaína- TO com história de dor abdominal difusa, intensa, tipo cólica, com parada de eliminação de fezes e flatos e com palpação abdominal prejudicada por defesa de parede e hipertimpanismo. Os exames laboratoriais apresentavam: leucócitos de 15.900mm³ com desvio a esquerda (neutrófilos 13.356mm³), hipomagnesemia, normoglicemia e cloreto, amilase, lipase, ureia, sódio, potássio, creatinina, tempo de sangramento e de coagulação normais. TAP em 73%. Gasometria arterial com acidose metabólica e alcalose respiratória. RRAA: distensão e edema de alças de delgado, com sinal de empilhamento de moeda e níveis hidroaéreos em sinal do J e U invertido. Sob diagnóstico de abdome agudo obstrutivo o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde realizou-se LE com evidencia de bloqueio de alças de delgado em FID, após liberação das alças foi identificado apendicite aguda com perfuração, presença de fecalito e necrose em intestino delgado à 130cm da valva ileocecal. Realizou-se apendicetomia com ressecção em cunha de delgado e enterorrafia em dois planos, com colocação do dreno de penrose. Paciente cursou com melhora clínica, recebeu alta no 6º DPO sem queixas, em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: O apêndice perfurado torna-se intensamente bloqueado por epíplon, com alças de delgado próximas e peritônio parietal, o contato direto das alças de delgado com o apêndice supurado por uma piogênia centrífuga; pode causar necrose de alças adjacentes.</p>	<p>PO 696-2</p> <p>SEUDOANEURISMA DE ENXERTO DE ILIACA EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS</p> <p>Francisco Sergi, Marcelo Perosa, Tércio Genzini, Fernanda Santos de Aguiar, Fernanda Danziere, Juan Branez, Tiago Genzini, Brenda Oliveira Coelho</p> <p><i>Hospital Leforte - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Transplante de pâncreas (TxP) é o único tratamento que estabelece normoglicemia e normaliza os níveis séricos de hemoglobina glicosilada em pacientes diabéticos tipo 1. A principal complicação cirúrgica que leva à perda do enxerto é a falha técnica seguida por rejeição. Pseudoaneurisma é complicação rara, geralmente relacionada à infecção ou ao próprio trauma cirúrgico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.A.P.A., mulher, 28 anos, DM1 há 21 anos, transplante renal (TxR) prévio (2017). No pré-operatório para TxP, em agosto de 2018, estava em uso de: Micofenolato de Sódio (MMS) 360 mg, Tacrolimo (FK) 2+2 e Prednisona 5mg, além de insulinas Lantus 30 UI e Humalog conforme dextro; apresentava reatividade contra pâncreas de 0%. O TxP foi realizado em outubro de 2018, com drenagem endócrina sistêmica com veia curta e exócrina entérica sem Y de Roux, indução com thymoglobulina. Doador 15 anos, masculino, IMC= 22,4 kg/m², noradrenalina em baixa dose. A paciente teve boa evolução recebendo alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório (PO), com dreno abdominal e as seguintes medicações: FK 5+5, MMS 720 mg, Prednisona 40 mg, bactrim, AAS e omeprazol. Teve como complicações eventração (corrigida com resutura de parede) e infecção por citomegalovírus. Pela persistência de elevação de enzimas foi submetida à biópsia de enxerto pancreático. Com pouco mais de um mês de TxP procurou a emergência por enterorragia - investigação mostrou fistula arterio-cólica por pseudoaneurisma de enxerto arterial. Foi tratada com passagem de stent em artéria ilíaca comum e três dias depois, após estabilização do quadro, procedeu-se a retirada do enxerto pancreático.</p> <p>DISCUSSÃO: O transplante de pâncreas permanece como o tratamento eficaz para diabetes tipo 1. Aneurisma de enxerto é complicação rara e de alta morbimortalidade. Quando possível a abordagem endovascular precedendo o procedimento cirúrgico parece ser a melhor opção terapêutica pois proporciona melhor controle vascular com menor risco de sangramento e de dano aos vasos.</p>

PO 696-3	PO 697-1
<p>TUMOR DE FRANTZ – RELATO DE CASO</p> <p>JULIA LUISA MELO BERNARDES</p> <p>SANTA CASA BH - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz ou tumor psudopapilar de pâncreas é uma neoplasia rara, mais comum em mulheres jovens, com baixo potencial maligno e crescimento lento. Há dificuldade do diagnóstico pré-operatório devido às diversas formas de apresentação radiológica, variando desde completamente sólidos a completamente císticos. O anatomopatológico e posteriormente a imuno-histoquímica que confirma tumor de Frantz.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso E.P., 26a, proveniente do Haiti, admitida no Hospital Santa Casa BH em 10/08/16 com queixas de náuseas, vômitos e tumoração em região epigástrica. Realizou USG em 06/07/16 que mostrou uma massa heterogênea em topografia de corpo e cauda de pâncreas, mal delimitada com áreas císticas de permeio, medindo 16,6 x 12,1 x 11,9cm. Em seguida realizou uma RNM mostrando uma lesão expansiva, heterogênea, subesplênica, medindo 14,4 x 14,4 x 14,3 cm, junto ao ângulo esplênico do cólon; sem compressão/contiguidade com pâncreas; diagnóstico sugestivo de GIST. EDA mostrou volume gástrico diminuído devido compressão extrínseca e mucosa sem alterações. A colonoscopia até ângulo esplênico do cólon não mostrou alterações de mucosa. Apresentou também b-HCG positivo, sendo confirmada gravidez tóxica ao USG de 9,2 semanas em 23/08/16. Foi então submetida em 25/08/16 a laparotomia exploradora sendo identificada massa de aproximadamente 15x15cm aderida ao cólon transverso, baço, pâncreas e estômago. Foi realizada ressecção tumoral, pancreatocetomia parcial corpo-caudal com ligadura de ducto pancreático. Feito esplenectomia devido má perfusão do baço após ressecção tumoral. A histologia mostrou neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas (tumor de Frantz) – Células epiteliais pequenas em arranjos sólidos ou micropapilares envolvendo eixos fibrovasculares delicados; acúmulos focais de histiócitos espumosos e áreas de degeneração cística; neoplasia delimitada parcialmente por pseudo-cápsula fibrosa; margens livres. Imuno-histoquímica –Tumor Sólido pseudopapilar de Frantz, sendo realizados os testes: RP-receptor de progesterona –negativo, Beta catenina-positivo, Sinaptofisina-positivo, CD99- positivo.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Frantz é raro e, portanto são necessárias revisão de casos, para determinar margens de ressecção e papel da quimioterapia e radioterapia, principalmente nos casos de comportamento maligno. O papel dos hormônios no crescimento tumoral necessitam ser elucidados. Neste caso foi suposto que a progesterona teria papel no crescimento devido gestação, porém na imuno-histoquímica o receptor de progesterona foi negativo, deixando o questionamento de que outros hormônios femininos ou produtos da degradação da progesterona não pesquisados possam atuar no crescimento tumoral. Deve-se ter como hipótese diagnóstica tumor de Frantz: formações sólida, solido-cístico e cístico em topografia de pâncreas, principalmente em pacientes jovens femininas.</p>	<p>MUCOCELE DE APENDICE EM PACIENTE FEMININA DE 55 ANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza, Gustavo Rivelli Lamblogia, Amanda Oliva Spaziani, Vladimir Tarcísio Delfino de Oliveira, Luiz Gustavo Madi Antonio, Raissa Silva Frota, Ana Carolina Pereira Sabino, Cleidjane Furtado Rezende</p> <p>UNIVERSIDADE BRASIL - FERNANDÓPOLIS - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: A mucocèle do apêndice é um termo utilizado para descrever uma dilatação deste órgão, devida ao acúmulo de secreção mucoide, tal acúmulo é lento e gradual, sem sinais de infecção, tornando o apêndice dilatado, de paredes finas e com uma massa cística no seu interior. Hoje sabe-se que, na maioria dos casos, a mucocèle é resultante de neoplasia que obstrui a luz apendicular.</p> <p>RELATO DE CASO: Sexo feminino, 55 anos, branca. Procurou atendimento médico devido à dor abdominal de moderada intensidade há cinco anos. Refere que os sintomas iniciaram com dor em fossa ilíaca direita e região lombar há 5 anos, quando começou a tratar lombalgia. Nesse ano, buscou atendimento devido a piora da dor. Ao exame físico geral, estava em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eutrófica e nutrida, negando emagrecimento. O abdome estava globoso, flácido, doloroso a palpação superficial e profunda em fossa ilíaca direita com ruídos hidroaéreos presentes. Devido a sintomatologia foram solicitados um ultrassom de abdome total que evidenciou imagem cística tubuliforme em região anexial direita, de aspecto simples, de contornos regulares e conteúdo anecoico, medindo 13,3 x 5,2 x 4,3 cm, sem septos, calcificações ou fluxo ao Doppler e ressonância magnética da pelve que demonstrou formação cística alongada em região anexial, mergulhante na região anexial, apêndice cecal não individualizado. Foi realizada uma cirurgia exploradora e posterior apendicetomia e o produto enviado para análise histopatológica que resultou em mucocèle de apêndice, sem critérios histológicos de malignidade.</p> <p>DISCUSSÃO: As mucocèles de apêndice foram classificadas em 3 categorias: hiperplasia mucosa sem atipias, mucocèle simples; cistadenoma mucinoso, com algum grau de atipia e cistoadenocarcinoma mucinoso, com invasão estromal ou implantes peritoniais. A sua incidência varia entre 0,2% a 0,4% das apendicetomias em geral, com uma ligeira predominância do sexo feminino, sendo mais frequente acima dos 50 anos. A sintomatologia é a dor abdominal, de intensidade e duração variáveis, podendo também ser observadas a presença de massa palpável em fossa ilíaca direita e emagrecimento. Embora cerca de 25% dos casos sejam assintomáticos, alguns estudos demonstram a correlação entre sintomatologia exuberante e maior grau de displasia. Aproximadamente 20% dos casos de mucocèle de apêndice têm associação com o câncer colorretal, no entanto, outras neoplasias como os carcinomas de ovário, endométrio, mama, próstata, bexiga e rim também podem estar presentes.</p>
<p>PO 697-2</p> <p>TUMOR CARCINOIDE EM PACIENTE POS TRANSPLANTE HEPATICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Deborah Roberta Liduário Raupp, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, André Luiz Conde Watanabe, Gabriel Oliveira Nunes Cajá, Natália de Carvalho Trevizoli, Ekaterine Apostolos Dagios, Andrinne Loliola Lima, Juliana Faleiro Pires</p> <p>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor carcinoide é uma condição rara, consistindo em uma neoplasia neuroendócrina derivada das glândulas de Lieberkühn. A clínica é inespecífica, e o diagnóstico, muitas vezes tardio. Por isso, a presença de metástases na investigação não é incomum. Pacientes imunossuprimidos, como transplantados, merecem acompanhamento frequente e cuidado redobrado a fim de diagnosticar e tratar precocemente neoplasias. A sobrevida do paciente com tumor carcinoide tem melhorado muito nos últimos anos, e complicações como a disseminação metastática merecem cada vez mais atenção da comunidade médica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, diagnosticado com cirrose hepática causada por infecção pelo vírus da hepatite C há 14 anos. Foi submetido a transplante hepático há 6 anos, procedimento realizado sem intercorrências. 4 anos após o transplante, desenvolveu anemia, perda ponderal e sintomas gastrointestinais leves. Três meses após o início dos sintomas, evoluiu com quadro de obstrução e dor abdominal, sendo submetido a laparotomia de urgência em outro serviço, evidenciando lesão neoplásica em válvula ileocecal. Foi submetido a ileocelectomia direita com anastomose primária termino-terminal. O exame anatomopatológico identificou tumor carcinoide do tipo infiltrante com comprometimento linfonodal (2 de 4 linfonodos). Iniciou tratamento com Octreotide (1 vez ao mês em 2 doses) e realizou uma cintilografia com o octreotide marcado, que identificou uma captação anormal em linfonodos de cadeias paraaórtica e ilíacas. Foi então submetido a linfadenectomia retroperitoneal 10 meses após a colectomia direita. O exame histológico dos linfonodos de cadeias paraaórtica e ilíacas não revelou sinais de metástases de tumor carcinoide. Apresentou boa evolução e encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores carcinoídes são neoplasias insidiosas e raras, sendo muitas vezes diagnosticadas tardiamente. O paciente em questão, por ser usuário crônico de imunossupressores, possui maior suscetibilidade ao surgimento de neoplasias. A apresentação em estágio avançado levanta o questionamento do momento de surgimento do tumor e do papel dos imunossupressores no curso de malignidade. Isso evidencia a importância do acompanhamento dos pacientes, que pode ser crucial para o melhor prognóstico da doença. Em questões de prevenção da doença, exames como endoscopia e colonoscopia podem realizar o diagnóstico precoce em alguns casos. O paciente em questão nunca havia realizado colonoscopia, ainda que em idade recomendada para tal. O tratamento dos tumores carcinoídes consiste na ressecção do tumor primário, bem como dos focos de doença metastática que possam porventura estar presentes, se a ressecção for viável tecnicamente. O surgimento de neoplasias corresponde a uma parcela significativa da morbidade e mortalidade tardia nos pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos.</p>	<p>PO 698-3</p> <p>CISTO EPIDERMICO PERITONEAL: RELATO DE CASO.</p> <p>Rodrigo Mendes, Amanda Ferreira Furian, Marcelo Finavaro Aniche, Milton Scalabrini, David Carlos Shigueoka, Ricardo Artigiani Neto, Gaspar Jesus Lopes Filho, Ramiro Colleoni Neto</p> <p>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia- Escola Paulista de Medicina - UNIFESP - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto epidérmico também conhecido como cisto de inclusão epidérmica, cisto epidérmico, cisto infundibular ou cisto de queratina, trata-se de um cisto benigno, de origem ectodérmica e geralmente localizado na pele, em especial na face e tronco superior. Tem como característica crescimento lento, limites precisos e arredondados, e costumam atingir de 1 a 5 cm. Histologicamente, é constituído por uma fina camada de epitélio escamoso. O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica da lesão. A remoção total de tumor é essencial para minimizar o risco de recorrência. O tratamento com sucesso apresenta um excelente prognóstico a longo prazo com cura definitiva e mínima mortalidade operatória. Existem raros casos de cistos epidérmicos abdominais, porém escassos casos de cistos peritoneais epidérmicos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 69 anos, hipertenso, queixa de dor intermitente em hipocôndrio e flanco esquerdo, ausente de sintomas gastro-intestinais ou perda ponderal. Ao exame clínico, paciente obeso (IMC 31), com abaulamento em região de hipocôndrio esquerdo com massa palpável e dolorosa de 10x9 cm no local. Em investigação complementar realizou ultrassonografia com o achado de massa delimitada, característica nodular de conteúdo denso, entre baço e rim esquerdo, com medida aproximada de 8x9 cm. Seguiu com tomografia computadorizada de abdômen e pelve com contraste intravenoso com o achado de formação cística de contornos regulares, intra-abdominal, apresentando amplo e íntimo contato com a parede abdominal anterolateral ao nível do flanco esquerdo, medindo 8,5x5,2x7,5 cm, apresentando finas calcificações parietais. Optado por laparotomia exploradora com exérese da massa. Realizado por meio de incisão subcostal esquerda com identificação de massa bem delimitada, perolácea, região infra-esplênica e anterior ao rim esquerdo, com contato com parede abdominal. Realizado exérese de toda massa com preservação de sua cápsula sem intercorrências. Obteve alta no terceiro dia de pós-operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial a sete anos sem sinais de recidiva. O resultado anatomopatológico da peça descrito como tumor de peritônio parietal de 9,5x9,5x5 cm e pesando 1770 gramas, recoberto parcialmente por cápsula lisa e transparente com superfície vascularizada, aos cortes cavidade cística com conteúdo espesso amarelado constitui cisto de inclusão epidérmica.</p> <p>DISCUSSÃO: Apresentamos um caso incomum de lesão cística peritoneal em doente adulto do sexo masculino, sem operações abdominais prévias e cuja análise histológica diagnosticou cisto epidérmico. A grande maioria dos casos de cisto de inclusão peritoneal ocorre em mulheres e as lesões localizam-se principalmente na pelve. O diagnóstico diferencial nessa situação pode ser com o mesotelioma peritoneal, lesões metastáticas, cisto hidático e pseudomixoma peritoneal. O tratamento ideal, como o realizado, é a exérese cirúrgica da lesão com remoção completa do tumor com a sua cápsula, minimizando recorrências.</p>

PO 699-1	PO 700-1
<p>TUMOR DE INTESTINO DELGADO</p> <p>Wendel dos Santos Furtado, Sérgio Luiz Melo Araújo, Mateus Gonçalves Gomes, Marcela Canavaro Darce, Luis Felipe Salles Cavalcante, Cássio Silva Coelho, Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores do intestino delgado são incomuns já que esse órgão constitui 80% do comprimento e 90% da superfície mucosa digestiva e contribui com apenas 3% a 6% dos tumores gastrointestinais. Normalmente esses tumores benignos são assintomáticos; quando sintomáticos, apresentam-se de maneira insidiosa e inespecífica e frequentemente cursam com dor abdominal devido a obstrução intestinal incompleta e intermitente, ou sangramento gastrointestinal. Quanto à localização, os tumores benignos parecem aumentar em frequência no sentido do duodeno ao íleo. O tratamento das neoplasias benignas consiste na ressecção do segmento envolvido, sendo aconselhável uma ressecção intestinal ampliada caso exista dúvida no diagnóstico histopatológico.</p> <p>RELATO DE CASO: J.R.S., masculino, 75 anos, com múltiplas comorbidades e sequelas de AVE prévio, foi trazido pelo SAMU devido a dor abdominal difusa associada a episódios de vômitos, tendo diagnóstico de hérnia inguinal direita (encarcerada?). Em exames pré-operatórios foi constatada hemoglobina baixa. Foi realizada TC de abdome, que evidenciou lesão expansiva, heterogênia, de centro necrótico em mesentério medindo 8,9x5,7x6,3cm e apresentando acentuada vascularização. O paciente foi submetido à videolaparoscopia diagnóstica com achado de tumoração hipervascularizada em mesentério, a 4 cm do Treitz, que foi convertida em laparotomia exploradora (LE) devido sangramento moderado do tumor com realização de enterectomia de aproximadamente 8 cm de delgado, com retirada da tumoração e anastomose término-terminal. Teve alta e retornou após 5 meses com quadro de oclusão intestinal sem melhora após medidas clínicas, associado a dor e distensão abdominal importante e com radiografia de abdome evidenciando distensão de cólon com ausência de fezes em ampola retal. Foi então submetido a LE, com achado de secreção purulenta em cavidade abdominal e aderências em íleo terminal. Foram então desfeitas as aderências de delgado, coletado líquido para cultura, investigado todo intestino delgado, cólon e reto, sem sinais de perfuração, isquemia ou tumoração e feita lavagem completa da cavidade sem intercorrências. No 7º DPO paciente apresentou saída de maior quantidade de secreção serohemática e epíplon pela ferida operatória, sugestivo de evisceração, sendo realizada nova LE para ressecção de aponeurose sem intercorrências. Paciente seguiu estável até a alta hospitalar. Retornou após 4 dias, sem uso de medicações prescritas com evisceração evidenciada. Foi submetido então a nova ressecção de aponeurose, sem intercorrências durante o procedimento. Durante a internação evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar com orientações e retorno ambulatorial programado.</p> <p>DISCUSSÃO: Temos um caso de tumor benigno de intestino delgado, que foi submetido a tratamento cirúrgico de enterectomia bem sucedida e evoluiu com diversas complicações abdominais tardias, necessitando de novas intervenções cirúrgicas.</p>	<p>ILEO BILIAR COM DIAGNOSTICO INTRA-OPERATORIO</p> <p>Natália Verzeletti Oliveira, Raphael De Souza Barbosa, Sthephane Georgia Honorato Azevedo, Laryssa Fernanda Feitosa Furtado, Leanara Amaro Rocha, Horácio Tamada</p> <p><i>HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar determina cerca de 3% de todas as obstruções intestinais e em idosos essa incidência aumenta para 25%. É uma complicação rara e potencialmente grave da colelitíase cursando com obstrução do trato gastrointestinal, em geral, a nível íleo cecal. Ocorre a passagem de cálculo através de uma fístula colecistoentérica, a qual desenvolve-se devido a episódios de colecistite aguda ocasionando ulceração e perfuração da parede da vesícula biliar para uma víscera adjacente. O diagnóstico pode ser feito por achados de imagem, porém em metade dos casos é feito apenas durante a laparotomia exploradora. O tratamento consiste em enterotomia com retirada do cálculo e, em casos selecionados, indica-se no mesmo procedimento cirúrgico a colecistectomia com tratamento da fístula.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 88 anos de idade, cardiopata, hipertensa e diabética com história de dor abdominal em cólica difusa associada a vômitos e perda ponderal estimada em 10 Kg em 60 dias. Apresentava-se em regular estado geral, anictérica, afebril com abdome globoso, hipertimpânico, flácido, doloroso à palpação profunda em hipogastro, sem massa palpável. Possuía ultrassonografia de abdome total sugestiva de litíase biliar. Evoluiu com parada de eliminação de fezes, distensão abdominal e adinamia. Radiografia de abdome: distensão importante de alças de delgado com níveis hidroaéreos. A Tomografia de abdome contrastada destacou imagem nodular com centro hipodenso projetada para o interior de uma alça, medindo 36x35mm, sugestivo de intussuscepção ou lesão neoplásica. Foi submetida à laparotomia exploratória e o achado foi de nódulo, medindo cerca de 4 cm, em íleo à 60 cm da válvula íleo cecal, sendo retirado por enterotomia, sugestivo de cálculo biliar. O pós-operatório ocorreu em Terapia Intensiva evoluindo com sepse de foco pulmonar e óbito no 5º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de íleo biliar pode ser demonstrado por radiografia simples com os achados: obstrução intestinal, cálculo ectópico e aerobilia. Durante a abordagem não foi possível a visualização dos dois últimos achados. Logo, duas hipóteses foram propostas: Lesão neoplásica de intestino delgado ou Intussuscepção. Diante deste quadro foi realizada abordagem cirúrgica. Há duas abordagens cirúrgicas descritas para íleo biliar: 1. Enterotomia com retirada do cálculo, colecistectomia e correção da fístula. 2. Retirada do cálculo por enterotomia com a resolução da obstrução intestinal. A primeira necessita de mais procedimentos, consequentemente maior tempo cirúrgico e maior morbimortalidade. A segunda, apesar do menor tempo cirúrgico, há maior incidência de colangite, carcinoma de vesícula biliar e novo íleo biliar. Devido às condições clínicas, decidiu-se por laparotomia a retirada do cálculo. A evolução pós-operatória com pneumonia e sepsis, confirma a alta morbidade em pacientes debilitados, inclusive levando ao óbito.</p>
<p>PO 700-3</p> <p>CANCER DE MAMA MASCULINO: RELATO DE CASO</p> <p>Nader Nazir Suleiman, Andressa Santos Osório, Vinícius Castro Barbosa Fonseca, João Paulo Santana Suleiman, Camila Fecury Cerqueira, Thayná Soares Oliveira, Eric Oliveira Soares Júnior, Rogério Rodrigues Veloso</p> <p><i>Instituto Presidente Antônio Carlos - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de mama masculino é uma neoplasia rara e pouco estudada. A incidência aumenta com a idade e o diagnóstico precoce pode proporcionar melhor prognóstico, no entanto, o óbito nesta doença é elevado em consequência do diagnóstico tardio. Assim, os autores relatam um caso de câncer de mama em um homem com tumor localmente avançado. São abordados aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento da doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A.A.S, masculino, 73 anos, lavrador, procedente de Maurilândia-TO, internado no Hospital Regional de Araguaína-TO, referindo nódulo indolor em mama direita de crescimento progressivo há 5 anos após trauma na região. A lesão evoluiu com ulceração e sangramento. Além disso, apresentava vômitos, queda do estado geral, e infecção do trato urinário. Paciente morava sozinho há dois anos e sem contato com familiares. Referia história familiar de câncer de mama em uma irmã falecida aos 42 anos, negava tabagismo e etilismo. Ao exame: PS 2, lúcido, orientado, desidratado, afebril, normotenso, emagrecido, com tumor ulcerado 8 cm X 6 cm em mama D, friável e linfadenopatia axilar D. O estadiamento clínico inicial foi T4bN1Mx. Os exames laboratoriais revelaram: ureia 341mg/dL, creatinina 6,2 mg/dL. Hemoglobina 6,2 g/dL. Após o diagnóstico de insuficiência renal e hipertrofia prostática benigna, o paciente foi avaliado pela nefrologia e evoluiu com melhora considerável da nefropatia. Foi então realizado core biopsy que revelou "carcinoma ductal infiltrante, G2". Os demais exames pré-operatórios e de estadiamento revelaram-se normais (T4bN1M0). O paciente foi submetido à cistostomia cirúrgica e em seguida à mastectomia radical modificada direita. Ele apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no 14º DPO. O histopatológico e a imunohistoquímica da peça cirúrgica do paciente revelaram: CDI, G2, pT3N1Mx, triplo negativo. No momento o paciente encontra-se bem e foi encaminhado para tratamento adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O câncer de mama masculino é uma neoplasia rara de pior prognóstico em relação ao câncer feminino devido a alguns fatores anatômicos. Os principais fatores de risco para esta doença identificados na literatura são: idade, história familiar, insuficiência hepática, tratamentos hormonais prolongados, tumores de testículo, entre outros. Dentre os fatores de risco citados pode se perceber que além da idade, o paciente apresentava uma história familiar. De forma semelhante aos casos relatados na literatura, o diagnóstico se fez numa fase avançada da doença. Tal fato compromete o prognóstico e acarreta maior mortalidade em relação aos casos de neoplasia mamária feminina. Quanto ao tratamento do câncer de mama masculino, este é semelhante ao câncer de mama feminino e leva em consideração o estadiamento anatômico e os fatores biológicos do tumor. Neste caso, optou-se pela conduta cirúrgica inicialmente devido à ulceração tumoral na mama direita com sangramento ativo e às más condições clínicas e sociais do paciente para quimioterapia neoadjuvante.</p>	<p>PO 701-1</p> <p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENTEROLITO FORMADO EM DIVERTICULO DE MECKEL - RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Teixeira de Souza Castro, Thacizo Augustho Eugenio Dourado Meira Machado, Andre Teixeira de Souza Castro</p> <p><i>Santa Casa de Belo Horizonte - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Incide em 2% da população, sendo resultado da falha na obliteração do ducto onfalomesentérico. Cerca de 2 a 16% dos pacientes terão alguma complicação, incluindo hemorragia, diverticulite, ulceração e obstrução. A obstrução intestinal é considerada como a complicação mais comum no adulto, acometendo até 26 a 53% dos casos. Algumas das causas mais frequentes de obstrução nos divertículos de Meckel são a intussuscepção intestinal, aderências e inflamação. Raramente esse quadro pode ser secundário à formação de fecalito formado no interior do divertículo, e quando esse se desprende do divertículo, migra até impactar na válvula ileocecal causando quadro de obstrução intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: M.O. 64 anos de idade, masculino, obeso, queixando de parada de eliminação de fezes há 03 dias, associado a dor, distensão abdominal e vômitos. Submeteu-se a colecistectomia por laparotomia mediana há 30 anos. Ao exame o paciente apresentava-se desidratado, com abdome distendido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem fezes em ampola retal. Foi identificado presença de hérnia incisional, sem sinais de encarceramento. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou dilatação difusa de alças do intestino delgado e ausência de alças intestinais em saco herniário, levantando, então, a hipótese de obstrução por bridas. Paciente encaminhado para laparotomia exploradora, foi identificado divertículo de Meckel em íleo associado à dilatação das alças de intestino delgado à montante da válvula ileocecal e presença de estrutura de consistência endurecida intraluminal impactada anteriormente a válvula. Realizada ordenha da estrutura para o interior do divertículo, com ressecção de ambos. Não foi identificado trajeto fistuloso entre via biliar e delgado. O pós-operatório transcorreu sem anormalidades.</p> <p>DISCUSSÃO: A obstrução intestinal por fecalito é uma condição extremamente rara, com poucos relatos descritos até o momento. A formação dessas estruturas no interior dos divertículos é dificultada geralmente pela base frequentemente larga dos divertículos, presença de peristaltismo muscular, impedindo a estase de conteúdo no interior das lesões. De acordo com a literatura médica o pH alcalino do intestino favorecer a precipitação de sais, podendo estar associado a formação desses enterólitos, essa condição é mais frequente nos casos que não são identificados tecido gástrico ectópico nas lesões. Devido aos poucos casos relatados na literatura médica sobre o tema, é necessário realizar mais pesquisas para melhor elucidação da etiopatogenia da doença bem como otimizar o diagnóstico e tratamento da lesão.</p>

PO 701-2	PO 701-3
<p>OBESIDADE E ESTEATO - HEPATITE NAO ALCOOLICA EM PACIENTES POS - TRANSPLANTE HEPATICO PROMOVENDO DISFUNÇÃO DO ENXERTO</p> <p>RAIMUNDO RODRYGO DE SOUSA NOGUEIRA LEITE, IVELISE REGINA CANITO BRASIL, FRANCISCO ALAN BARBOSA LEAL, JESSICA GURGEL SANTOS, NATÁLIA STEFANI DE ASSUNÇÃO FERREIRA</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A esteato - hepatite não alcoólica - Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH) tem incidência crescente em países ocidentais, sendo associada principalmente à obesidade, diabetes, dislipidemias e síndrome metabólica. Pode evoluir para cirrose com necessidade de transplante hepático - TxH. Devido o ganho de peso encontrado com frequência nos pacientes pós TxH pode ocorrer o surgimento de NASH no pós TxH com potencial risco de comprometer a função do enxerto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 42 anos, Testemunha de Jeová, portadora de cirrose hepática por NASH (sobrepeso - IMC 29, diabete mérito tipo 2), submetida a transplante hepático- TxH com MELD de 9. Recebeu alta no 16º dia de pós - operatório, não houve complicações cirúrgicas/ vasculares, apressando febre e hemocultura positiva para Escherichia coli tratada com carbapenêmico por dez dias. A paciente evoluiu com ganho de peso nos anos seguintes, passando a obesidade grau II com IMC de 36, associado a elevação de transaminases. Realizado biópsia hepática 5 anos após o TxH que evidenciou esteatohepatite, esteatose macrovesicular e fibrose em zona 3 acinar, confirmando a recidiva do NASH. Paciente no momento acompanhada com medidas dietético-comportamentais para controle ponderal como tentativa de controle do NASH e evitar falência do enxerto, com boa resposta com IMC de 31 e normalização de transaminases.</p> <p>DISCUSSÃO: Há relatos sobre a incidência de obesidade em 40% dos pacientes já no primeiro ano pós - transplante hepático e após três anos da operação cerca de 70% dos pacientes apresenta excesso de peso corporal. A melhora do paladar pós - transplante, o uso de imunossuppressores e glicocorticóides, que intrinsecamente contribuem para o ganho de peso, são os principais responsáveis pela obesidade nesses pacientes. As principais consequências são aumento na incidência de diabete mérito tipo 2, dislipidemias, hipertensão arterial, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e renais, assim como NASH do enxerto. Todas com importante consequências na mortalidade em longo prazo. A obesidade e a NASH devem ser investigadas e tratadas de maneira multidisciplinar no pós-TxH pois podem comprometer a qualidade do enxerto. Em pacientes transplantados com IMC maior que 35, a cirurgia bariátrica é uma opção. O pequeno número de estudos e de casos operados na situação descrita não permite conclusão ou consenso quanto à técnica bariátrica ideal (Bypass Gástrico em Y de Roux ou Gastrectomia Vertical - SLEEVE) após a realização de TxH.</p>	<p>MUCOCELE DE APENDICE</p> <p>BEANIE CONCEIÇÃO MEDEIROS NUNES, FILIPE PONTE DE SOUZA, IGOR LOBAO FERRAZ RIBEIRO, CAROLINA FALCAO LOPES MOURAO, GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO, CAIQUE DE SANTANA SANTOS, DIEGO CARVALHO MACIEL, JULYANNA SILVA ARAUJO DE JESUS</p> <p><i>HOSPITAL ANA NERY - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucoccele de apêndice é uma condição relativamente rara e que se caracteriza pela presença de muco no lúmen do órgão. Esta condição pode se apresentar clinicamente semelhante a apendicite aguda. No entanto, muitos pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é feito incidentalmente pela ultrassonografia ou tomografia computadorizada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 55 anos, sexo feminino, previamente hígida, comparece ao serviço em Jan/2019 com histórico de desconforto difuso em abdome há 1 ano e investigação prévia com ultrassonografia de abdome (jun/2018) que evidenciou massa sólida em região ilíaca direita medindo 9,5 x 6,2cm; prosseguiu investigação com TC de abdome (jul/2018) cujo laudo evidenciou mucoccele de apêndice medindo 12,5 x 8,8 x 5,2cm, aderida à parede posterior do cólon direito e RNM de abdome (27/08/18) com laudo de formação cística retrocecal sugerindo mucoccele de apêndice medindo 10,6 x 5,9 x 4,5 cm. Paciente foi submetida à hemicolectomia direita com anastomose ileotransverso laterolateral à Barcelona. No pós-operatório a paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável, sem intercorrências, recebendo alta no 2ºDPO em bom estado geral.</p> <p>DISCUSSÃO: Distensão luminal cística secundária à obstrução por cistoadenoma mucinoso ou cistoadenocarcinoma causa a maioria das mucocceles de apêndice. Se houver ruptura, pseudomixoma peritoneal pode se desenvolver. Devido ao potencial de abrigar malignidades, as lesões por mucoccele de apêndice devem ser removidas.</p>
<p>PO 702-1</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO DE INTESTINO DELGADO POR MELANOMA METASTÁTICO</p> <p>Eduarda Sabá Cordeiro Oliveira, Rodrigo Carvalho Almada Melo, Paulo Henrique Rodrigues Correia, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Pedro Maia Nobre Rocha Saffi, Juacy Bezerra Oliveira</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma metastático para intestino delgado é uma condição rara e de difícil diagnóstico. Apesar de o trato gastrointestinal ser a principal área de metástase de tumores cutâneos primários, devido ao alto suprimento sanguíneo, seu diagnóstico é incomum, devido ao fato de ser assintomático ou à inespecificidade dos sinais e sintomas quando presentes. O diagnóstico da lesão é de difícil realização uma vez que a avaliação endoscópica está prejudicada pela frequente localização das lesões nas camadas serosa e sub-serosa, exigindo investigação com exames de imagem. O diagnóstico antemortem é realizado em somente 1,5-4,4% dos pacientes portadores de metástase.</p> <p>RELATO DE CASO: O.M.J., masculino, 54 anos, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 3 anos, evoluindo com quadro anginoso e astenia aos pequenos esforços. Paciente realizou ressecção de melanoma localizado em dorso há 15 anos com pesquisa de linfonodo sentinela negativo e melanoma in situ no antebraço esquerdo há 10 anos. Exames laboratoriais mostraram anemia ferropróvia e pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia foram normais. Foi realizada enterorressonância magnética, que mostrou áreas de espessamento parietal em alças jejunais e ileais, a mais exacerbada em alça jejunal, localizada no hipogástrico, com aspecto nodular, associada a intussuscepção jejuno-ileal com dilatação de alças intestinais proximais. O PET CT mostrou intussuscepção jejuno-jejunal sem evidência de doença à distância. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico laparoscópico onde foram evidenciadas duas lesões nodulares de cor enegrecida, sendo a maior de 3,7x2,5cm associadas à invaginação intestinal. Foi realizada ressecção de 29cm de intestino delgado com anastomose primária. O exame anatomopatológico mostrou melanoma maligno metastático infiltrando a parede do intestino até a camada serosa com invasão vascular linfática presente, margens livres e comprometimento linfonodal (01/11). O exame de imunohistoquímica confirmou o diagnóstico. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório e segue em acompanhamento clínico sem evidência de recidiva tumoral em exames 3 anos após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido a baixa eficiência do diagnóstico de melanoma metastático para intestino, pacientes com histórico dessa neoplasia ao apresentarem sintomas de enterorragia, anemia ou dor abdominal devem ser submetidos à investigação de metástase para o trato gastrointestinal. O quadro de abdome agudo perfurativo ou obstrutivo é uma condição rara que ocorre somente com as lesões de maior tamanho. A conduta terapêutica mais apropriada possui a ressecção cirúrgica completa do tumor como primeiro passo de uma terapia combinada, haja vista o aumento da sobrevida global e a diminuição dos sintomas quando comparados a ressecção paliativa e conduta médica conservadora.</p>	<p>PO 702-3</p> <p>TUMOR DE CORTEX ADRENAL ATÍPICO - RELATO DE CASO</p> <p>Isabella Martins Monteiro, Gabriela Nascimento Cruz, Pâmella Bertoldi Soares, Caio Costa Santos, Bárbara Andrade Borges, Guilherme Freire Angotti Carrara, Luiz Carlos Furtado Almeida Junior</p> <p><i>Universidade de Uberaba - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de córtex de adrenal (TCA) é um tipo raro de câncer, que acomete igualmente ambos os sexos, geralmente antes dos 4 anos de idade e após os 50. Pode levar ao surgimento de diferentes sinais e sintomas, com duas apresentações mais comumente encontradas: virilizante e cushingóide. O tratamento ideal é a cirurgia para ressecção completa sem ruptura da cápsula tumoral que o reveste. O presente trabalho relata o caso de uma paciente com 34 anos que apresentou TCA, com sintomatologia e história atípicas, e sua evolução após o tratamento realizado.</p> <p>RELATO DE CASO: S.S.S.M, feminino, 34 anos, encaminhada ao serviço com queixa de cólica há 19 dias, em epigástrico, de forte intensidade, sem irradiação, fator de piora e melhora. Apresentava episódios de náuseas, vômitos, sudorese e distensão abdominal. Trazia ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome (ambos solicitados por outro profissional) que apontaram litíase biliar e lesão expansiva sólida, de dimensões 21x16x17cm, em região subdiafragmática direita, com veia calibrosa drenando a lesão para a veia cava inferior. Imagem sugestiva de massa em retroperitônio, possivelmente uma neoplasia de adrenal. Ao exame físico notou-se massa palpável dolorosa em hipocôndrio e flanco direitos, além de abdome distendido e tenso nas mesmas regiões supracitadas. Ressonância Magnética, que apontou lesão com 23,5x18x15,5 cm em retroperitônio e marcadores tumorais: CA19-9 de 6 e Ca125 de 19,3. Realizou-se laparotomia exploratória, deparando-se com tumoração extensa em flanco direito, muito vascularizada, e múltiplos cálculos em vesícula biliar. Foi feita a ressecção do tumor de retroperitônio e colecistectomia. No pós-operatório, evoluiu com boa cicatrização, sem intercorrências. O exame anatomopatológico trouxe como resultado um paraganglioma com achados sugestivos de comportamento biológico com potencial maligno em retroperitônio e colestite calcúlosa crônica concomitante. Porém o resultado não foi satisfatório. Assim, foi necessário realizar a imuno-histoquímica, a qual evidenciou que o tumor em questão era na verdade uma neoplasia de córtex da adrenal.</p> <p>DISCUSSÃO: A sobrevida de pacientes com Tumor de Córtex Adrenal depende de boa ressecção cirúrgica do tumor, e do estado em que se encontra a doença. Há duas apresentações mais comumente encontradas: a forma virilizante e a forma cushingóide. Entretanto, não é raro encontrar características de ambas. Uma pequena parcela dos casos apresenta-se assintomática. Podem variar em diversos tipos histológicos. O carcinoma é o mais raro, correspondendo somente 0,02% de todas as neoplasias. O tratamento ideal é a cirurgia, que consiste na ressecção completa do tumor conservando a cápsula que o reveste. Quando há ruptura (chamada de spillage), aumenta a chance de extravasamento de células tumorais e de recidiva. É indicada laparotomia transperitoneal, pois dessa maneira há maior possibilidade de ressecção do tumor e linfonodos, além de ser possível realizar inventário de cavidade minucioso</p>

PO 703-1	PO 704-1
<p>CONDUÇÃO ESTAGIADA DE UMA PACIENTE COM MULTIPLAS FISTULAS ENTEROATMOSFERICAS: UM RELATO DE CASO</p> <p>MARIA KAROLINE SOUZA CHAGAS, CAMILA RITA DE SOUZA BERTOLONI, TAMIRIS ALVES MENEZES BERNARDES, LISANDRA GONÇALVES PINHEIRO, DANIELA BRAGA FERREIRA, ANGELA RIBEIRO FERNANDES, JOSE DIOGO DAVID DE SOUZA, EDSON ANTONACCI JR</p> <p><i>Hospital Regional Antônio Dias - FHEMIG - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As fistulas enteroatmosféricas são comunicações anormais entre o lúmen intestinal e a pele e é uma das mais complexas complicações da prática cirúrgica visto que 80% ocorre como resultado de operação anterior. A conduta dessas fistulas ainda é um tema controverso e uma das terapêuticas propostas é a abordagem estagiada da fistula.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente A. L. F. C., sexo feminino, 20 anos, admitida com abdome agudo obstrutivo por bridas. Referia intussuscepção intestinal com 6 meses de vida com abordagem cirúrgica. A abordagem por abdome agudo obstrutivo evidenciou aderências, onde foi realizada enterectomia de segmento de íleo a 100 cm da válvula ileocecal. Após 1 mês, paciente retorna com vômitos e distensão abdominal, além de deiscência de sutura em ferida operatória. Indicada cirurgia que evidenciou aderências em delgado e colôns e feita liberação, também havia um aglomerado de alças de delgado, sem possibilidade de liberação. Realizado liberação de íleo distal e optado por anastomose látero-lateral manual, a cerca de 60 cm da válvula ileocecal. No pós-operatório paciente iniciou febre e distensão abdominal. A tomografia foi visto extenso abscesso intraperitoneal e pequeno pneumoperitônio. Indicada nova cirurgia onde foi identificada fistula em anastomose enteroentérica, realizada lavagem da cavidade e direcionamento da fistula com dreno de Kher. A paciente evoluiu com múltiplas fistulas enteroentéricas e foi submetida a tratamento clínico: nutrição parenteral, reposição hidroeletrólítica, antibioticoterapia e cuidados com os estomas por 10 semanas, quando foi submetida a cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal e confecção de bolsa de peritonostomia. Uma semana depois dessa abordagem foi realizada nova cirurgia para fechamento da parede abdominal pela técnica de Small-Bites/Small-Spacing.</p> <p>DISCUSSÃO: A decisão de operar um paciente para resolução de uma fistula enteroentérica é complexa, há um consenso que se deve aguardar pelo menos de três a seis meses após a laparotomia inicial ou formação de fistula, visto que reduz o risco de lesão intestinal iatrogênica durante o procedimento reparativo. Vale ressaltar que abordagem por estágios preconiza que deve-se tentar liberar todo o intestino desde o ligamento do ângulo de Treitz até o reto, realizar a ressecção do segmento com a lesão e restabelecimento do trato gastrointestinal com anastomose primária. A parede abdominal não é fechada, ficando em laparostomia por cerca de dez a quatorze dias para permitir a detecção precoce de eventual fistula e demais complicações. Posteriormente é programado o fechamento da parede abdominal. Nesta perspectiva, percebe-se ser de extrema importância uma propedêutica estagiada e sistematizada no tratamento de fistulas enteroentéricas, de modo que as possíveis reabordagens sejam devidamente indicadas e realizadas com o intuito de esfriar o processo e planejar abordagem definitiva em tempo indicado pela literatura.</p>	<p>DOENÇA DE CASTLEMAN UNICENTRICA EM MESETERIO</p> <p>Rodrigo Carvalho Almada Melo, Pedro Paulo Gatto Oliveira Thomé, Paulo Henrique Rodrigues Correia, Eduarda Sabá Cordeiro Oliveira, Pedro Maia Nobre Rocha Saffi, Juacy Bezerra Oliveira</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Doença de Castleman é uma condição rara que afeta linfonodos e tecidos associados usualmente iniciada com um crescimento exacerbado das células linfocitárias. A doença pode ser classificada como Multicêntrica ou Unicêntrica, baseada no número de regiões afetadas. A localização da doença influencia quanto aos sintomas, podendo ser assintomática ou estabelecendo contato com estruturas próximas, causando sintomas típicos de compressão ou inespecíficos como odinofagia, dor respiratória, perda ponderal, febre noturna, náusea e sensação de pressão no tórax ou abdome. Nos casos de Doença de Castleman Unicêntrica, os sinais típicos incluem anemia, albuminemia, elevação da proteína C reativa e altos níveis de interleucina (IL)-6. A doença pode se manifestar em qualquer idade, tendo sua média variando de 30-34 anos, sem predisposição de gênero. Os dados epidemiológicos revelam que a incidência da Doença de Castleman Unicêntrica é de 16 casos por milhão de pessoas por ano e a sua incidência no mesentério é uma das formas menos prevalentes, representando apenas 3,5% de sua ocorrência.</p> <p>RELATO DE CASO: G.G.B.G., 21 anos, feminino, apresentou quadro de dor abdominal e anemia por 2 meses. Apresenta histórico familiar de câncer de mama em mãe. O exame físico não mostrou achados relevantes. Tomografia computadorizada de abdome revelou nódulo com 6cm no seu maior eixo, localizado em mesentério próximo à abertura pélvica superior. Foi realizado biópsia guiada por ultrassom com exame anatomopatológico mostrando tecido linfoproliferativo inespecífico. A paciente foi acompanhada por um ano e novos exames de imagem mostraram aumento do tamanho da tumoração para 8,5cm no seu maior eixo. Foi indicado tratamento cirúrgico videolaparoscópico, o qual consistiu em uma ressecção da massa mesentérica sem enterectomia, estando localizada próxima a artéria mesentérica superior. A paciente apresentou evolução pós-operatória sem complicações, recebendo alta no primeiro dia pós-operatório. O perfil imunohistoquímico associado a análise anatomopatológica revelou linfonodos com proliferação linfóide de padrão folicular com centros germinativos regressivos (CD 10+) associados à expansão da zona do manto com arranjos concêntricos. A relação IGG4/IGG foi de 10%, compatível com a Doença de Castleman.</p> <p>DISCUSSÃO: A Doença de Castleman tem uma etiologia desconhecida, contudo há várias hipóteses envolvendo inflamação crônica de baixo grau, estados de imunodeficiência e desordens autoimunes, virais ou neoplásicas, como mecanismos patogênicos. Em contraste com a forma Multicêntrica da doença, a Unicêntrica não tem associação com HIV ou infecção pelo Herpes Virus 8. A abordagem recomendada é a remoção cirúrgica completa do linfonodo primário acometido. Com a ressecção completa mais de 95% dos pacientes tem sobrevida global de 10 anos.</p>
<p>PO 704-3</p> <p>TECNICA DE FECHAMENTO PROGRESSIVO EM PERITENOSTOMIA APOS MULTIPLAS ABOARDAGENS ABDOMINAIS: RELATO DE CASO</p> <p>Bárbara Bardella Moraes, Alexandre de Castro Teobaldo, Thamires Fernandes de Lima Simões, Luiza Bittencourt Coutinho de Oliveira, Beatriz Teodoro Rangel, Fernando Alberto de Vasconcelos Valente, Suzy Regis Arazi Cohen, Renato Helio Messias da Rocha Passos</p> <p><i>Hospital Municipal Souza Aguiar - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A peritonostomia é uma técnica cirúrgica na qual não há síntese da parede abdominal após um ato operatório. Algumas de suas indicações incluem a impossibilidade de se fechar a cavidade abdominal, síndrome compartimental abdominal, sepsis abdominal, necessidade de abordagens cirúrgicas sucessivas e instabilidade hemodinâmica. Para evitar maiores complicações como fistulas, infecções, eviscerações e perdas nutricionais, técnicas de fechamento temporário são utilizadas. O presente estudo refere-se à uma paciente internada no Hospital Municipal Souza Aguiar submetida à peritonostomia devido impossibilidade de fechamento da cavidade abdominal após múltiplas reabordagens, sendo realizada a técnica de fechamento progressivo com uso de dupla prótese temporária.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.S., 70 anos, feminina, admitida na emergência do HMSA com quadro de obstrução intestinal por tumor em cólon sigmóide, foi submetida à laparotomia exploradora e retossigmoidectomia à Hartmann. No pós-operatório, paciente evoluiu com desabamento de colostomia, sendo reabordada para rematuração da mesma. Após, evoluiu com dois episódios sucessivos de evisceração, sendo optado, no segundo, por mantê-la em peritonostomia, devido impossibilidade de síntese da parede abdominal. Realizada técnica de fechamento progressivo, com a combinação de tela de polipropileno suturada à aponeurose sobre película de polietileno esterilizado com óxido de etileno revestindo e protegendo as alças intestinais. Ao longo das semanas, foi submetida a lavagem exaustiva da área no leito da enfermaria (foto I), bem como a sucessivas trocas da película protetora de alças e aproximação progressiva da tela de polipropileno. Após 8 semanas deste processo, a despeito da proposta de retirada do plástico e tela remanescente para ressintese da aponeurose, paciente evoluiu com pequena fistula êntero-atmosférica, rafiada com fio inabsorvível em ponto único. Com 10 cm de separação entre as bordas da aponeurose, optado por fixação de tela cirúrgica mista parcialmente absorvível junto à mesma, e síntese da pele. No pós-operatório, paciente evoluiu com resolução da fistula entérica, porém apresentou deiscência de sutura dos pontos da pele, sendo procedido ao fechamento por segunda intenção.</p> <p>DISCUSSÃO: A peritonostomia é um recurso cirúrgico indicado em pacientes graves, ainda que apresente grandes riscos de complicações como fistulas, infecções, eviscerações e perdas nutricionais. Na tentativa de minimizar tais riscos e acelerar o processo de cicatrização, a tela de polipropileno é utilizada como suporte para a parede abdominal, com proteção das alças por película plástica, impedindo o contato com o meio externo. Sendo assim, é preconizado realizar o fechamento da parede abdominal o mais precoce possível. Embora sejam uma entidade frequente, as peritonostomias e seu fechamento adequado ainda carecem de estudos randomizados comparando estratégias de condução do abdome aberto e permanecem como grande desafio para os cirurgiões.</p>	<p>PO 705-1</p> <p>PERITONITE CRONICA SECUNDARIA A PERFURAÇÃO INTESTINAL POR ESPINHA DE PEIXE SIMULANDO CARCINOMATOSE PERITONEAL</p> <p>Bruna Marques Freitas, Rivellino Trindade Azevedo, Thaís de Sousa Gonçalves, Thales Fraga Ferreira da Silva, Gustavo Scaramuzza dos Reis, José Carlos Perri Vidal Alvarez</p> <p><i>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpos estranhos é frequentemente responsável por emergências médicas. Embora a perfuração do trato gastrointestinal por corpo estranho não seja incomum, a formação de peritonite crônica como resultado da migração de um corpo estranho é extremamente rara, tal qual um desfecho benigno para este acometimento. Nesses casos, os pacientes costumam apresentar sintomas atípicos que por vezes simulam outras afecções. Relatamos um caso de peritonite crônica secundária à perfuração intestinal por uma espinha de peixe simulando carcinomatose peritoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: C.O.P., 75 anos, sexo feminino, natural de Portugal e moradora da cidade do Rio de Janeiro, tratada cirurgicamente por cistoadenocarcinoma papilífero mucinoso bem diferenciado de apêndice cecal em 2007. Procura hospital público em outubro de 2018 queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade com início há 2 semanas. Negava febre e quaisquer outros sintomas. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, afebril, sem alterações de sinais vitais e com abdome distendido apresentando desconforto doloroso e sinais de ascite. Na avaliação complementar apresentava leucocitose e elevação da PCR, além de ascite importante e formação cística multibolada em pelve na TC. A paracentese evidenciou líquido ascítico amarelo turvo com crescimento de Citrobacter freundii e Escherichia coli, culminando na hipótese diagnóstica de peritonite secundária à pseudomixoma peritoneal devido à história progressiva da paciente. Sem melhora a despeito das medidas terapêuticas adotadas, optou-se pela realização de laparotomia exploradora que evidenciou carapaça de fibrina unindo alças do intestino delgado, além de peritônio liso com focos de substância mucinosa. Não havia, no entanto, sinais de carcinomatose peritoneal em parede anterior de abdome. No lavado peritoneal encontrou-se corpo estranho identificado como espinha de peixe. O estudo histopatológico do peritônio evidenciou processo inflamatório com presença de mucina sem células epiteliais, aventando a possibilidade da neoplasia retirada dez anos antes ser, na verdade, um cistoadenoma, entidade não causadora de pseudomixoma peritoneal.</p> <p>DISCUSSÃO: Dentre os corpos estranhos acidentalmente ingeridos, a espinha de peixe é um dos mais comumente encontrados. Devido à dificuldade da visualização da espinha de peixe nos exames de imagem, o diagnóstico presuntivo de complicações decorrentes desta afecção torna-se um desafio quando o paciente não tem conhecimento da ingestão do mesmo, o que ocorre na maioria dos casos. Entre os fatores que predisõem a ingestão acidental, o uso de dentadura é a condição mais frequentemente associada devido ao prejuízo à sensibilidade no palato; a paciente em questão fazia uso desse tipo de órtese. Além disso, a semelhança clínica com outras condições mais comuns, como a hipótese de pseudomixoma peritoneal aventada no caso, torna o diagnóstico de peritonite crônica por corpo estranho ainda mais desafiador.</p>

PO 705-3	PO 706-1
<p>RARO RELATO DE UM DIVERTICULO DE MECKEL PERFURADO POR ESPINHA DE PEIXE</p> <p>Nicholas Castro Ribeiro, Bruno Ferreira Russo, Terezinha Valéria Matoso, Isabela de Alencar Lombardi, Donovan Gnat Ferreira, Bernardo Cunhas Ribas, Fernando Junior Assis Peixoto, Caio Batista Fontes</p> <p><i>Hospital Lifecenter - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel (DM) é o defeito congênito mais comum do trato gastrointestinal e decorre da persistência da extremidade intestinal do ducto onfalomesentérico. Portadores de DM são na sua grande maioria assintomáticos, porém, estima-se que 4% dos pacientes apresentam complicações sendo as mais comuns a hemorragia seguida de obstrução, intussuscepção e neoplasia. Este é um relato incomum de perfuração do DM por espinha de peixe com o objetivo de chamar a atenção para os diagnósticos diferenciais de dor na fossa ilíaca direita.</p> <p>RELATO DE CASO: O paciente do sexo masculino procurou o pronto socorro do hospital Lifecenter com três dias de dor abdominal inicialmente difusa com posterior localização na fossa ilíaca direita associado a náuseas. O paciente era previamente hipertenso, diabético e hipotireoide e relatou colecistectomia prévia há 10 anos. Foram realizados exames laboratoriais e de imagem que evidenciaram ausência de leucocitose (11.730), proteína c reativa pouco aumentada (35), sem alterações nos demais exames laboratoriais e sinais de abdome agudo perfurativo em íleo terminal na tomografia computadorizada de abdome. Após obter o seu consentimento o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica. Após liberação de bloqueio de alças de delgado foi identificado um saco diverticular a 80 cm da válvula ileocecal hiperemiado, coberto de fibrina e com presença de corpo estranho transfixando sua parede. O paciente foi submetido a diverticulectomia com grampoeador gastrointestinal laparoscópico. No pós-operatório o paciente evoluiu sem intercorrências e na consulta trinta dias após a alta apresentava-se em bom estado geral e assintomático.</p> <p>DISCUSSÃO: O DM é um saco diverticular resultado do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico ou vitelino. Somente uma pequena parte dos corpos estranhos ingeridos resultam em perfuração intestinal. A maioria das perfurações se encontram no íleo terminal mas tem sido descrito perfuração por ingestão de espinha de peixe, osso de galinha, dente e palito de dente, principalmente, localizado em estruturas de fundo cego como a apêndice cecal, divertículos e no DM. A maioria dos casos descritos de perfuração de DM por espinha de peixe foi diagnosticado no intraoperatório. Descrevemos este relato de caso para lembrar médicos avaliando pacientes com suspeita de apendicite para suspeitarem desta anomalia ao mesmo tempo interessante e rara.</p>	<p>INTUSSUSSEPÇÃO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS SEGUIDO POR ADENOCARCINOMA DE RETO – UMA APRESENTAÇÃO ANOMALA</p> <p>Caroline Turino Battini, Bruna Zwarg Brandão, Karen Monteiro dos Santos, César Augusto Vendas Galhardo</p> <p><i>Uniderp - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome de Peutz-Jegher é uma síndrome Autossômica Dominante por mutação germinativa do gene STK11, caracterizada por polipose hamartomatosa, pigmentação mucocutânea e risco aumentado para neoplasias. É uma síndrome rara com prevalência estimada de 1:8000 a 1:200.000 nascimentos, afetando ambos os sexos igualmente com 90% de suas manifestações clínicas antes dos 30 anos. O relato foi motivado pela apresentação do caso na urgência com intussuscepção intestinal, seguido de Adenocarcinoma de reto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.S.S. 23 anos, sexo masculino, foi submetido a hemicolectomia à direita no dia 24/10/2014 após entrada no Hospital Universitário de Campo Grande, referindo dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) tipo pontada de forte intensidade há 2 dias, associada com vômitos e hematocúezia. Ao exame físico palpação abdominal com dor e presença de massa palpável em FID. Descompressão brusca negativa. Foi realizada tomografia que evidenciou massa sólida, medindo 4,4 x 4,4cm, localizada em FID e outra medindo 3,7 na bifurcação da aorta, compatíveis com linfonodomegalias. Na região intraperitônea foi visualizada massa sólida envolvendo alças de delgado em meso e flanco. A colonoscopia evidenciou a presença de lesões polipoides no reto distal e outra lesão polipoide lobulada no retossigmoidé. Durante o procedimento cirúrgico foi retirada peça de aspecto tumoral do ceco, com anatomo-patológico compatível com Polipose Hamartomatosa intestinal consistente com síndrome de Peutz Jeghers e intussuscepção intestinal de íleo terminal. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório recebendo alta após 7 dias. O mesmo permaneceu com quadro estável, porém com queixas de presença de raias de sangue nas fezes, sendo encaminhado para o Hospital do Câncer de Campo Grande onde realizou colonoscopia, que evidenciou pólipos séssil e pediculado de reto de aspecto degenerado com anatomo-patológico esclarecendo diagnóstico de adenocarcinoma mucossecretor. O paciente foi submetido à radioterapia, quimioterapia e amputação de reto em Outubro de 2017.</p> <p>DISCUSSÃO: A síndrome de Peutz-Jegher é um síndrome Autossômica Dominante rara causada por mutação do gene STK11, caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatoso no trato gastrointestinal, juntamente com lesões pigmentares mucosas. Os sintomas aparecem logo nas primeiras décadas de vida, sendo caracterizados por episódios recorrentes de dor abdominal e sangramento intestinal inexplicado. As principais causas de morbimortalidade ocorrem com maior frequência na segunda década de vida e são representadas pela intussuscepção de intestino delgado (43%), dor abdominal (23%), hematocúezia (14%), prolapso de pólipos colônicos (7%) e presença de neoplasia. Há risco aumentado para ocorrência de carcinoma em diversos órgãos, sendo os mais acometidos, o pâncreas(30%), a mama (25%), o ovário e útero (20%), testículo (10%), estômago e intestino delgado (10%), sendo que aproximadamente 50% dos pacientes irão desenvolver câncer até os 57 anos.</p>
<p>PO 706-3</p> <p>LINFANGIOMA CÍSTICO MESENTERICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Isabela Duarte e Souza, Jeferson Pires da Silva, Iane Ribeiro Corrêa, Hendil Fortes da Fonseca, Marcieli Dalmolin Londero</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - SANTA MARIA - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O linfangioma cístico mesentérico é um tumor benigno raro de etiologia desconhecida. O termo linfangioma é usado quando há isolamento hemodinâmico, ou seja, a lesão não está relacionada ao sistema arterial ou venoso, e sim, resulta de falha no desenvolvimento evolutivo do sistema vascular, incluindo linfáticos e/ou artérias e veias. A etiologia permanece incerta, entretanto, admite-se que obstruções linfáticas, desordens embrionárias, trauma abdominal ou degeneração local de tecidos linfáticos podem propiciar a formação do cisto. A maioria dos casos são assintomáticos e o achado ocorre acidentalmente durante um exame de imagem ou exploração cirúrgica abdominal. A confirmação se dá somente por meio do exame histopatológico da peça cirúrgica. Em virtude da incidência relativamente baixa, o diagnóstico do linfangioma é muitas vezes descartado das hipóteses diagnósticas iniciais. O objetivo desse estudo é relatar o caso de uma paciente portadora de massa abdominal diagnosticado por exame de imagem.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher, 52 anos, procurou atendimento com queixa de tumoração em região abdominal com cerca de 12 meses de evolução, de crescimento progressivo. Negava perda ponderal e outras queixas. Ao exame físico apresentava massa em abdome inferior, móvel, indolor a palpação, com cerca de 20cm de diâmetro e hérnia epigástrica de moderado tamanho. Foram solicitados exames laboratoriais (CEA e CA 125) e tomografia computadorizada de abdome, para investigação. Suspeita inicial de tumor de ovário. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou volumosa lesão cística em topografia de flanco esquerdo com leve insinuação para pelve e compressão de ureter esquerdo. Exames laboratoriais dentro da normalidade. Então foi indicado exérese cirúrgica do tumor e herniorrafia ventral. Resultado do exame histopatológico, macroscopia: em formol, espécime cirúrgico de tumor identificado como sendo de mesentérico, medindo 16.0x15.0x3.0cm nos maiores eixos. A superfície externa é pardacenta e irregular. Ao corte, vê-se cisto preenchido por líquido amarelado, medindo 16x1,5cm. A superfície interna lisa e pardamarelada e a parede mede 0,4cm de espessura máxima. Conclusão histopatológica: tumor de mesentérico, espécie cirúrgica de ressecção de linfangioma cístico de mesentérico.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores primários de mesentéricos são bastante raros. Embora possam aparecer no retroperitônio e no omento, o mesentérico, com sua abundante rede linfática, é a localização abdominal mais frequente. Somente 3 a 4% dos casos sofrem degeneração maligna. O diagnóstico pré-operatório é facilitado por exames de imagem. Contudo, o diagnóstico de certeza é reconhecido pelo exame anatomopatológico e classificado, à histopatologia, por microscopia óptica de luz. O tratamento de escolha do linfangioma cístico mesentérico, mesmo se assintomático, é a excisão cirúrgica completa da massa. O seguimento pós-operatório é realizado por meio de exames ultrassonográficos periódicos. O prognóstico é bom, com remissão total dos sintomas.</p>	<p>PO 707-1</p> <p>TUMOR GIGANTE DE INTESTINO DELGADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Naari Novais Couto, Thaiana Pimentel De Moraes, Luisa Nunes Teixeira Da Silva, Natanael De Oliveira Gonçalves Silva, Mayara De Assis Toledo, Guilherme Guédon De Oliveira</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS - FMP - Petrópolis - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O intestino delgado (ID) é a parte mais extensa do trato gastrointestinal (TGI), correspondendo a 75% do comprimento e 90% da área de absorção. No entanto, as neoplasias do ID representam apenas 2-3% dos tumores do TGI, ocorrendo principalmente em homens entre 60-70 anos. Seus tipos histológicos são: adenocarcinoma (30-40%), linfoma (15-20%), tumor carcinoide (35-42%) e sarcomas (10-15%). Esses tumores são desafiadores por terem uma apresentação inespecífica, com sintomas de difícil identificação, levando na maioria dos casos a um diagnóstico tardio e, por vezes, sem possibilidade curativa. Este relato objetiva ressaltar a importância da suspeita e diagnóstico das neoplasias de ID, em especial o linfoma, possibilitando o tratamento precoce, em busca da diminuição de suas taxas de mortalidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 45 anos, previamente hígido com quadro de dor epigástrica inespecífica há três meses e perda ponderal de 10% com piora da intensidade da dor, associada a náuseas, febre e calafrios três dias antes da internação hospitalar. Na admissão foi observado volumosa massa palpável em quadrante superior esquerdo, dolorosa a palpação. Em Tomografia Computadorizada de Abdome com contraste oral e venoso foi evidenciado massa englobando quarta porção duodenal e jejuno proximal com degeneração necrótica no interior. Após estadiamento, sem doença a distância, e risco cirúrgico, foi indicada abordagem com ressecção de massa de 20 cm em jejuno proximal, quarta porção duodenal, ângulo esplênico do cólon, invadindo cápsula de Gerota a esquerda e linfonodos do hilo renal e para-arteriais. A peça foi enviada para Histopatológico, com laudo sugestivo de Linfoma, ainda aguardando ambulatorialmente Imunohistoquímica.</p> <p>DISCUSSÃO: Os linfomas do ID apresentam sintomas gastrointestinais inespecíficos como: dor abdominal, diarreia, êmese, sangramentos do TGI devido a ulcerações, associado a uma apresentação sistêmica um pouco mais sugestiva, que inclui perda de peso, febre, sudorese noturna, fadiga, hipotensão, infecções recorrentes e hiporexia. Além de apresentarem-se na forma de pólipos de 0,5-2 cm de diâmetro. O perfil mais acometido é: homens após os 60 anos, tendo como sítio mais comum o jejuno. O caso relatado foi de difícil suspeição diagnóstica visto que não se enquadra na maioria das características descritas, tendo apresentado apenas quadro de obstrução intestinal, sem qualquer outro sintoma B, com massa volumosa em um homem de 45 anos. Dados preditivos para 2019 mostram que nos Estados Unidos cerca de 10.590 pessoas receberão o diagnóstico de câncer no ID, sendo que 1.590 terão como desfecho o óbito (American Cancer Society). Mesmo com apresentação atípica, o linfoma e outros tumores que possam acometer o ID não podem ser descartados, visto que a alta suspeição diagnóstica levando a uma intervenção precoce são os principais responsáveis para o aumento da sobrevida e diminuição de desfechos desfavoráveis para o paciente.</p>

PO 708-1	PO 708-3
<p>SANGRAMENTO DIGESTIVO BAIXO POR GIST JEJUNAL – RELATO DE CASO</p> <p>José Otávio Guedes Junqueira, Ana Flávia Andrade Costa, Bruna Bandeira Oliveira Junqueira, Thaís Bandeira Oliveira Junqueira, Lucas Lacerda Gonçalves, Fernando Mendonça Vidigal</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) é uma neoplasia considerada rara, com incidência de 1,0% a 3,0% de todos os tumores do trato gastrointestinal (TGI). Acomete todo o TGI, porém não é exclusivo deste. A maioria dos casos localiza-se no estômago (60%), seguidos pelo intestino delgado (30%), reto (3%), cólon (1% - 2%) e esôfago (<1%). Origina-se das células intersticiais de Cajal, que fazem a ligação das células musculares lisas ao plexo mioentérico, regulando o peristaltismo do TGI. Por vezes assintomático, pode ser causa de sangramento gastrointestinal e quando presente no intestino delgado constitui um grande desafio ao diagnóstico. Ressalta-se a importância do caso frente a sua baixa ocorrência clínica, assim como seu reduzido número de artigos publicados na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 78 anos, caucasiano, com quadro de dor abdominal discreta e hemorragia digestiva baixa manifestada por melena recorrente. Endoscopia digestiva alta sem alterações. A colonoscopia foi identificada a presença resíduos de sangue em todo cólon e no íleo terminal, sem sinais de sangramento ativo. Realizada angiogramografia sem alterações e à arteriografia mesentérica evidenciou-se lesão sangrante que distava cerca de 20 a 30 centímetros da reflexão duodenojejunal. Submetido à laparotomia e identificada lesão em segmento jejunal a 30 centímetros do ângulo de Treitz. Realizada enterectomia segmentar com anastomose primária. Exame anatomopatológico revelou processo de células fusiformes, com margens livres, medindo 3,5 x 2,5 centímetros e ausência de mitoses em 50 campos de grande aumento. Análise imunohistoquímica demonstrou tratar-se um GIST com marcadores CD117 positivo intenso e difuso e CD34 positivo em áreas focais. Evolução pós-operatória satisfatória. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial e sem terapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O quadro clínico dos GIST geralmente é inespecífico e depende do tamanho e localização dos tumores. Seu diagnóstico é obtido através da história clínica, exame físico complementado pela EDA, colonoscopia, ultrassonografia e a tomografia computadorizada (TC), sendo este o mais empregado para diagnóstico e estadiamento. A arteriografia também pode ser útil no diagnóstico e localização da lesão, quando os outros exames de imagem não forem capazes de identificar tal sítio, principalmente naquelas que comprometem o intestino delgado, como o caso relatado. A cirurgia com ressecção R0 é a única capaz de possibilitar cura, sendo indicada abordagem cirúrgica sempre que houver tumores maiores que dois centímetros. A linfadenectomia não deve ser feita de forma sistemática, pois a disseminação ganglionar é insólita. O prognóstico dos pacientes está relacionado ao tamanho do tumor e ao número de mitoses por 50 campos de grande aumento. Lesões de muito baixo risco não é indicado o seguimento com exames de rotina, contudo deve-se lembrar que o risco de recorrência não é inexistente.</p>	<p>MIELOMA MÚLTIPLO COM PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR CAUSANDO HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: RELATO DE CASO</p> <p>JULIANI DOURADO ALMEIDA, PATRÍCIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO, GABRIEL DA SILVA MORFIN, THAYSSA ARAÚJO DE SÁ BARRETO, ISABEL BUTTER AMIM, BRUNO CESAR DIAS, DIRCE MARIA DE ALMEIDA DAVID GIBELLI, NATÁLIA PARISI SEVERINO</p> <p><i>HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O MIELOMA MÚLTIPLO (MM) É UMA NEOPLASIA HEMATOLÓGICA CARACTERIZADA PELA PROLIFERAÇÃO EXCESSIVA DE UM CLONE DE PLASMÓCITOS NA MEDULA ÓSSEA, QUE COMUMENTE SE EXPANDE PELO ESQUELETO AXIAL. UMA FORMA MAIS RARA DE APRESENTAÇÃO SE DÁ EM TUMORES EXTRA MEDULARES, MAIS COMUMENTE O PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITÁRIO, QUE CRESCE FORA DA MEDULA ÓSSEA, COMO EM REGIÕES DA CABEÇA E PESCOÇO OU DO TRATO AERODIGESTIVO ALTO. A MANIFESTAÇÃO TÍPICA É DOR ÓSSEA E FRATURAS PATOLÓGICAS, ALÉM DE INSUFICIÊNCIA RENAL, ANEMIA, HIPERCALCEMIA E INFECÇÕES RECORRENTES. REPRESENTA 1-2% DE TODOS OS TIPOS DE CâNCER E CERCA DE 17% DAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. A MÉDIA DE IDADE AO DIAGNÓSTICO É 66 ANOS, PREDOMINANDO NA ETNIA NEGRA E EM HOMENS.</p> <p>RELATO DE CASO: LUAG, 85 ANOS, FEMININA, BRANCA, ENTRADA NO PRONTO SOCORRO COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA (HB 6,8), ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA INOCENTE, ESTABILIZADA APOS TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. RETORNA EM 3 DIAS APOS ALTA POR DOR EPIGÁSTRICA INTENSA, EM CÓLICA, COM IRRADIAÇÃO ABDOMINAL DIFUSA, ASSOCIADA A SANGRAMENTO INTESTINAL BAIXO VERMELHO VIVO EM GRANDE QUANTIDADE. HÁ 3 ANOS DIAGNOSTICADA COM MM, MANTENDO DOENÇA ESTÁVEL APÓS QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA. EM USO CONTÍNUO DE PRADAXA. SUBMETIDA A ANGIOTOMOGRAFIA QUE EVIDENCIOU MASSA EM TOPOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO. NA LAPAROTOMIA EXPLORADORA FORAM ENCONTRADAS 3 MASSAS HIPERVASCULARIZADAS DE ASPECTO SEMELHANTE, DUAS MENORES EM TOPOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL E TRANSIÇÃO RETOSSIGMOIDE, E UMA MAIOR A CERCA DE 30 CM DA VÁLVULA ÍLEOCECAL, PROVÁVEL FOCO DE SANGRAMENTO. REALIZADA ENTERECTOMIA SEGMENTAR DE 20 CM DE DELGADO, COM ENTEROENTERO ANASTOMOSE. PÓS OPERATÓRIO COM BAIXAS DOSES DE NORADRENALINA, RECEBENDO ALTA DA UTI NO 5º PO E ALTA HOSPITALAR NO 7º PO. ANATOMO-PATOLÓGICO CONFIRMOU NEOPLASIA MALIGNA POUCO DIFERENCIADA. Rx LAMBA POSITIVO EM MAIS DE 80% DA AMOSTRA E Mx NUM-1 POSITIVO NAS ÁREAS DE INTERESSE. ACHADO MORFOLÓGICOS ASSOCIADOS AO PERFIL IMUNO-HISTOQUÍMICO FORAM CONCLUSIVOS DE PLASMOCITOMA.</p> <p>DISCUSSÃO: PACIENTE COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO MIELOMA MÚLTIPLO EM UMA DOENÇA APARENTEMENTE ESTÁVEL, PORÉM, COM PRESENÇA DE MÚLTIPLOS TUMORES CAUSANDO HEMORRAGIA DIGESTIVA COM NECESSIDADE DE MÚLTIPLAS TRANSFUSÕES. OS PLASMOCITOMAS EXTRAMEDULARES (PEM) VERDADEIROS SÃO RELATIVAMENTE RAROS E SEU DIAGNÓSTICO PRESSUPÕE A AUSÊNCIA DE OUTROS FATORES DEFINIDORES DE MM. A MAIORIA DOS CASOS DE PLASMOCITOMA INTESTINAL DESCRITOS SÃO DE NEOPLASIAS PRIMÁRIAS, COM EVOLUÇÃO CLÍNICA FAVORÁVEL, QUE PODEM SER TRATADOS COM RADIOTERAPIA OU CIRURGIA APENAS. JÁ LESÕES RELACIONADAS AO MM TEM PROGNÓSTICO RESERVADO, GERALMENTE ASSOCIADAS AO ACOMETIMENTO SISTÊMICO PROGRESSIVO. TRATANDO-SE DE DOENÇA DISSEMINADA OU RECAÍDAS, QUIMIOTERAPIA COM TRANSPLANTES DE CÉLULAS TRONCO SERIAM UMA OPÇÃO MAIS EFETIVA EM CASOS SELECIONADOS. INFELIZMENTE, A PACIENTE EM QUESTÃO NÃO SERÁ CANDIDATA A TRANSPLANTE OU MESMO QUIMIOTERAPIA DE ALTA RESPOSTA DEVIDO IDADE AVANÇADA E COMORBIDADES.</p>

PO 709-1	PO 709-3
<p>GASTROENTEROANASTOMOSE COM ENTEROANASTOMOSE DEVIDO ULCERA CRONICA</p> <p>Antonio Lopes Muritiba Neto, Maria Lavinia Brandão Santiago, Tadeu Gusmão Muritiba, Tadeu Gusmão Muritiba Filho, Vinicius Couto Albuquerque Melo, Marcella Duarte Malta, Amanda Maia Barbosa Leahy, Carlos Sérgio Sampaio Almeida</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT) - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A úlcera gastroduodenal (UGD) decorrente de estenose duodenal é de frequência considerável. Além disso, os pacientes com tal enfermidade apresentam sintomas crônicos, os quais geram qualidade de vida pífia aos mesmo. A necessidade de tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal tem vindo a decrescer. Contudo o mesmo tem papel primordial nas complicações da UGD: perfuração, hemorragia, estenose e intratabilidade.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 20 anos. Apresentava queixa de epigastralgia e vômitos persistentes, agravada após ingestão de alimentos. Além de perda significativa de peso durante o período. Além de possuir queixa dispéptica há aproximadamente um ano. História de ressecção cirúrgica neurológica para retirada de tumor na coluna lombar (Schwannoma) há 04 anos, cursando com paraplegia. Ao exame físico, paciente apresentava-se desnutrida (IMC=16) e no exame de abdome, apenas com dor a palpação no epigástrico. Foram solicitados exames laboratoriais, Ultrassonografia (USG) de abdome superior e Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Seriografia de Esôfago, Estômago e Duodeno (SEED). A EDA evidenciou a presença de úlcera pré-pilórica em atividade com estenose duodenal. A USG concluiu a presença da vesícula com bile espessada. A SEED ilustrou a falha de enchimento na transição piloro-duodenal. Com hipótese diagnóstica de distúrbio de motilidade do estômago. Foi submetida a uma gastroenteroanastomose com enteroanastomose videolaparoscópica, com colecistectomia. No pós-operatório, paciente persistiu com vômitos, sendo submetida à SEED mostrando a regularização do trânsito intestinal. No 15º dia de pós operatório, os vômitos se apresentavam em menor intensidade, sendo inserida uma sonda nasoenteral guiada por EDA, possuindo evolução favorável.</p> <p>DISCUSSÃO: A estenose ou obstrução à drenagem gástrica é o resultado do edema e da cicatrização no bulbo duodenal ou piloro, sendo muitas vezes evidenciadas por séria dismotilidade do trânsito intestinal. A sua abordagem inicial é conservadora, com descompressão gástrica colocando uma sonda naso-duodenal, a administração de inibidores da bomba de prótons de forma a reduzir o processo inflamatório. A cirurgia poderá estar indicada quando a patologia for refratária às medidas anteriormente descritas ou em casos de urgência ou maiores complicações. A gastroenteroanastomose com enteroanastomose visa poupar a porção duodenal comprometida com a estenose do trânsito alimentar, permitindo uma maior qualidade de vida ao paciente.</p>	<p>MIIASE CEREBRAL POS TRAUMATISMO CRANIANO TARDIO</p> <p>MÁRIO LUIZ QUINTAS, GUSTAVO GOMES QUINTAS, MATHEUS ESTIDES RODRIGUES FARIA SOUZA, MATHEUS SOARES BUISSA, VITÓRIA SOUZA OLIVEIRA, LORAYNE ARAÚJO COSTA PEREIRA, GUSTAVO LIMA NEVES, CAMILA COSTA SILVA</p> <p><i>HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS - SÃO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O traumatismo craniano é definido como agressão traumática ocasionando lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, encéfalo ou seus vasos, tendo como causas diversos tipos de acidentes, entre eles os domésticos. A ausência do reconhecimento e tratamento precoce pode desencadear complicações e sua evolução desfavorável.</p> <p>RELATO DE CASO: RTC, 64 anos, sexo feminino, sem comorbidades prévias, admitida no pronto socorro cirúrgico do Hospital Estadual Vila Alpina - SECONCI-OSS, em dezembro de 2017, em mau estado de higiene, trazida por familiares, com relato de acidente doméstico e lesão em couro cabeludo há 40 anos, sem procurar tratamento médico. Trazida por com queda do estado geral, confusão mental, liberação esfinteriana, taquicardia, bradipneia, com a cabeça e fronte envolta em toalha suja, fétida que ao ser retirada expunha lesão em couro cabeludo, grande quantidade de insetos e miase, inclusive no conduto lacrimal esquerdo. Submetida ao corte de cabelo onde se encontrava grande quantidade de insetos e retirada das miases. Encaminhada para realização de tomografia de crânio que evidenciou acometimento lítico difuso dos ossos da calota craniana e densificação de partes moles em região frontal bilateral. Mantida com antibioticoterapia e curativos diários sendo submetida a biópsia do tecido na região da ferida sendo evidenciado carcinoma basocelular infiltrativo. Manteve-se em acompanhamento com a equipe cirúrgica no hospital e acompanhamento externo com equipe de oncologia, oftalmologia e cirurgia plástica para avaliar o melhor forma de tratamento. No transcorrer do tratamento houve piora clínica do padrão infeccioso respiratório evoluindo à óbito durante internação.</p> <p>DISCUSSÃO: O traumatismo craniano é considerado causa importante de morte e incapacidade em todo o mundo, sendo assim, torna-se necessário ressaltar a abordagem precoce afim de evitar complicações neurológicas ou secundárias recorrentes do trauma. A miase humana é uma doença que ocorre a partir da oviposição de determinadas espécies de moscas na pele, no tecido subcutâneo ou em cavidades, podendo causar destruição tecidual ao se alimentarem de tecidos vivos dificultando o processo cicatricial. A miase cerebral é excepcionalmente rara, com nove casos confirmados e dois adicionais com suspeitas clínicas e radiológicas. A evolução geralmente é fatal, porém a presença das larvas em um caso de traumatismo craniano teria benefícios ao proteger o paciente da invasão bacteriana e consequente meningite e encefalite.</p>

PO 710-1	PO 710-3
<p>ABORDAGEM DIAGNOSTICA DA INTUSSUSCEPÇÃO NA INFANCIA</p> <p>Lucas Barone da Rocha, Hanne Saad Carrijo Tannous, Káisy Nágella Alves, Renata da Silva Moreira, Edson Antonacci Júnior, Anna Alice de Paula Marinho, Mayra de Oliveira Maciel Silva, Natane Miquelante</p> <p><i>Centro Unicersitário de Patos de Minas - UNIPAM - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Intussuscepção intestinal consiste na invaginação de porção proximal do intestino em um segmento adjacente distal, através da válvula ileocecal. Sua apresentação clínica caracteriza-se por dor abdominal tipo cólica, fezes em "geleia-framboesa" ou hematoquezia, palidez cutânea, vômitos e irritabilidade. A ultrassonografia é o exame de escolha na qual pode observar imagem em "alvo" ou "pseudorim". Outras opções incluem o enema baritado ou de ar (que pode ser diagnóstico ou terapêutico), radiografia (ajuda a complementar o diagnóstico) e tomografia abdominal (utilizada quando a clínica não é sugestiva, ou quando a ultrassonografia não identifica a causa de obstrução intestinal). O objetivo do trabalho é relatar um caso de intussuscepção na infância, enfatizando a importância de diagnóstico precoce</p> <p>RELATO DE CASO: Lactente de 10 meses iniciou com o quadro de vômitos sem melhora após administração de metoclopramida, encaminhada à emergência, onde a criança estava desidratada, com vômitos persistentes, inapetência e evacuações ausentes associados a distensão abdominal. Os exames laboratoriais não apresentavam evidências de processo infeccioso. Após três dias de evolução, a criança foi submetida a uma tomografia que evidenciou obstrução com acentuada distensão das alças delgadas por intussuscepção, sendo submetida a uma laparotomia exploradora encontrando-se moderada quantidade de líquido livre de aspecto seroso em abdome e invaginação de íleo-terminal em ceco com a presença de necrose. Realizada então uma ileocolectomia à direita e uma anastomose primária látero-lateral com gramepeador. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A detecção dos sinais precoces da intussuscepção na infância, possibilita a tomada de conduta em tempo hábil e evita submeter as crianças a exames complexos. Neste caso relatado, o paciente apresentou um quadro clínico típico sendo realizada tomografia de abdome, no entanto a literatura atual recomenda a ultrassonografia abdominal como primeira escolha, pois não possui radiação ionizante e é possível visualizar várias camadas da parede intestinal, produzindo um padrão multilamelar. Dessa forma, o diagnóstico precoce deve ser realizado para evitar isquemia e necrose intestinal e melhorar o prognóstico do paciente.</p>	<p>FEOCROMOCITOMA BILATERAL EM PACIENTE HIPERTENSA GRAVE COM NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLA 2A: RELATO DE CASO</p> <p>Laura Pinho-Schwermann, André Nunes Benevides, Afrânio Almeida Barros Filho, Ivelise Regina Canito Brasil, Lorena Alves Brito, Aline Campos Fontenele Rodrigues, Olavo Napoleão de Araújo Júnior, José Eudes Bastos Pinho</p> <p><i>Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndromes de Neoplasia Endócrina Múltipla (NEM) consistem em desordens genéticas baseadas em múltiplas neoplasias concomitantes que acometem o sistema endócrino, dividindo-se em tipo 1 e 2. A NEM 2 é uma doença autossômica dominante com uma prevalência de 1 para 30.000 indivíduos e se subdivide em: NEM 2A e NEM 2B, havendo em ambos os casos o envolvimento do proto-oncogene RET no cromossomo 10. Cerca de 75% das NEM 2 são do tipo 2A e é descrita pela presença de Carcinoma Medular de Tireoide (CMT), feocromocitoma e neoplasia de paratireoide.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 47 anos, deu entrada no serviço de endocrinologia do Hospital Geral de Fortaleza em janeiro de 2019, com história prévia de hipertensão arterial sistêmica de difícil controle e diabetes mellitus. Havia antecedente de um AVC hemorrágico por aneurisma roto em 2007. Em histórico familiar, apresentava filha diagnosticada com CMT. Estudo genético da família evidenciou presença de mutação por um gene RET positiva na filha e na paciente, portadora de líquen plano e diagnosticada com NEM 2A. Investigação da tireoide evidenciou formações nodulares mistas localizadas em lobo esquerdo. Pesquisa de catecolaminas e metanefrinas urinárias evidenciou valores elevados das substâncias. Ressonância magnética de abdome superior evidenciou formação expansiva heterogênea de contornos lobulados em glândula adrenal direita com diâmetro máximo de 4,2 cm, observando-se lesão semelhante em adrenal esquerda e com diâmetro máximo de 2,3 cm, indicativos de feocromocitoma bilateral. Exames laboratoriais apresentando cálcio total de 9,6, e hormônio paratireoide de 89,7, evidenciando hiperparatireoidismo primário normocalcêmico. Iniciou tratamento pré-operatório com alfa-bloqueadores e beta-bloqueadores e submeteu-se à adrenalectomia bilateral por via laparoscópica em janeiro de 2019, seguindo no pós-operatório estável hemodinamicamente. Segue em acompanhamento com a endocrinologia, com programação de punção aspirativa com agulha fina de nódulo tireoidiano.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias endócrinas múltiplas expressam uma incidência pouco frequente na população geral, em uma proporção 1:1 entre homens e mulheres. Na maioria dos casos, o CMT é a primeira manifestação da NEM 2A, associando-se ao feocromocitoma em 40-50% das situações. Raramente o feocromocitoma se expressa como manifestação inicial da síndrome e, em cerca de 30 a 100% dos pacientes com NEM 2A, a lesão é bilateral. A adrenalectomia bilateral é o procedimento mais indicado, devendo ser a primeira intervenção cirúrgica devido ao risco de crises agudas hipertensivas. A reposição hormonal com glicocorticoides e mineralocorticoides é vitalícia nos casos de adrenalectomia bilateral. A pesquisa familiar com aconselhamento genético e o rastreamento de mutações no gene RET são essenciais para o diagnóstico precoce da síndrome.</p>
<p>PO 711-1</p> <p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) EM DIVERTICULO DE MECKEL: RELATO DE CASO</p> <p>JOAO PAULO RODRIGUES TONIOLO, AMANDA GEORGIA BELLEZE, PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO, ANNA CAROLINA GELINI PARREIRA, MARIANA HACKEL DAVID, DESIREE PICCOLI DE OLIVEIRA, THIAGO SALDANHA RODRIGUES</p> <p><i>ASSOCIAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OURINHOS-SP - Ourinhos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é uma anomalia congênita comumente encontrada no intestino delgado, que afeta 2% da população. No entanto, sua grande maioria só é descoberta incidentalmente durante autópsia, laparotomia ou estudos com bário. O divertículo de Meckel apenas é removido cirurgicamente pelo surgimento de complicações ou desenvolvimento de neoplasia. Os tumores não são frequentes (0,5 a 3,2% dos divertículos de Meckel) e, quando observados, 12% são Tumores Estromal Gastrointestinal (GIST). Neste relato, apresenta-se uma dessas raras incidências: um divertículo de Meckel com GIST.</p> <p>RELATO DE CASO: T.C.R.P., 37 anos, sexo feminino, em acompanhamento ambulatorial, realizou exames ginecológicos de rotina. Em ultrassom transvaginal, foi visualizada massa cística de grande volume em ovário esquerdo. Solicitada, então, ressonância nuclear magnética de abdômen total, que apresentou imagem cística complexa em topografia de ovário esquerdo. Paciente encaminhada para avaliação de cirurgia oncológica. Após discussão, optou-se por laparoscopia. Durante o procedimento, foi verificada aderência de intestino delgado em útero e feito o desbloqueio dessas aderências. Então, visualizou-se divertículo de Meckel com sangramento em gotejamento. Optou-se, no momento, por realizar uma incisão de pfannenstiel, enterectomia com exérese da região do divertículo de Meckel e anastomose entero-entérica. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, recebendo alta e voltando para acompanhamento ambulatorial com resultado de anatomopatológico: quadro histopatológico associado ao painel imuno-histoquímico de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST). Paciente segue em acompanhamento com oncologia clínica, realizando terapia adjuvante com mesilato de imatinibe.</p> <p>DISCUSSÃO: Tanto o divertículo de Meckel quanto o GIST são entidades relativamente raras, de modo que sua associação é ainda mais rara. Os GISTs correspondem a menos de 1% de todas as malignidades gastrointestinais, e sua localização mais comum é o estômago. No entanto, a ocorrência de uma perfuração associada ao GIST é mais frequentemente observada no intestino delgado, provavelmente em razão de sua parede ser mais fina, em comparação com o estômago ou com o intestino grosso. Aproximadamente um terço dos GISTs é assintomático e incidentalmente detectado durante procedimentos de investigação; alguns podem apresentar queixas gastrointestinais não específicas, como saciedade precoce, náuseas e vômitos; mais raramente, podem apresentar quadro agudo, tendo como sintoma o sangramento do trato gastrointestinal. Apenas 4-16% dos casos de divertículo de Meckel são sintomáticos, principalmente devido à ulceração e intussuscepção. O tratamento desses pacientes é principalmente cirúrgico, seguido de terapia adjuvante com imatinibe. Assim, revisando a literatura disponível, apresenta-se relato de um caso raro – de um GIST que surge em um divertículo de Meckel – que foi administrado com sucesso por abordagem cirúrgica e posterior acompanhamento oncológico.</p>	<p>PO 711-2</p> <p>TRANSPLANTE HEPATICO EM PACIENTE COM METASTASE DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE SITIO PRIMARIO DESCONHECIDO: RELATO DE CASO</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Tumores Neuroendócrinos (TNEs) são neoplasias com comportamento indolente em sua maioria, mas parte delas pode ser bastante agressiva e com alto risco de metástase, principalmente hepática. O comprometimento metastático, que em geral é multifocal, é preocupante principalmente quando o sítio primário do tumor não é identificado através de exames de imagem, o que leva a necessidade da abordagem cirúrgica imediata das metástases para evitar a piora do prognóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 43 anos, casada, com diagnóstico há 5 anos de tumor neuroendócrino de sítio primário provável TGI alto (CD56, CDX2, CK7, sinaptofisina e vilina positivos) e Ki67 de 7%, compatível com adenocarcinoma com diferenciação neuroendócrina. Ao exame de imagem evidenciou a presença de metástases hepáticas como lesões heterogêneas de limites mal definidos no segmento I e V medindo cerca de 9,9 x 9,8cm. Realizou tratamento com interferon (parou por toxicidade) e somatostatina mensais, entretanto evoluiu com progressão da doença. Retornou ao atendimento ambulatorial devido a dispnéia progressiva associado a ascite moderada, evidenciando progressão da doença, sendo indicado o transplante. Realizou transplante hepático no dia 04/12/2018, sem intercorrências, com uso de hemoderivados. No dia seguinte, evoluiu com rebaixamento do sensorio, insuficiência respiratória e hipercapnia, necessitando de IOT e uso de DVA em baixas doses. Encaminhada para UTI, onde permaneceu durante a semana com desnutrição grave e sob uso de FK, devido ao estado sarcopênico intenso. Ficou internado durante 25 dias, recebendo alta hospitalar em seguida. Segue em uso contínuo de imunossupressores e sob acompanhamento com a endocrinologia.</p> <p>DISCUSSÃO: TNEs são neoplasias epiteliais que incidem mais frequentemente no trato digestivo (TGI) e pulmonar, se caracterizando pela secreção de marcadores como a sinaptofisina e cromogranina. Assim como no caso, o sítio mais frequente de metástase em pacientes com TNEs do TGI é a disseminação para o fígado. Aproximadamente 75% dos casos cursam com metástase hepática, contudo, cerca de 5 a 10% dos pacientes apresentam metástase de sítio desconhecido. Nesses casos, o transplante é indicado quando há histologia confirmada de TNE, tumor primário na região mesentérica com drenagem venosa portal, metástases que ocupem um volume inferior a 50% do volume hepático, doença estável ou resposta objetiva aos tratamentos pré-transplante, ausência de metástase extra-hepática. A classificação envolve os tumores de grau 1 e grau 2 que têm padrões altamente diferenciados e O grau 3 é pouco diferenciado. No caso em questão, o diagnóstico se enquadra em TNE grau 1. A investigação do sítio primário de TNEs é de grande importância para o tratamento inicial desses pacientes, entretanto, em casos de metástase hepática, mesmo quando o sítio primário não é conhecido, o tratamento da metástase deve ser indicado como forma de melhora do prognóstico do paciente.</p>

PO 711-3	PO 712-1
<p>FEOCROMOCITOMA ATÍPICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Beatriz Pires Paes, José Donato de Souza Netto, Kétuny Silva Oliveira, Paulino José do Bomfim Junior, Henrique Barbosa Abreu, Rizia Tayline Nunes Silva, Bruno José de Queiroz Sarmento, Rodrigo Nascimento Pinheiro</p> <p><i>Liga Acadêmica de Oncologia do Hospital de Base do DF (LAONCO-HBDF) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os paragangliomas são tumores com origem no tecido cromafin embrionário não involuído derivado da crista neural, com preferência pelos grandes vasos, secretores de catecolaminas. Acredita-se que os órgãos de Zuckerkandl (paraganglios por ele descritos) contribuem para manter o tônus vascular em fetos e RN, função essa gradualmente assumida pela medula adrenal e o SNA. Os paragangliomas intra-adrenais ou feocromocitomas derivam de células da crista neural que se agrupam na medula adrenal, gerando tumores neuroendócrinos raros, com incidência anual de 0,008%, geralmente de diagnóstico acidental e curáveis pela cirurgia, mas que podem gerar uma elevada taxa de morbimortalidade se não corretamente diagnosticados e tratados. O quadro clínico típico (paroxismos com cefaleias, hipersudorese e palpitações) só está presente em 24% dos casos, mas apresenta sensibilidade de 89% no diagnóstico. Essa secreção de catecolaminas pode provocar crises adrenérgicas associadas com grande morbimortalidade cardiovascular, podendo ser fatais. Este trabalho relata um caso de feocromocitoma atípico em localização e manifestações clínicas.</p> <p>RELATO DE CASO: R.C.S.F, feminina, 50 anos, hipertensa e asmática, e com adinamia persistente há 3 anos. Exames complementares de imagem evidenciaram massa retroperitoneal direita de aproximadamente 58x46mm com realce predominantemente arterial, sugerindo origem mesenquimal. Realizou-se dosagem de catecolaminas. Na urina de 24h foi dosado norepinefrina (< 97 mcg/24h): 529,7 mcg/24h; Dopamina (<540 mcg/24h): 324 mcg/24h. Epinefrina sérica (< 90 pg): 28pg; e norepinefrina sérica (< 460 pg): 1347 pg. Com base na RM e exames laboratoriais confirmado o diagnóstico de feocromocitoma. Submetida a laparotomia mediana supra e infra umbilical, abertura do retroperitônio em fâscia de Toldt, visualizado tumor de 07 cm acoplado ao hilo renal direito e duodeno. Procedido dissecação do tumor, liberação e ligadura de vasos nutritivos e ressecção da lesão com preservação de estruturas adjacentes. Alta hospitalar no 6º DPO. No seguimento pós-operatório, paciente segue com bom controle da pressão arterial, sem necessidade de medicação.</p> <p>DISCUSSÃO: O feocromocitoma acomete 0,2% dos pacientes com hipertensão, e seu diagnóstico oferece a oportunidade de cura da hipertensão através da cirurgia e pode ser um indicador de síndromes genéticas. A paciente foi diagnosticada na faixa etária mais comum, entre a 3ª e 4ª década de vida, mas a sintomatologia foi atípica pois só apresentava adinamia. Por vezes, o diagnóstico se dá de forma acidental diante da visualização de massas retroperitoneais em pacientes oligossintomáticos durante exames de imagem. O tratamento consiste na retirada total de todos os focos de tecido tumoral após preparo pré-operatório, que tem o objetivo de tratar a HAS, evitar a ocorrência de paroxismos e corrigir uma eventual hipovolemia. Assim, embora possua altas chances de cura, a morbimortalidade depende do tempo em que o diagnóstico e o tratamento são feitos.</p>	<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR IMPACTAÇÃO DE CAROÇO DE AÇAÍ EM CANCER DE JEJUNO</p> <p>Naiara Lorrani Silva de Lima, Elton Gustavo Boralli Ribeiro, Renato Melo Brazão Pinheiro Borges, Thamiris Cunha Pieroni, Camila Lins Bilby Baima</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As massas neoplásicas do intestino delgado representam 2-3% das neoplasias do trato gastrointestinal, sendo consideradas raras. O tipo adenocarcinoma acomete cerca de 95% dos casos, principalmente em paciente jovens e não há diferença em relação ao sexo. Essa neoplasia caracteriza-se por diagnóstico tardio devido aos inespecíficos sintomas, como dor abdominal, perda ponderal e sangramentos, revelados, na maioria das vezes, quando ocorre agudização de complicações da doença, mascarando a real gravidade e postergando o tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente PSPH, 49 anos deu entrada no hospital de emergências Oswaldo Cruz com dor epigástrica há 3 semanas e vômitos esporádicos. Nega febre, flatos e evacuações presentes. Ao exame físico apresentava-se com abdome distendido, hipertímpanico, intensamente doloroso a palpação profunda em epigástrico, sem sinais de peritonite, sugestivo de abdome agudo obstrutivo. Radiografia de abdome evidenciava distensão de alças delgadas, com sinal de empilhamento de moedas e níveis hidro-aéreos. No intraoperatório foi encontrada uma lesão estenosante em jejuno a 110cm do ângulo de Treitz, configurando suboclusão de delgado devido a um caroço de açaí além de intenso espessamento tecidual e linfonodomegalia em estrutura correspondente a lesão. Na abordagem cirúrgica foi realizada uma enterectomia e entero-enteroanastomose com linfadenectomia regional. Paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta 4 dias após a cirurgia. Posteriormente o exame histopatológico apresentou os achados de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado com infiltração da neoplasia até a serosa e metástase em 10 linfonodos, estadiamento T4, N2, Mx.</p> <p>DISCUSSÃO: A razão para a baixa porcentagem de neoplasias malignas no intestino delgado se deve ao fato de que ele é um dos órgãos com alta concentração de imunoglobulinas, tecido linfóide abundante e flora bacteriana menor cuja conversão de ácidos biliares em carcinógenos é menos significativa. Ocorre também maior diluição de componentes irritantes a mucosa e trânsito mais rápido, impedindo a exposição do epitélio a carcinógenos externos. Dentre os mais de 40 tipos, a grande maioria é dos tipos adenocarcinoma, GIST (gastrointestinal stromal tumors), carcinóides ou linfomas. Os adenocarcinomas geralmente estão associados a outras doenças como doença de Crohn e polipose adenomatosa familiar. Sua localização costuma ser em regiões proximais e se dá, em 50% dos casos, no duodeno e jejuno proximal. O diagnóstico desse tipo de neoplasia maligna geralmente é tardio, devido aos sintomas inespecíficos, que podem ser facilmente encaixados em várias hipóteses diagnósticas. Os exames de imagem, laboratoriais e endoscópicos podem ser utilizados, porém não são definitivos para a confirmação do diagnóstico. Seu tratamento é feito por meio de cirurgia para a ressecção do tumor, com margem de segurança de 5cm e linfadenectomia locoregional.</p>
<p>PO 712-2</p> <p>Relato de Caso: Transplante Combinado de Pâncreas e Rim em Ferradura</p> <p>Fernanda Couto Ferreira, Fernanda Couto Ferreira, Tais Rodrigues Gasparini, Brian Carvalho Silvestre, Daniel Engel Da Cunha, Andrew Maykon Massuti, Roberto Emílio Manke</p> <p><i>Fundação Universidade Regional de Blumenau - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Estima-se que 0,3% da população mundial seja acometida por Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Esses pacientes são convencionalmente tratados com insulina, aumentando assim a sobrevida mas não evitando a progressão das lesões crônicas causadas pela doença a longo prazo. Neste caso, quando o paciente é insulino-dependente e possui nefropatia diabética em estágio dialítico, está indicado o transplante combinado de rim e pâncreas. Do ponto de vista técnico, existem três modalidades de transplantes pancreáticos, o transplante simultâneo de pâncreas e rim; transplante de pâncreas isolado e o transplante de pâncreas em pacientes que já foram submetidos ao transplante renal anteriormente. Quanto ao transplante renal, é indicado para todos os paciente com insuficiência renal crônica (IRC). Como muitas vezes o doador é falecido é possível descobrir uma anomalia no rim no momento da captação do órgão. Das alterações da anatomia renal a mais frequente é o rim em ferradura, chamados desta forma devido uma falha no desenvolvimentos embriológico, ocorrendo fusão parcial dos rins. Mesmo com essa alteração, o rim pode ser transplantado e ter boa função renal.</p> <p>RELATO DE CASO: R. V. S. N., masculino, 29 anos, portador de DM1 e nefropatia diabética em estado de insuficiência renal, iniciou sessões de hemodiálise em abril de 2016 e desde então é candidato para transplante rim-pâncreas. Em 04 de maio de 2017 realizou o transplante com órgãos de doador falecido. Foi feito a ressecção medial do rim em ferradura do doador, utilizando assim uma porção para o receptor. O enxerto renal foi implantado na fossa ilíaca esquerda com anastomose do tipo término-lateral entre os vasos renais e ilíacos. Quanto ao implante do pâncreas, foi realizado em fossa ilíaca direita do receptor, com anastomoses vasculares feitas nos vasos ilíacos e o duodeno, também proveniente do doador falecido, é anastomosado com o íleo distal do receptor. Não houve intercorrências durante a cirurgia. Foi feito profilaxia com Cefepime, Fluconazol e Revectina e imunossupressão com Thymoglobulina. No pós transplante imediato o paciente apresentou-se estável hemodinamicamente e afebril, com rim funcionando no trans cirúrgico. Ao exame de ultrassom com Doppler, os enxertos apresentaram-se prévios. No quarto dia pós-operatório desenvolveu quadro de pancreatite, confirmado por ultrassom abdominal, evoluiu com melhora mas permaneceu com hematoma extenso. Também teve derrame pericárdico moderado e derrame pleural, com drenos funcionando normalmente. Quanto à função do enxerto pancreático, paciente teve normalização de níveis glicêmicos, permanecendo sem necessidade de uso de insulina. Enxerto renal funcionando, com diurese normal, sem sinais de rejeição.</p> <p>DISCUSSÃO: Os resultados do transplante com rim em ferradura são satisfatórios e similares ao do transplante com rim normal. Quanto ao transplante de pâncreas, consiste na cura para DM1, resultando em melhora da qualidade de vida e maior sobrevida dos pacientes diabéticos portadores de IRC.</p>	<p>PO 713-1</p> <p>APENDICITE AGUDA EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO</p> <p>Raissa Silva Frota, Danillo Pedro Mendes da Silva, Gustavo Rivelli Lamboglia, Luis Gustavo Madi Antonio, Talita de Camargo Melke, Ana Carolina Pereira Sabino, VLADIMIR TARCISIO DELFINO DE OLIVEIRA, Pedro Gomes Barbosa Júnior</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo de tratamento cirúrgico. Consiste na obstrução da luz do apêndice levando ao aumento da secreção de muco, proliferação bacteriana, distensão do lúmen, diminuição da drenagem venosa com consequente isquemia, perfuração da mucosa, peritonite e sepse. Acomete a faixa etária de adolescentes e adultos jovens, é incomum antes dos 5 e após 50 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 60 anos, queixa de dor abdominal difusa tipo cólica, nega fatores de melhora e piora, 1 episódio de febre não aferida e hiporexia associada há 3 dias. Medicado com tramadol endovenoso apresentando melhora. Há 2 dias parada da evacuação e flatos, além de oligúria. Refere obstipação crônica, nega doenças prévias. Tabagista há 45 anos, ex-etilista e ex-usuário de drogas ilícitas. Ao exame físico apresentou-se desidratado, taquipneico, abdome plano, levemente distendido, ruídos hidroaéreos presentes, hipertímpanico, doloroso a palpação difusa, sinal de Rovsing positivo. Os sinais de Blumberg, Giordano e Murphy negativos. Toque retal: próstata ligeiramente aumentada. Aos exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e EAS infeccioso. Aos exames de imagem (raio X de abdome agudo, tomografia de abdome total e trânsito intestinal): distensão gasosa de alças intestinais com níveis hidroaéreos e ausência de líquido livre. Submetido a laparotomia exploratória que evidenciou distensão de intestino delgado e afunilamento de cólons transversos, descendente e sigmoide, apêndice secal supurado grau 5 e grande quantidade de aderências em alças intestinais. Boa evolução, porém lenta, com leve distensão abdominal e trânsito intestinal lento. Obteve alta hospitalar após melhora da distensão.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora seja uma afecção que ocorre no paciente adulto jovem, a apendicite aguda pode comprometer indivíduos em qualquer faixa etária. Nos últimos anos, a incidência no paciente idoso tem aumentado. As complicações do idoso diferem das observadas no jovem pela maior morbimortalidade desse grupo. Isso se deve não só à apresentação clínica atípica como também por apresentarem doenças associadas e progressão rápida do quadro, e, maior postergação do tratamento cirúrgico, enfatizando a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce.</p>

PO 713-3	PO 714-1
<p>UM RARO CASO DE CISTO MESENTERICO DERMOIDE (CMD) GIGANTE IMITANDO CISTO OVARIANO</p> <p>Bárbara Alves Campos Ferreira, Eduardo Augusto Borges Primo, Luísa Freire Barcelos, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Melissa Giovanucci, Juliano Servato, Mateus Silva Cândido, Wilson Gomes de Azara</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cisto mesentérico (CM) é um tumor raro – há menos de 1000 casos na literatura. O CM gigante é ainda mais atípico. Define-se CM como lesão de conteúdo líquido, de qualquer origem patológica, situada entre as 2 camadas do mesentério. Dentre os tumores mesentéricos, o cisto dermoide (CD) é o mais raro – apenas 34 casos de CMD encontrados na base de dados PubMed. CD é um tipo especial de teratoma, composto por tecido dos 3 folhetos embrionários, mas com predominância de origem epitelial. A apresentação em adultos é extremamente incomum, assim como a ocorrência fora das regiões gonadais e pré-sacrais. Lesões pélvicas císticas em mulheres são comuns, mas a maioria é semelhante aos exames de imagem, dificultando o diagnóstico diferencial. Aqui visa-se relatar o caso de CMD gigante imitando cisto ovariano, em mulher adulta.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher 44 anos, relatou dor abdominal, dispareunia e sinusorragia há 5 anos. Ao exame físico: dor à palpação em fossa ilíaca direita e massa palpável em todo o abdome. USG de abdome total revelou volumosa massa retroperitoneal, de margens regulares bem definidas. À TC, volumosa formação cística hipodensa em região anexial direita, de 21 x 21,4 x 17,1cm compatível com cisto simples. A hipótese de cisto ovariano foi conduzida com laparotomia exploradora. Durante ato cirúrgico, observaram-se ovários íntegros e grande massa cística mesentérica, isolada de estruturas anexiais. Foi feita ressecção completa. Biópsia revelou cisto dermoide. Paciente recebeu alta após 4 dias em boas condições.</p> <p>DISCUSSÃO: Na embriogênese, células germinativas migram do saco vitelínico para as gônadas pelo mesentério do intestino posterior e, teoricamente, células totipotentes podem ser sequestradas ao longo do trajeto, explicando a origem congênita do CMD. Os adquiridos, advém da implantação de células epiteliais na cavidade peritoneal após trauma/cirurgia intra-abdominal. Pode ocorrer em qualquer local do mesentério, mais comumente no íleo. A clínica é variável e até 40% podem ser assintomáticos. Pode apresentar-se como dor abdominal vaga, sensação de massa ou distensão abdominal. A massa pode ser palpada em 61% dos casos. USG é um bom exame inicial, mas a TC é primordial para avaliar tamanho, origem da massa e relações anatômicas. Porém, grandes massas, a não visualização do ovário isolado e a inexistência de achados específicos do CMD dificultam o diagnóstico clínico-imagiológico. Assim, ele só é provado no intraoperatório e deve ser confirmado histologicamente. O tratamento é sempre cirúrgico, dada a possibilidade de complicação como malignização, infecção, ruptura e compressão adjacente. É feita excisão completa por laparotomia ou videolaparoscopia, considerada curativa. O CMD é de difícil diagnóstico – pela baixa incidência e quadro clínico e achados de imagem inespecíficos, mas passível de cura. Assim, deve ser um diagnóstico diferencial de dor e massa abdominais, a fim de detectá-lo ainda sem complicações, sendo essenciais anamnese e exame físico criteriosos.</p>	<p>RELATO DE CASO DE APENDICITE AGUDA EM GESTANTE</p> <p>Raissa Silva Frota, Danilo Pedro Mendes da Silva, Gustavo Rivelli Lamboglia, Talita de Camargo Melke, Ana Carolina Pereira Sabino, Clerson Rodrigues Manaia, Vladimir Tarcisio Delfino de Oliveira</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O apêndice vermiforme é um órgão do sistema imune, localizado no quadrante ilíaco direito. A obstrução de sua luz leva ao acúmulo de secreções e aumento da pressão intraluminal, comprometendo o retorno venoso gerando congestão, isquemia, proliferação bacteriana e inflamação, podendo evoluir com ulceração da mucosa, trombose arterial e gangrena. Como consequência desse processo teremos a ruptura do apêndice, liberando suas bactérias. A apendicite aguda é a principal e a mais frequente complicação abdominal extrauterina durante a gravidez e torna necessária uma laparotomia de emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: Feminino, 25 anos, gestante de 11 semanas com queixa de dor de abdominal difusa há 5 dias com irradiação para fossa ilíaca direita acompanhada de vômito e inapetência. Nega febre e sintomas urinários. Ao exame físico, apresentou abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação superficial a fossa ilíaca direita e flanco direito, descompressão brusca positiva, sinal de Blumberg e Lapinsk positivo. Realizado ultrassom de abdome total apresentando pequenos cálculos renais a direita com imagem heterogênea, sólida/cística mal definida em fosse ilíaca direita de etiologia a esclarecer. Submetida a apendicectomia. No ultrassom obstétrico morfológico pós-cirúrgico constatou-se saco gestacional bem implantado, líquido amniótico sem alteração, embrião único com Batimentos cardíacos fetais 150 bpm. A gravidez evoluiu sem complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: As elevadas taxas de morbimortalidade materno-fetais dessa afecção podem ser explicadas pelo fato das evidências do quadro clínico-laboratorial serem confundidas com gineco-obstétricas da gravidez. Clinicamente a apendicite aguda no início da gestação não difere nos sinais e sintomas de uma não-grávida: no primeiro trimestre a dor abdominal é localizada na mesogástrica ou quadrante inferior direito. Já no segundo o local da dor é o flanco direito e à medida que a gravidez evolui a dor é cada vez mais imprecisa e os sintomas atípicos. Tendo em vista todos esses parâmetros, o diagnóstico precoce torna-se essencial assim como a intervenção cirúrgica.</p>

PO 714-3	PO 715-1
<p>TUMOR DESMOIDE RECIDIVADO CINCO VEZES: RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Gabriel Neiva Rabelo, Fernando Angert de Barros Bezerra, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Bruno Luis Oliveira Correa, Ana Virgínia Ferreira Figueira</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Fibromatose do tipo desmoide ou tumor desmoide é a designação a neoplasias benignas advindas do tecido conjuntivo. Tratam-se de tumores raros (com incidência de 1 para cada 2 a 4 milhões), benignos e, portanto, sem potencial metastático, embora sejam localmente invasivos e possuam alto índice de recorrência (20 a 77%).</p> <p>RELATO DE CASO: C.N.C. sexo feminino, 39 anos, apresentou quadro de dor abdominal constante, difusa, de caráter pulsátil, associada a presença de massa em flanco D e FID de início há 5 anos e piora nos últimos 8 meses. Como história prévia, a paciente já havia sido submetida a cinco ressecções prévias de tumor desmoide em parede abdominal. Foi feita então uma tomografia de abdome que mostrou uma massa no ventre do músculo reto abdominal D no nível da cicatriz umbilical, com contornos regulares e realce heterogêneo medindo 75x55x27mm, e outra menor semelhante em parede paramediana anterior esquerda do epigástrico, sem invasão de estruturas adjacentes. Foi realizada a exérese das tumorações e reconstrução da parede abdominal com dupla tela de poliéster e polipropileno de 30x20cm, em ponte fixada em reparos ósseos, sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução, com alta no 5º DPO. Anatomopatológico confirmou fibromatose do tipo desmoide comprometendo extensamente tecidos fibroadiposo e muscular esquelético e liso, além de todos os segmentos de parede abdominal direita e esquerda e nódulos peritoneais, assim como as margens da peça. Paciente segue hoje em acompanhamento com os serviços de cirurgia geral e oncologia, recebendo terapia complementar com AINE e realizando exames de imagem periódicos.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores desmoides ocorrem principalmente nas extremidades do corpo, podendo também surgir na parede abdominal, cabeça e pescoço. Geralmente sua apresentação é de forma assintomática e com lenta progressão, porém também pode se apresentar com crescimento rápido e gerar quadro algíco em certos pacientes. A conduta expectante de até um ano está estabelecida na literatura. Uma evolução branda no período de um ano afasta, na maioria dos casos, possíveis complicações futuras e fala a favor da manutenção da conduta expectante. Todavia, assim como no caso apresentado, o tratamento cirúrgico pode ser indicado em quadros sintomáticos. O tipo de tratamento depende da local e tamanho do tumor (definindo sua ressecabilidade), porém a recidiva após a ressecção cirúrgica pode chegar a 50%. Desse modo, a quimioterapia adjuvante no pós-operatório pode ser uma alternativa na redução de recidivas. Outras terapias possíveis são a terapia com AINE associado ou não com tratamento hormonal, bem como a radioterapia. Esta última menos indicada pelo risco associado: edema, dor e risco de desenvolvimento de neoplasias.</p>	<p>NEOPLASIA DE APENDICE COMO CAUSA DE APENDICITE AGUDA EM PACIENTE DE 17 ANOS: RELATO DE CASO</p> <p>Matheus Pedrosa Tavares, Rafaela da Silva Schottz, Pedro Paulo de Matos, Pablo Vinicius Silvino Vasconcelos, Weber Alves da Costa Azevedo, Luan Marra Gomes, Hugo Mirindiba Bomfim Palmeira, Sanny França Pedrosa Tavares</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dentre os casos de abdome agudo, a emergência cirúrgica mais comum é a apendicite aguda, tendo como principais etiologias a hiperplasia linfóide e o fealito, enquanto neoplasia é uma causa bastante incomum, sendo responsável por 1,68% dos casos de apendicectomia. Neoplasias de apêndice são raras dentre os tumores do trato gastrointestinal, e cerca de 90% dos casos são benignos. As classificações mais comuns dos tumores de apêndice são: tumores neuroendócrinos (TNEs) – 0,3 a 0,9% dos espécimes de apendicectomia – e neoplasias epiteliais primárias – 0,2 a 0,3%. O objetivo do trabalho é relatar um caso de apendicite devido um TNE de apêndice em paciente de 17 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: IAM, feminino, 17 anos, é admitida em hospital regional com queixas de dor em fossa ilíaca direita (FID) há 12 horas, com melhora ao uso de anti-inflamatório, associada a hiporexia e nega febre. Ao exame, paciente febril, abdome flácido, dor discreta à palpação difusa com piora de intensidade na FID, sem sinais de irritação peritoneal. Após 1 dia de internação hospitalar, paciente evolui com sinais de irritação peritoneal localizada em FID com os sinais de Blumberg, do Psoas e de Rovsing presentes, além de leucocitose ascendente associada. Uma vez descartadas as hipóteses diagnósticas de patologias ginecológicas, foi feito o diagnóstico de apendicite aguda e, posteriormente, realizada a apendicectomia. Após a avaliação anatomopatológica, foi constatado tumor neuroendócrino de 0,6 cm em ponta de apêndice, T3NXMX, sem acometimento do peritônio visceral e com margens livres. A paciente foi encaminhada para oncologia clínica para acompanhamento, aguardando resultado de exames complementares para avaliar a indicação de tratamentos adjuvantes.</p> <p>DISCUSSÃO: A manifestação clínica mais comum dos tumores de apêndice é a apendicite aguda, sendo mais frequente nos TNEs, e principalmente nos pacientes que são crianças ou adolescentes. O pico de incidência dos TNEs é em adultos jovens, acima de 40 anos, e mais comum em mulheres. Aproximadamente 75% dos casos de TNE ocorrem no terço distal do apêndice, sendo originados das células enterocromafins subepiteliais. Tumores menores que 2 cm ocorrem em 95% dos casos de TNEs, e é incomum a ocorrência de metástases, as quais podem acometer linfonodos regionais ou o fígado. Uma vez que a maioria dos TNEs são descobertos incidentalmente através da apendicectomia, apenas é indicado tomografia computadorizada de abdome e pelve no pós-operatório caso o tumor seja maior que 2 cm, com margens positivas, ou associado a doença metastática ou síndromes carcinóide. Em estudos, foi constatado que a excisão total do apêndice com tumor é suficiente para tratamento satisfatório e completo do paciente. Apesar da idade média de início das neoplasias benignas de apêndice ser na 4ª década de vida e das malignas, na 3ª década de vida, é fundamental não descartar neoplasia como possível etiologia de um caso de apendicite aguda em questão, independentemente da idade do paciente.</p>

PO 715-2	PO 715-3
<p>REVASCULARIZAÇÃO POR ANASTOMOSE AORTO-HEPÁTICA (TRANSPLANTE HEPÁTICO) EM PACIENTE COM SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO MEDIANO DIAGNOSTICADO NO TRANSOPERATORIO: RELATO DE CASO</p> <p>Lorena Alves Brito, Aline Campos Fontenele Rodrigues, José Eudes Bastos Pinho, Afrânio Almeida Barroso Filho, Laura Pinho-Schwermann, Ivelise Regina Canito Brasil</p> <p><i>Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome do ligamento arqueado mediano (SLAM) é uma compressão do tronco celiaco, gânglios e plexos nervosos por essa estrutura. No transplante hepático ortotópico (THO), apresenta relevância, devido ao comprometimento da circulação colateral das artérias mesentérica superior e pancreatoduodenal, sendo a artéria celiaca a única fonte de sangue arterial, e sua compressão apresenta risco de obstrução e posterior trombose da artéria hepática (AH), ameaçando a qualidade do enxerto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 15 anos, há dois meses com aumento do volume abdominal e anorexia, há quinze dias da internação manifestou icterícia progressiva e queda do estado geral. Internada no Hospital Geral de Fortaleza por provável Doença de Wilson, evoluiu com encefalopatia metabólica multifatorial, com rebaixamento do sensorio e vômitos. O USG de abdome evidenciou cirrose e ascite, encaminhada para avaliação pelo transplante com CHLD C12 e MELD 25. Submetida a THO, no transoperatório, apresentou dificuldade de perfusão hepática pós anastomose arterial convencional devido a baixo fluxo, e ao final ausência de fluxo. Foi realizado enxerto aorto-hepático com conduto de artéria ilíaca do doador. No pós-transplante, obteve melhora clínica com função imediata do enxerto, porém, com icterícia (3+/4+) e edema importante (4+/4+) em MMII. Realizou TC de abdome com contraste que ratificou o diagnóstico de SLAM, confirmando a hipótese do transoperatório. Obteve alta um mês após o transplante. Quatro meses depois, internou-se por complicações do transplante, devido à estenose de vias biliares e estenose crítica na anastomose do enxerto de artéria ilíaca à aorta, com acentuada redução do fluxo. Paciente apresenta estabilidade clínica, boa função hepática e aguarda tratamento endovascular.</p> <p>DISCUSSÃO: A SLAM apresenta incidência entre receptores de THO no intervalo de 5 a 10%. A perda de peso e os vômitos apresentados são comuns em tal síndrome. Já a icterícia, encefalopatia metabólica e hepatomegalia, podem ser explicados pela doença de Wilson. O aparecimento de queixas comuns a ambas enfermidades demonstra a dificuldade do diagnóstico baseado apenas pela sintomatologia. A SLAM gerou uma estenose dificultando o fluxo da AH, que, apesar de ser bem tolerada por fígados nativos, confere risco no enxerto de fígado recém-implantado, sendo a reconstrução da AH um desafio no transplante. A redução e posterior ausência do fluxo sanguíneo da anastomose primária, indicou a técnica de anastomose aorto-hepática, que embora fundamental para o sucesso de THO complexos, gera controvérsias em relação ao aumento no risco de trombose, infecções e sepses, dificultando a construção de diretrizes para a fundamentação desse fator determinante no transplante. Conclui-se que, o diagnóstico da SLAM antes do procedimento é decisivo para a estratégia cirúrgica, que apesar da inespecificidade dos sintomas, pode ser contornado com os exames de imagem.</p>	<p>MUCOCELE DE APÊNDICE: RELATO DE DOIS CASOS</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Eduarda Jacinto Bauer, Francislene de Araújo Verdiano, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Ana Virgínia Ferreira Figueira, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucoccele de apêndice (MA) é uma doença rara que corresponde à distensão cística de conteúdo mucinoso do apêndice ileocecal. De etiologia benigna ou maligna, pode cursar como apendicite aguda ou como incidentaloma em um quadro sintomático inespecífico. Devido ao risco de perfuração e de evolução tumoral, o tratamento de escolha para MA é a ressecção cirúrgica. Logo, obter um diagnóstico pré-operatório permite planejar e escolher a técnica cirúrgica mais adequada.</p> <p>RELATO DE CASO: V.L.C.O, masculino, 44 anos, com história de aparecimento de massa em região de F.I.D. há 8 meses com crescimento progressivo e dor discreta local. Procurou auxílio médico, sendo solicitado TC de abdômen que evidenciou apêndice cecal difusamente distendido e preenchido por material hipodensitante levemente heterogêneo, associado à leve densificação dos planos adiposos adjacentes. Foi também realizada então uma colonoscopia, sem achados significativos. Feita a hipótese diagnóstica de mucoccele de apêndice, o paciente foi submetido a uma cirurgia eletiva de hemicolectomia direita aberta, com boa evolução, recebendo alta no 4º DPO. Anatomopatológico confirmou neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau com margens livres e sem comprometimento linfonodal. R.M.P. 32 anos, feminino, portadora de HIV, DM e HAS, deu entrada com queixa de dor contínua em F.I.D. há uma semana. Submetida a TC de abdômen que mostrou um apêndice cecal de dimensões aumentadas, com conteúdo cístico e realce parietal. Colonoscopia e hemograma normais, CEA de 2,63. Foi realizada então uma apendicectomia VLP, sem intercorrências. Anatomopatológico revelou cistoadenoma mucinoso envolvendo todo o apêndice e margem proximal comprometida. Foi então feita programação de hemicolectomia direita eletiva, que iniciou primeiramente por via VLP porém houve conversão para cirurgia aberta devido a grande quantidade de aderências. Paciente evoluiu durante a internação com fistula e IRA pós-contraste (após investigação com TC de abdômen), sendo necessário uma reabordagem e confecção de colostomia. Após 36º DPO paciente apresentou resolução completa do quadro, e hoje se encontra assintomática e sem sinais de recidiva.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico pré-operatório de MA é de importante relevância para o planejamento terapêutico, permitindo escolher a técnica cirúrgica mais apropriada a fim de evitar recorrências tumorais e complicações como pseudomixoma peritoneal e obstrução intestinal. Apesar da apendicectomia ser comumente curativa, por vezes a ressecção deve ser mais ampla, como nos casos relatados, que foi necessária a realização de hemicolectomia direita. Assim, o diagnóstico radiológico pré-operatório é significativo e permite a ressecção curativa da MA. Em casos sem diagnóstico definitivo prévio, o exame intraoperatório e o exame anatomopatológico também são importantes, devido ao risco de recorrência de MA e à associação com tumores sincrônicos.</p>
<p>PO 716-1</p> <p>EXERESE DE CISTO MESENTERICO: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael de Oliveira Santos, Oto Mario Santana Neto, Ravi Cavalcanti Mendes, Victor Guimarães, Nadson Pedreira, Anderson Cançado, Leonardo Cunha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O cisto mesentérico é definido como uma formação cística localizada entre as lâminas do mesentério, do duodeno ao reto. É uma afecção benigna rara, mas comum entre a terceira e quarta década de vida, sua etiologia é incerta^{1,2,3}. O cisto mesentérico não apresenta quadro clínico característico, geralmente é assintomático e quando apresenta sintomas os mais presentes: dor, massa abdominal, vômitos e constipação⁴. O desenvolvimento de abdome agudo ocorre quando há infecção, ruptura, hemorragia ou torção do cisto sendo eventualmente confundido com apendicite aguda e aneurisma de aorta^{5,6,7}. Atualmente existem poucos casos na literatura sobre cisto mesentérico, sobretudo em homens com idade avançada, portanto a motivação desse trabalho é fornecer mais dados sobre esse diagnóstico e possíveis complicações no intraoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente H.G.S, masculino, 49 anos, sem comorbidades, deu entrada via ambulatorial com quadro de abaulamento em todo abdome direito desde o hipocôndrio até fossa ilíaca acompanhado de dor abdominal de moderada intensidade. Durante investigação diagnóstica foi realizada tomografia computadorizada do abdome que evidenciou formação cística de grande dimensão sugestiva de cisto mesentérico ocupando todo o hipocôndrio direito, flanco direito até fossa ilíaca direita. Foi proposta abordagem cirúrgica através de laparotomia exploratória para exérese do cisto. Ao inventário da cavidade foi identificado cisto de aproximadamente 20x20x15cm localizado em toda porção direita da cavidade com aderências firmes em região posterior. O cisto estava intensamente aderido a veia cava inferior e veia renal direita e durante a dissecação houve pequena lesão dessas estruturas que foram prontamente rafiadas sem intercorrências o paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável, diurese, dejeções e flatos presentes em boa aceitação de dieta via oral, ausências de náuseas, vômitos ou dor abdominal importante, recebendo alta no 3ºDPO.</p> <p>DISCUSSÃO: A conduta no tratamento do cisto mesentérico é a abordagem cirúrgica, exérese do cisto, preferencialmente por via aberta^{5,6,7}. A drenagem interna pode ser uma opção em pacientes com síndrome do intestino curto e em casos selecionados é possível a abordagem laparoscópica. A ressecção está indicada em todos os casos com a finalidade de evitar suas complicações (infecção, ruptura, hemorragia e torção)^{5,6}. Existem poucos dados na literatura sobre as complicações no intraoperatório, apesar do cisto geralmente se apresentar com isolamento hemodinâmico, ocasionalmente pode está aderido às estruturas vasculares retroperitoneais, no presente relato o cisto estava fortemente fixado a veia cava inferior e veia renal direita o que resultou em inevitável lesão nessas estruturas vasculares. Dessa forma, apesar do isolamento hemodinâmico é essencial está atento durante a dissecação e apto para corrigir qualquer lesão vascular sendo a vascularização retroperitoneal uma possível fonte de complicações.</p>	<p>PO 716-3</p> <p>APENDAGITE EPIPLÓICA: RELATO DE CASO</p> <p>ISADORA FERREIRA OLIVEIRA, JULIA POSSES GENTIL, VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA</p> <p>INTRODUÇÃO: Apendagite Epiplóica (AE) é uma inflamação nos apêndices epiplóicos. Ocorre com maior frequência entre a segunda e a quinta década de vida, com maior prevalência entre homens. A obesidade é um importante fator de risco. Pode desenvolver-se em qualquer parte do cólon, tendo o sigmóide como a região mais afetada. Pode ser causada por torção ou trombose venosa espontânea de uma drenagem dos apêndices. Manifesta-se com dor abdominal aguda no quadrante inferior esquerdo, e pode apresentar-se com vômitos, diarreia e febre baixa. Em geral, é uma patologia autolimitada. Devido sua baixa incidência e as manifestações clínicas pouco específicas, muitas vezes é mal diagnosticada como abdome agudo inflamatório, principalmente, diverticulite. Entretanto, com o surgimento da Tomografia Computadorizada (TC), a necessidade de cirurgias diagnósticas reduziu, pois este exame possibilitou um diagnóstico preciso, oferecendo uma opção de tratamento conservador. Na TC é visualizada como uma lesão oval paracólica de 1,5 - 3,5 cm de diâmetro com atenuação semelhante à gordura e com alterações inflamatórias circundantes. Como muito cirurgiões não estão familiarizados com a AE, ela pode não ser diagnosticada mesmo após a TC, culminando em cirurgias desnecessárias.</p> <p>RELATO DE CASO: V.C.S.S., feminino, 52 anos, parida, esteticista, casada, multipara, sem comorbidades ou uso de medicações; apresentou-se à consulta com queixa de dor abdominal contínua com exacerbações em cólica, vômitos (4 episódios) e diarreia (3 episódios) há 6 dias. Houve despertares noturnos devido à dor e antiespasmódicos tiveram pouco sucesso. Negou febre. Ao exame, o abdome era doloroso à palpação do andar inferior, principalmente na fossa ilíaca esquerda. O sinal de Guéneau de Mussy era negativo e os ruídos hidroaéreos diminuídos. Elaboradas hipóteses de diverticulite, ureterolitíase, gastroenterocolite aguda e cisto ovariano roto, foram solicitados: hemograma, urina I, PCR e ultrassom pélvico. Os resultados foram normais. Sendo assim, foi solicitada TC de abdome sem contraste e, a partir do resultado, foi feito diagnóstico de AE. A paciente utilizou antiespasmódicos e após 5 dias tornou-se assintomática.</p> <p>DISCUSSÃO: A AE é uma entidade rara com da baixa incidência. Possui apresentação clínica inespecífica - dor, náuseas, vômitos, diarreia e ocasionalmente febre - acaba sendo mal diagnosticada e tratada como outras afecções abdominais. Inclui-se aqui o fato da realização de cirurgias desnecessárias. Sendo assim, seu relato é relevante ao passo que fomenta o acervo de informações sobre o tema presentes na literatura, elevando a possibilidade de diagnóstico e evitando tratamentos desnecessários e procedimentos nocivos que podem levar a estresse orgânico, emocional e financeiro nos pacientes afetados.</p>

<p style="text-align: center;">PO 717-1</p> <p>TUMOR DESMOPLÁSICO DE PEQUENAS CELULAS REDONDAS: DIAGNOSTICO APOS INTUSSUSCEÇÃO INTESTINAL EM ADULTO JOVEM</p> <p>LUIS CARLOS STOEBERL, LUCIO HENRIQUE PEDRI, CARINA YUMI TAKAHASHI, SASHA KEITH KOVALIUK, GUSTAVO POLESSO NOAL, ISMAEL RODRIGO DIAS</p> <p><i>ASSOCIACAO HOSPITALAR SÃO JOSE - JARAGUA DO SUL - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor desmoplásico de pequenas células redondas (TDPCR) foi descrito inicialmente em 1989. Trata-se de uma neoplasia agressiva e rara, com poucos relatos na literatura. Afeta principalmente adultos jovens, caucásianos, do sexo masculino e costuma ser observada na cavidade abdominal e pélvica, sendo muito mais raro o envolvimento extra-abdominal. A maioria dos pacientes é assintomático até que a doença esteja avançada, os sintomas mais comuns incluem dor abdominal e perda ponderal, porém podem se apresentar no momento do diagnóstico já com grandes massas abdominais, implantes peritoneais, ascite, alteração do hábito intestinal, oclusão intestinal. O relato apresentado é sobre um paciente de 24 anos, diagnosticado com TDPCR após cirurgia de urgência por intussuscepção intestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: DAL, 23 anos, masculino, procedente de Jaraguá do Sul, sem comorbidades conhecidas. Procurou pronto socorro com queixa de dor abdominal intensa iniciada há 1 dia em região central do abdome. Última evacuação há menos de 24 horas, sem produtos patológicos, sem eliminar flatos desde então. Evoluiu com náuseas, vômitos e piora progressiva da dor. Sem relato de febre ou emagrecimento, sem história de trauma abdominal. Ao exame físico encontrava-se pálido, sudoreico, eupneico, afebril. Abdome com ruído hidroaéreo presente, dor forte à palpação em mesogástrico e hipogástrico, massa endurecida palpável em região hipogástrica, sem sinais de peritonismo. A radiografia de abdome agudo apresentava alça intestinal em padrão "empilhamento de moedas" e TC de abdome, evidenciou segmento de alça de intestino delgado espessado e distendido, com discretos focos gasosos fora da alça. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora com achado de intussuscepção ileal, sendo realizada enterectomia + entero-entero anastomose. A análise macroscópica do segmento intestinal retirado (30cm) mostrou à 3cm de uma das margens, um tumor branco-acento e firme, com 2,8 x 2,7cm, se estendendo até a serosa. Conclusão anatomopatológica: segmento de intestino delgado com infarto hemorrágico e infiltrado linfóide atípico, compatível com linfoma do íleo. A imunohistoquímica revelou tumor desmoplásico de pequenas células redondas. Realizou tomografias de tórax e abdome após procedimento cirúrgico, sem evidência de outros focos da doença, está realizando tratamento quimioterápico acompanhado pela oncologia clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção intestinal em adultos costuma apresentar fatores predisponentes, por isso a necessidade de investigação e cirurgia. A neoplasia que levou ao quadro agudo foi o TDPCR, entidade extremamente rara e agressiva, diagnosticada em fase inicial. Não há um tratamento padrão devido à raridade deste tipo de neoplasia e pelos poucos casos relatados, especialmente em fases iniciais da doença. Estudos recentes procuram avaliar resposta à quimioterapia e a tratamentos multimodais, porém a ressecção cirúrgica do tumor - quando possível - parece ter maior impacto na sobrevida e intenção de cura.</p>	<p style="text-align: center;">PO 717-3</p> <p>SCHWANNOMA PRÉ-SACRAL GIGANTE: RELATO DE CASO.</p> <p>Alan Mounzer, Angela Genoefa Rudell, João Victor Huayllas, Samantha Cavalcante Brito, Marcio José Cardoso Amaral, Mauro Henrique Sa Adami Milman, João Paulo Hereny Bordim, José Roberto Melchiori Bucco</p> <p><i>Hospital Regional de Cotia - Cotia - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores pré-sacrais, também chamados de retrorretais, são lesões raras na prática cirúrgica, principalmente em adultos. As lesões encontradas neste espaço são de difícil acesso para realização de biópsia, necessitando muitas vezes de abordagem cirúrgica para ressecção completa e diagnóstico definitivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 48 anos de idade, atendido várias ocasiões em unidade de urgência com queixa de dor em região lombar e irradiação a membros inferiores, há cerca de 4 meses, com piora progressiva, sem outros sintomas associados. Hospitalizado com quadro de pancreatite aguda alcoólica. Ao exame físico do abdome, era possível a palpação de uma massa de bordas indefinidas, fixa e dolorosa em região de hipogástrico e fossa ilíaca direita, não apresentava déficit motor ou neurológico de membros inferiores. A tomografia contrastada de abdômen e pelve demonstrou presença de uma tumoração heterogênea com focos adiposos e calcificações, medindo 122mm no maior eixo no espaço retro-vesical, com boa drenagem ureteral bilateral e presença de linfonodo peri-aórtico de 10mm. Optado pela abordagem cirúrgica por acesso abdominal, encontrando-se tumor pré-sacral aderido firmemente ao promontório e às estruturas próximas, incluindo reto alto e bexiga, com intensa vascularização. Realizado ressecção da massa juntamente com segmento de reossigmoide, seguido de anastomose primária. Recebeu alta no 7º dia pós-operatório. O estudo de anatomia patológica evidenciou estrutura nodular de 380 gramas, dimensões de 12x10x6cm com pseudocápsula e perfil imuno-histoquímico consistente com Schwannoma anôncio. Manteve-se em acompanhamento ambulatorial, com queixa de ejaculação retrógrada e lombalgia leve.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores pré-sacrais neurogênicos correspondem a 10-15% dos tumores dessa região em adultos e, na maioria das vezes, são achados incidentais em exames de imagem como neste caso. Os Schwannomas são neoplasias benignas da bainha nervosa formados a partir das células de Schwann da bainha neural periférica, não infiltrativas, encapsuladas e benignas, geralmente gerando sintomas devido seu efeito de massa. Ocorrem principalmente em homens entre a segunda e quinta décadas da vida, com localização variada, mais comum na região da cabeça, pescoço e tendões flexores das extremidades, a pelve representa cerca de 1% destes tumores. A ressecção completa dessas lesões é o tratamento recomendado, podendo ser realizado em hospitais de nível secundário, e considerado curativo, sem necessidade de terapia adjuvante mesmo nas ressecções incompletas.</p>
<p style="text-align: center;">PO 718-3</p> <p>RETIRADA DE TERATOMA REINCIDENTE MASSIVO DE OVÁRIO – UM RELATO DE CASO</p> <p>Vinicius Castro Pilger, Maurício Castro Pilger, Raul Jablonski, Yasmin Cardenas Giordani Soares, Gustavo Lazaroto Swarowsky, Luiza Costa Silveira Martins, Luisa Pretto Favaretto, Cecília Mazzoleni Facchini</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O teratoma maduro de ovário, ou cisto dermóide, consiste em uma grande maioria dos casos de tumor de células germinativas de ovário. Corresponde a um tumor benigno, com características histológicas dos três folhetos embrionários; ectoderme, mesoderme e endoderme, com bom prognóstico na maioria dos casos. Relata-se o caso de retirada de massa tumoral reincidente, destacando-se a abordagem terapêutica ao tumor de tamanho pouco usual na literatura, em paciente oligossintomática com laparotomia prévia por tumor ovariano.</p> <p>RELATO DE CASO: C.M.B.O, feminina, 60 anos, consulta, em dezembro de 2018, queixando-se de desconforto vago e distensão abdominal nos últimos dois meses. Nega comorbidades. Ao exame físico, abdômen abaulado, distendido, presença de massa palpável extensa, indolor e móvel. Paciente em bom estado geral, conversativo e atento. Relata que, no ano de 2010, realizou cirurgia laparoscópica para retirada de teratoma maduro de ovário. Realizou acompanhamento para caso de recidiva durante três anos. Após a atual consulta, paciente foi encaminhada para realização de tomografia computadorizada, que evidenciou grande massa abdominal, de aproximadamente 27cm por 22cm, em suas maiores margens. Através da imagem, foi diagnosticado teratoma maduro de ovário, sendo então realizada cirurgia para remoção do tumor, através da seguinte técnica cirúrgica: incisão mediana por laparotomia, seguida por divulsão por planos. Identificada massa anexial volumosa de conteúdo misto, composto por áreas císticas e sólidas, além de tecido necrótico bem delimitado, sem invasão de tecido adjacente. Realizada secção e ligadura de trompa de falópio e ligamento suspensor do ovário, revisão da hemostasia e sutura por planos. Peça tumoral retirada inteira, pesando 11,7kg. Paciente evoluiu com bom pós-operatório, recebendo alta após três dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: No caso relatado, destaca-se a abordagem cirúrgica a um tumor com medidas e peso pouco encontrados na literatura, em paciente com idade avançada, além da evolução e recuperação em breve período de tempo da mesma. Casos de teratoma maduro de ovário são relativamente comuns em pacientes femininos, e a abordagem terapêutica cirúrgica permanece como opção efetiva de tratamento para esse tipo de tumor, na evidência de alta chance de cura e de complicações raras durante o transoperatório.</p>	<p style="text-align: center;">PO 719-1</p> <p>ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO APOS CORREÇÃO DE APENDICECTOMIA COMPLICADA</p> <p>Andrei Biliato Colmanetti, Camilla Rodrigues da Costa, Raissa Felipe dos Santos, Paula Cristina Santos Soares, Thalita Cândido Oliveira, Beatriz Silva Inácio, Cecília Salazar Ulácia, Carlos Alfredo Saici Queiroz</p> <p><i>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo (AAO) é caracterizado pela obstrução intestinal causada por obstáculos mecânicos ou funcionais que impedem a progressão normal do bolo fecal, correspondendo a cerca de 20% das causas de comprometimento agudo abdominal. As bridas, cicatrizes em forma de cordões ou membranas de tecido fibroso, formam aderências responsáveis por cerca de 60% das obstruções do intestino delgado, sendo que mais de 80% delas são decorrentes de cirurgias prévias.</p> <p>RELATO DE CASO: L.P.S.N., masculino, 36 anos, deu entrada no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com queixa de dor e distensão abdominal há 4 dias. Referiu também náuseas, vômitos fecalóides e hiporexia. Negou febre, alergias, comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica) e alterações nos demais aparelhos. Negou tabagismo e etilismo. Relatou, na ocasião, cirurgia prévia três anos antes (laparotomia infraumbilical mediana - LIM) para tratamento de apendicite complicada. Ao exame físico apresentou: bom estado geral, corado, anictérico e acianótico, pressão arterial 120x80mmHg, frequência cardíaca de 80bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos e bulhas normofonéticas, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória 16rpm, abdome globoso e distendido, doloroso à palpação profunda generalizada, sem sinais de irritação peritoneal. Como conduta foi iniciado tratamento clínico (dieta zero, passagem de sonda nasogástrica e realização de fleet durante 3 dias) por 48 horas, sem sucesso. No raio X de abdome, encontrou-se imagem compatível com pilha de moedas e níveis hidroaéreos, caracterizando padrão de obstrução de intestino delgado. A hipótese diagnóstica foi AAO, e portanto, realizada laparotomia exploradora, na qual foram identificadas bridas e acotovelamento de alças de íleo terminal. Realizou-se a lise das bridas e não houve intercorrências no procedimento (não se notou perfuração ou comprometimento isquêmico de alças).</p> <p>DISCUSSÃO: Na literatura, observa-se que atos cirúrgicos, principalmente os que penetram na cavidade abdominal e causam descontinuidade no peritônio, carregam um estímulo ao início da cascata metabólica que culmina nas aderências peritoneais (BASILIO, 2003). As causas comuns de um abdome agudo incluem obstrução, inflamação e infecção, como a apendicite (PATTERSON e DOMINIQUE, 2018). Em grande parte, as apresentações clássicas da apendicite evoluem bem e sem complicações, no entanto, o paciente apresentou uma apendicite complicada que evoluiu para uma LIM. Com isso, é possível inferir que a LIM realizada e as complicações da apendicite são fatores para o surgimento do AAO por bridas, uma vez que o manuseio dos órgãos durante a laparotomia pode induzir alterações na mucosa. Apesar disso, estão sendo desenvolvidas técnicas para prevenção do quadro, como barreiras físicas absorvíveis entre as alças ou uso de adjuvantes (CAMPOS, 2006).</p>

PO 720-1	PO 721-1
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR INTESSUSCEPÇÃO SECUNDÁRIA A POLIPIO GIGANTE</p> <p>Pedro Cavalcanti de Albuquerque, Thales Antonio Tenório Gonçalves, Mirella Gueiros Remigio, Thiago Guerra Seixas Barbosa, José Henrique Cardoso Ferreira da Costa, Thainá Muniz de Oliveira, Camilla Teixeira Machado Rocha</p> <p><i>FCM - UPE - Recife - Pernambuco – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Intussuscepção intestinal é uma invaginação do segmento proximal do intestino na luz da porção intestinal distal. Representa uma rara forma de obstrução intestinal em adultos, sendo responsável por cerca de 1 a 5% dos casos. Conseqüente a obstrução, a história natural da doença pode agravar, cursando com processo inflamatório e isquemia segmentar. Este relato de caso objetiva apresentar as implicações do pólipó adenomatoso gigante, em paciente jovem, como desencadeante de abdome obstrutivo, seu diagnóstico e sua resolutividade cirúrgica.</p> <p>RELATO DE CASO: E.K.S, de 24 anos, sexo feminino, que relatava história de dor abdominal, náuseas, vômito, diarreia e constipação há três meses, sendo atendida múltiplas vezes em serviço de emergência e médico ambulatorial. A radiografia apresentou achados de níveis hidroaéreos e distensão de segmentos de intestino delgado distal. A Tomografia Axial Computadorizada (TAC), realizada subsequentemente, evidenciou uma lesão em "alvo". Foi indicada abordagem cirúrgica por laparotomia eletiva. Realizou-se uma laparotomia mediana supraumbilical na qual indentificou-se uma intussuscepção ileoileal com aproximadamente 15cm, promovendo obstrução parcial do intestino delgado. O fator desencadeante da obstrução foi identificado como um pólipó com pedículo extenso com 15cm. Efetuada uma enterotomia com polipectomia por ligadura do pedículo na sua base e enterorrafia com fio de poliglecaprone 3-0. A análise anatomopatológica mostrou um adenoma tubular sem atipias caracterizando um pólipó adenomatoso com 3cm ligado por pedículo gigante de 15cm. Devido ao aspecto macroscópico de benignidade e ausência de isquemia intestinal optou-se pela polipectomia. A paciente recebeu alta no 3º dia de pós-operatório, após uma boa evolução.</p> <p>DISCUSSÃO: A história natural da obstrução intestinal cursa, em 51,2% dos pacientes, com sintomatologia crônica, como no presente caso. Dentre os sintomas da intussuscepção, destacam-se a dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, constipação e hemorragia digestiva, sintomas de obstrução intestinal subaguda e inespecífica, dificultando o diagnóstico precoce. Em cerca de 70 a 90% dos casos, a intussuscepção é provocada por causa pré-existente identificável, como pólipó adenomatoso intestinal, observado em E.K.S. Estes são neoplasias benignas da mucosa entérica com potencial de malignidade, processo que ocorre em cerca de 5% dos casos. Em E.K.S, a Tomografia Axial Computadorizada, exame goldstandard, evidenciou a lesão em "alvo", como um anel duplo hiperdenso concêntrico, típica da invaginação intestinal de delgado. Os achados radiográficos de níveis hidroaéreos e distensão de segmentos de intestino delgado distal são indicativos de obstrução intestinal. A execução da laparotomia exploradora é indispensável para identificar uma lesão orgânica, confirmando ou excluindo a possibilidade de malignidade. Devido ao aspecto macroscópico de benignidade e ausência de isquemia intestinal, E.K.S. não foi submetida à ressecção e sim à polipectomia</p>	<p>HEMORRAGIA DIGESTIVA OBSCURA: RELATO DE CASO</p> <p>caroline domingos pierazzo, Edson Antonacci Junior, Karina Nascimento Rezende, Daniela Arbache Paulino, Renata Almeida Chaeub Rodrigues, Rafaela Diniz Perpétuo, Larissa Viana Valadares, Henrique Takeshi Pinto Emi</p> <p><i>Centro universitário de patos de minas - patos de minas - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hemorragia digestiva possui diversas formas de apresentação, de acordo com o local e a intensidade da perda sanguínea. As hemorragias decorrentes de lesões próximas ao ligamento de Treitz são hemorragias digestivas altas, enquanto as que ocorrem distalmente a esse ligamento são as hemorragias digestivas baixas. O diagnóstico habitualmente é realizado através da endoscopia digestiva alta (EDA) e/ou colonoscopia. Tem-se também a hemorragia digestiva obscura, responsável aproximadamente por 5% dos casos de hemorragia digestiva, destes, 90% com origem no intestino delgado. Além disso, esta tem elevada morbimortalidade, sendo notória a importância deste estudo.</p> <p>RELATO DE CASO: A.V.M., masculino, 51 anos. Admitido no Hospital em Patos de Minas em 08/04/2018, referindo hematocúezia há um dia. Nega comorbidades, uso de medicações, cirurgias prévias, tabagismo e etilismo. Ao exame físico, apresentava-se hipocorado. Exame abdominal sem alterações. Toque retal com presença de sangue escuro e coágulos na ampola retal. Os exames laboratoriais demonstraram anemia. A EDA demonstrou uma gastrite erosiva elevada de antro, sem sinais de sangramento. A colonoscopia demonstrou sangue em todo o trajeto até o íleo terminal, sem lesão sangrante, sugestivo de hemorragia proveniente de intestino delgado. Foi solicitado arteriografia seletiva. O paciente evoluiu apresentando diversos episódios de enterorragia, hipotensão refratária à reposição volêmica. Foram realizadas transfusões maciças de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado e devido à instabilidade foi feito a abordagem cirúrgica emergencial. Em 14/04/2018, foi realizada uma laparotomia exploradora, a qual evidenciou moderada quantidade de líquido ascítico livre na cavidade e presença de uma lesão nodular, hemorrágica, íntegra, em transição jejunoileal, a 70 cm do ângulo de Treitz. Foi realizada a ligadura do mesentério do segmento da lesão, enterectomia segmentar, fechamento da brecha de mesentério. A biópsia mostrou GIST comprometendo a transição jejunoileal.</p> <p>DISCUSSÃO: Assim, evidenciamos uma hemorragia digestiva obscura, que é definida como aquela persistente ou recorrente, não visualizada nos exames de EDA e colonoscopia. As etiologias mais frequentes desse tipo de hemorragia são as angiodisplasias, neoplasias de intestino delgado, lesões de Cameron e lesões de Dieulafoy. Clinicamente, o sangramento pode manifestar-se de forma oculta, podendo ser detectada apenas por testes químicos nas fezes, ou de forma visível como melena e/ou hematocúezia. Ambas as formas cursam com anemia ferropriva grave, tornando-se necessárias diversas hemotransfusões maciças e repetidas internações hospitalares. O diagnóstico é desafiador para toda a equipe médica. Os outros exames convencionais possuem baixo rendimento diagnóstico. Dessa forma, o uso de métodos mais recentes, como a videocapsula endoscópica, podem ser úteis para detectar de forma precoce as lesões passíveis de tratamento, o qual é individualizado e depende de sua etiologia.</p>

PO 722-1	PO 722-2
<p>ADENOCARCINOMA DE DUODENO ASSOCIADO A DOENÇA METASTÁTICA: RELATO DE CASO</p> <p>Rommel de Souza Carneiro, Sami Jabbour, Júnio Galileu da Silva, Gabriel Silva Rodrigues de Oliveira, Cecília Silva Rotella, Jyeon Muchon</p> <p><i>Hospital Universitário Alzira Velano - Alfenas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O intestino delgado corresponde a 75% do comprimento do trato digestivo. Contudo, as neoplasias são incomuns neste sítio, representando apenas 5% dos casos de tumores do Trato Gastrointestinal. Os tumores do delgado acometem mais comumente o duodeno, seguido pelo jejuno e íleo. Com sintomas inespecíficos, pode variar de náuseas até obstrução intestinal completa. O emprego de exames de imagem como métodos diagnósticos é oportuno por não haver quadro clínico característico. A ressecção cirúrgica é a base para o tratamento destes tumores. O presente relato descreve um paciente atendido no Hospital Alzira Velano Alfenas-MG com quadro de epigastralgia, plenitude pós-prandial e emagrecimento há cerca de 3 meses. Durante investigação, diagnosticado Adenocarcinoma em região duodenal.</p> <p>RELATO DE CASO: GBSF, 64 anos, masculino, com quadro de dor e plenitude pós-prandial, pirose, anorexia e perda ponderal de 12 quilogramas há 3 meses. Paciente procurou atendimento médico sendo solicitada Endoscopia Digestiva Alta que, não foi investigada primeira porção duodenal. A princípio, os exames não indicaram nenhuma alteração importante. No último mês, após agravamento dos sintomas, foi indicada a realização de Tomografia de Abdome com Contraste Endovenoso, que evidenciou uma massa em região duodenal, com imagens sugestivas de lesão secundária em fígado e suprarenal direita. Foi realizada nova Endoscopia Digestiva Alta com biópsia da lesão, confirmando Adenocarcinoma de Duodeno. Paciente foi submetido a Laparotomia Exploradora, evidenciando nodulações hepáticas, optando-se pelo tratamento paliativo. Realizado desvio de trânsito intestinal, com gastroenteroanastomose. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar uma semana após o procedimento, seguindo acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias malignas do intestino delgado, são conhecidas por sua raridade, variabilidade de sintomas e diagnóstico difícil por ser de apresentação tardia. Mais de 90% dos tumores de delgado ocorrem em pessoas acima de 40 anos e acometimento maior no sexo masculino. Os sintomas são bastante inespecíficos. No caso em destaque, o paciente manifestava perda de peso expressiva, epigastralgia e sintomas constitucionais. Muitas são as modalidades de investigação de tumores do intestino delgado, entretanto, apenas 50% dos tumores de delgado têm seu diagnóstico estabelecido ainda no pré-operatório. A endoscopia digestiva alta identifica apenas cerca de 93% dos tumores de duodeno. A tomografia computadorizada não visualiza lesões em 43% dos casos. No caso citado, foi utilizada a Tomografia Computadorizada para diagnóstico, e posteriormente, viu-se a necessidade de solicitar nova EDA com biópsia da lesão na segunda porção do duodeno. Os melhores resultados de sobrevida são observados nos pacientes encaminhados para a cirurgia. A quimioterapia não tem mostrado aumento significativo na sobrevida de doentes, exceto quando há doença metastática.</p>	<p>HISTOPLASMOSE TESTICULAR: RELATO DE CASO</p> <p>Juliana Machado Avila, Fernanda Tavares Amaral Mello, Oscar Rubini Avila, Vitor Tavares Amaral Mello, Tatiana Veri de Arruda Mattos, Yuri Maluly Guglielmi</p> <p><i>Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Histoplasmose é uma micose granulomatosa sistêmica, causada pelo <i>Histoplasma capsulatum</i>, um fungo dimórfico com predileção pelo pulmão e órgãos do sistema imunológico. É adquirida através da inalação de esporos dos conídios, presentes geralmente em solo rico em excrementos de aves e morcegos. Inicialmente se inala pelas vias aéreas causando infecção, podendo se disseminar para todo o organismo. A infecção disseminada ocorre predominantemente em pacientes imunocomprometidos, devido ao fungo ter um hábito oportunístico. As manifestações clínicas são tipicamente pulmonares, já a forma disseminada da doença raramente envolve o trato geniturinário, sendo a histoplasmose testicular uma doença urológica extremamente rara.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35, com diagnóstico de tumor de testículo direito. Relata dor há 5 meses, febre há 3 dias, bolsa testicular hipertrofica de consistência endurecida, presença de duas lesões ulcerosas em região escrotal direita e encontra-se em tratamento para tuberculose. Apresentou há 2 meses abscesso no escroto direito, que resultou em ulceração e perfuração, no qual foi realizado drenagem, mas não houve cicatrização, constando presença de secreção hialina contínua, dor à palpação em região inguinal direita, edema ++/++++ e eritema local. Foi submetido a orquiectomia direita, realizado diante de tomografia de abdome e pelve com lesão expansiva de contornos lobulares e limites mal definidos, comprometendo o testículo D, medindo cerca de 5,8 cm no seu maior eixo transversal. Realizou-se nesta internação biópsia de testículo e solicitou o exame anatomopatológico, o qual constou processo inflamatório crônico granulomatoso, com extensas áreas de necrose em testículo, associado a estruturas fúngicas com caracteres de <i>Histoplasma capsulatum</i>.</p> <p>DISCUSSÃO: Geralmente indivíduos infectados pelo <i>Histoplasma capsulatum</i> apresentam-se assintomáticos ou com sintomatologia leve (GARCIA et al., 2017). As manifestações clínicas mais frequentes estão relacionadas ao comprometimento pulmonar (AMATO et al., 2002). Na forma disseminada, os sintomas surgem após infecção ou fica em período de latência até queda de imunidade do hospedeiro. Quando há comprometimento do trato geniturinário comumente o paciente não apresenta sintomatologia, entretanto há estudos publicados sobre casos raros de histoplasmose sintomática no testículo e epidídimo, como observado no caso aqui relatado (GARCIA et al., 2017). Embora a disseminação e o comprometimento geniturinário sejam raros, se tornam mais frequentes em indivíduos imunocomprometidos, como HIV positivo (LING et al., 2018) ou em casos de fatores de risco específicos, como imunossupressão, corticoterapia, diabetes, cirrose, neoplasia, alcoolismo e desnutrição (GARCIA et al., 2017). Por esse motivo a hipótese de histoplasmose testicular deve sempre ser aventada em casos complexos e de difícil diagnóstico, onde os critérios de diferenciação para tumor de testículo não estão bem alicerçados.</p>

PO 722-3	PO 723-1
<p>RELATO DE CASO DE CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS COM DEGENERAÇÃO SARCOMATOIDE SECUNDARIO A QUEIMADURA DE UM FERIMENTO POR ARMA DE FOGO</p> <p>RAMIRO ROLIM NETO, IVENS FILIZOLA SOARES MACHADO, GEORGE LUCAS VIEIRA FLORENCIO, LUCYANO ROCHA DA SILVA FERRAZ, BÁRBARA DE OLIVEIRA BRITO SIEBRA, ÉRICA VALENTIM RIBEIRO</p> <p><i>Instituto Dr José Frota - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Relatar um caso de carcinoma de células escamosas com degeneração sarcomatoide secundário a queimadura de um ferimento por arma de fogo (FAF) e a importância do acompanhamento dessas lesões que possuem potencial para degeneração neoplásica e que são cada vez mais prevalentes nas hospitais de trauma.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 58 anos, com história prévia de FAF no abdome há 18 anos, admitido no Instituto Dr. José Frota (IJF) em dezembro de 2017 com queixa de surgimento de lesão exofítica com áreas de necrose associada em local de cicatriz operatória e queimadura, secundária a perfuração pelo projétil. Após estadiamento tomográfico, foi proposto tratamento cirúrgico para ressecção de tumor da parede abdominal em bloco, com necessidade de duas enterectomias, por contato com a lesão, seguidas de duas anastomoses entéricas término-terminais. Os resultados dos estudos histopatológico e imuno-histoquímico apontaram carcinoma de células escamosas com diferenciação sarcomatoide cutânea, com estadiamento patológico pT3pN0.</p> <p>DISCUSSÃO: As úlceras de Marjolin têm sido descritas em vários tipos de lesões, como úlceras de pressão, tecidos irradiados, úlceras diabéticas e outras menos comuns. Porém, é, na maioria das vezes, descrita como uma transformação neoplásica de cicatriz de queimadura. A maioria dos casos descritos refere-se a carcinoma espinocelular, porém, outros tipos de transformações malignas também podem ser vistas, apesar de raras, tais como carcinoma basocelular, melanoma, adenocarcinoma e sarcoma. A transformação maligna dessas lesões tende a ser lenta, revisão recente da literatura identificou um período de latência variando de 6 a 42 anos. O tratamento consiste em ressecção ampla da lesão com margem cirúrgica de pelo menos 2 cm e cobertura do defeito resultante com enxerto de pele ou retalhos. A úlcera de Marjolin é uma complicação prevenível, secundária a lesões cronicamente inflamadas, em sua maioria relacionada a queimaduras antigas, cujo mecanismo fisiopatológico ainda é pouco conhecido. Ênfase deve ser dada na prevenção dessas lesões por meio do tratamento adequado das queimaduras agudas com cobertura definitiva com enxertos, prevenindo cronicidade do processo inflamatório cicatricial; além de vigilância dos pacientes que tiveram uma cicatrização das queimaduras por segunda intenção ou que possuam cicatrizes que ulceram facilmente.</p>	<p>MELANOMA METASTATICO PARA INTESTINO DELGADO -- RELATO DE CASO</p> <p>Marcela Dadamos Ferro, Pamela Cristina Bellaz do Amaral Campos Silva, Claudia Nishida Hasimoto, Fernando Da Silva Zambonini, Daniel Mendes Shiroma, Filipe Ferrao Costa, Rafael Cypriani, Paulo Eduardo Lucisano Bin</p> <p><i>FMB - Unesp - Botucatu - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O melanoma maligno (MM) frequentemente se dissemina para o trato gastrointestinal (TGI) e o intestino delgado é a localização mais comum. Os sinais e sintomas podem variar, desde assintomática, dor vaga e perda ponderal até sintomas de um abdome agudo, sendo a apresentação grave atípica. Assim, a contribuição de experiências se faz necessária para o manejo adequado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 76 anos, com história de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há 1 mês, associada a vômitos, diarreia e fezes escurecidas. Ao exame físico encontrava-se hipocorado, emagrecido, abdome flácido, indolor, com massa endurecida e aderida a planos profundos em FIE. Nos exames complementares evidenciada anemia hipocrômica microcítica, TC de abdome com formação expansiva em FIE com limites mal definidos e espessamento focal parietal de alças intestinais com realce ao contraste, medindo 8,2 x 6,0cm e com borramento da gordura adjacente; linfonodos peritoneais adjacentes aumentados em número e tamanho. Evoluiu com piora clínica sendo submetido a laparotomia exploradora de emergência. No intra-operatório evidenciado lesão expansiva em delgado, a 90 cm do ângulo de Treitz, com pequeno ponto de perfuração. Realizada enterectomia segmentar com entero-entero anastomose. Necessitou de duas reabordagens por evisceração total (5º e 9º PO de enterectomia) sendo na última, realizada sutura de perfuração jejunal e peritoniotomia. No 24º PO de enterectomia necessitou de nova reabordagem para síntese da parede com prótese. O anatomopatológico evidenciou MM necrótico, invadindo parede ileal e mesentério. A pesquisa pelo sítio primário evidenciou mácula em dorso de 10 cm de diâmetro, bordas irregulares e coloração variada. Após estadiamento confirmado MM estadiado IV com acometimento de SNC, rim esquerdo e TGI. Avaliado pela Oncologia Clínica que considerou uma neoplasia de pouca resposta à QT e performance limitrofe, sendo optado por RT paliativa de SNC e Cuidados Paliativos.</p> <p>DISCUSSÃO: Em comparação com outras neoplasias o melanoma possui maior tendência à disseminação e acomete, também, sítios incomuns, como TGI. Metástases de melanoma para o TGI estão presentes em mais de 25% dos pacientes na autópsia, mas em apenas 1-4% possuiu diagnóstico prévio. Apresenta-se frequentemente assintomático. Quando sintomático, pode apresentar dor abdominal crônica, sangramento oculto ou grave e perda ponderal. Atipicamente manifesta-se como quadro de emergência devido à obstrução, intussuscepções e, raramente, perfuração intestinal. Mesmo quando ressecado parcialmente, é associado a melhor sobrevida. O quadro relatado mostra-se compatível com os achados na literatura e os estudos para produção evidenciam como a inespecificidade dos sintomas na admissão pode atrasar o diagnóstico. A baixa incidência dos casos que evoluem para emergências cirúrgicas torna necessário o compartilhamento das evoluções e condutas para melhor domínio do cirurgião acerca do manejo da doença.</p>
<p>PO 723-2</p> <p>ECTOPIA RENAL CRUZADA SEM FUSAO: RELATO DE CASO</p> <p>Tácito Diego Bresolin, Bruno Romero Guimarães Pereira, Douglas Jun Kamei, Ricardo Ehler, João Carlos Schneider Michelotto, Christiano Machado</p> <p><i>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba - HSCMC - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ectopia renal cruzada (ERC) foi descrita por Pannorlus, em 1654. A ERC com fusão possui incidência de 1 para cada 7.500 autópsias, e representa 90% dos casos, já a forma sem fusão é observada em 1 para cada 75.000 autópsias (1). A ERC é mais frequente em homens (H/M 1,4/1,0) e 2 a 3 vezes mais comum no lado direito (2). A maioria dos casos são assintomáticos e os casos diagnosticados incidentalmente (1). Neste relato é descrito um caso com achado em exame de imagem de rim esquerdo ectópico à direita.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 58 anos, veio ao pronto-atendimento por queixa de dor tipo cólica à direita de forte intensidade, início súbito e sem irradiação. Não havia relato de febre ou disúria associados, assim como, histórico de nefrolitíase. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral e sem sinal de Giordano presente. Considerando-se o quadro clínico, incluindo a possibilidade de ureterolitíase, optou-se pela realização de exame de imagem. Em tomografia, observou-se a disposição de ambos os rins à direita, um em hipocôndrio e outro em flanco, sem fusão entre os órgãos. Não havia dilatação pielocalical, nem litíase. O rim em hipocôndrio possuía ureter desembocando em óstio vesical direito, já o rim em flanco apresentava implante ureteral em óstio vesical esquerdo. O rim ectópico possuía pelve e ureter em posição posterior e artéria renal emergindo próximo à bifurcação da aorta com as artérias ilíacas.</p> <p>DISCUSSÃO: O rim ectópico é uma anomalia incomum originada por falta de migração do rim até sua posição definitiva e da ausência de rotação látero-medial durante a fase embrionária. Os mecanismos etiológicos não são conhecidos. O rim ectópico tem formato discoide, na maioria, com pelve e ureter anteriorizados. Em relação ao normal o ureter tem menor comprimento e a artéria renal surge inferiormente à aorta em relação ao usual (3). A ectopia renal unilateral é mais comum, sendo mais frequente no rim esquerdo. Pode-se dividir em simples, quando os rins se encontram no lado normal, ou cruzada, quando migra para o lado oposto e o ureter cruza a linha média antes de se implantar na bexiga. A ERC pode ser com ou sem fusão, ou bilateral. Clinicamente, pode ser detectada durante o manejo de infecção do trato urinário (ITU) ou de dor abdominal. Em 20 a 30% dos casos são diagnósticos incidentais. Nos demais, sintomas como disúria, ITU, dor abdominal e hematúria são relatados (6). Os rins ectópicos estão sujeitos a trauma e podem se apresentar como massa abdominal ou pélvica palpável. Alteração da drenagem urinária aumenta a incidência de cálculos renais. Hidronefrose, refluxo vesico-ureteral, tumores e nefrolitíase são condições urológicas associadas à ERC (7). Exames de imagem são utilizados no diagnóstico da ERC. A ultrassonografia abdominal é o método preferível (8). A ERC pode estar associada a outras patologias como mielomeningocele ou anomalias genitais (9). O tratamento e manejo é individualizado e feito a partir das condições clínicas e anatômicas do paciente (3).</p>	<p>PO 723-3</p> <p>LINFADENECTOMIA INGUINAL E ILIACO-OBTURATORIA POR METASTASES LINFONODAIS DE MELANOMA POR VIA LAPAROSCOPICA</p> <p><i>HC FMUSP - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O objetivo deste poster é discutir a técnica minimamente invasiva de linfadenectomia inguinal e ilíaco-obturatória, especialmente pela raridade da técnica na região inguinal, mais comumente realizada por via convencional - inguinitomia aberta. Os aspectos técnicos, fotos das incisões, da peça cirúrgica, e da evolução pós-operatória estarão presentes no poster para discussão da via de acesso nestas cirurgias.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, de 54 anos com diagnóstico de melanoma maligno em coxa esquerda. Realizada biópsia em serviço externo, com Breslow de 7,8mm, e, à nossa avaliação e estadiamento inicial, já apresentava linfonodomegalia inguinal clinicamente ao exame físico. Exames de imagem confirmaram metástases linfonodais inguinal e ilíaco-obturatória, sem demais sítios de doença no PET-CT. Foi submetida então à linfadenectomia inguinal e ilíaco-obturatória, ambos sítios por via laparoscópica, sem intercorrências. Não apresentou complicações precoces ou tardias, e vem em seguimento oncológico desde novembro de 2018.</p> <p>DISCUSSÃO: A realização de cirurgia minimamente invasiva já está bem estabelecida na prática clínica oncológica em diversas patologias, porém linfadenectomias inguinais ainda são pouco usuais de serem realizadas nesta técnica. Devido à grande morbidade da linfadenectomia convencional, especialmente a infecção de sítio cirúrgico, a técnica laparoscópica mostra-se como vantajosa e segura.</p>

PO 724-1	PO 724-2
<p>RUPTURA DE INTESTINO DELGADO CAUSADA POR UMA RARA MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO POR SCHISTOSOMA MANSONI</p> <p>Marcio Yuri de Souza Ferreira, Marcelo Paulo Serafini Golçalves, Jose Roberto Melchiori Bucco, Marcio Jose Cardoso do Amaral, Edivalde Ribeiro Prado Junior, Natássia Cristina Carboni Truzzi</p> <p><i>Uninove - Guarulhos - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>granulomas e/ou áreas calcificadas nos locais onde foram depositados ovos de Schistosoma spp., Edmund et al em 2016 descrevem uma perfuração de ceco em Gana, Cadwallader et al descrevem em 2011 uma perfuração de colon sigmoide em um paciente HIV positivo na África do Sul, Camuset et al descrevem em 2009 uma perfuração retal na França de um paciente de Camarões, os três casos relacionados com S. haematobium. Xiang et al em 2014 descrevem perfuração na área de junção jejuno-ileo (250 cm distante do ângulo de Treitz) relacionada com S. Japonicum na China. Mazigo et al descrevem em 2010 uma perfuração de apêndice relacionada com S. mansoni na Tanzânia. Atik et al descrevem em 1998 o único caso descrito de perfuração intestinal relacionada com S. mansoni no Brasil, em porção de colon sigmoide.</p> <p>RELATO DE CASO: Um homem de 67 anos foi admitido no Hospital Geral de Itapeperica da Serra com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) com início na madrugada anterior, dor em pontada. Paciente negou apresentar náusea ou vômitos, febre, disúria e alterações no hábito intestinal. História hospitalar prévia (HPP): HAS (hipertensão arterial sistêmica) e nega alergias medicamentosas. Foi submetido à exames laboratoriais: Urina 1 sem alterações, PCR 81, AMI 4, CR 0,9, K 5,4, Na 137, UR 58, HB 15,9, HT 44,3, LEUC 20,4, 1%, Bastonetes, Plaquetas 243.000. Foi submetido à tomografia computadorizada de abdômen que demonstrou espessamento focal circunferencial de segmento de alça intestinal com morfologia de delgado na topografia do flanco esquerdo/FIE, determinando redução na luz e distensão das alças intestinais à montante, assim como leve densificação dos planos adiposos adjacentes, inferindo a hipótese de processo inflamatório/aderências. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora, encontrou-se perfuração em segmento de delgado distante 80 cm do ângulo de Treitz, drenando secreção entérica. Foi realizado enterectomia segmentar em porção aproximada de 20 cm de alça que compreendia a área entre 70 a 90 cm do ângulo de Treitz com grameador linear, seguida de anastomose primária à Barcelona utilizando grameador linear, porção retirada foi enviada para anátomo patológico. Exame macroscópico do produto da enterectomia revelou externamente perfuração medindo 1,8 cm, com bordas irregulares e hemorrágicas. Aberto, a mucosa tem aspecto congesto, observando-se na luz coágulos sanguíneos. O Exame microscópico revelou processo inflamatório granulomatoso ulcerado e perfurado com intensa eosinofilia com presença de raras estruturas calcificadas com presenças de ovos de Schistosoma mansoni.</p> <p>DISCUSSÃO: Os autores acreditam que esse seja o primeiro caso de ruptura de jejuno causado por esquistossomose no Brasil a ser relatado na literatura.</p>	<p>TERAPEUTICA CONSERVADORA EM LESAO DE BEXIGA INTRAPERITONEAL: RELATO DE CASO</p> <p>ANTONIO BIZERRA WANDERLEY NETO, JÚLIA MEDEIROS MARTINS, THOMAS DI NARDI MEDEIROS, REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE, SÉRGIO TADEU DE SOUZA COSTA FILHO, MATHEUS AURÉLIO MEDEIROS DE SOUSA TORRES, FRANCSICO DE ASSIS FERNANDES TAVARES, RODRIGO CÉSAR LIMA DE OLIVEIRA</p> <p><i>EMCM/UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões de bexiga traumáticas são infrequentes, resultando de traumas fechados, penetrantes ou causas iatrogênicas. Na maioria das vezes, são consequentes aos traumas contusos e caracterizam-se pela dor suprapúbica, dificuldade de micção e hematuria. Essas lesões classificam-se em extraperitoneal (60%) ou intraperitoneal. Em geral, a lesão intraperitoneal tem manejo cirúrgico, porém condutas recentes sugerem práticas conservadoras. Objetiva-se discutir através do caso o manejo conservador em vítima de lesão vesical intraperitoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 39 anos, masculino, alcoólatra, procurou a urgência apresentando dor abdominal difusa, vômitos pós-prandiais e constipação intestinal há 3 dias. Relata ter sido vítima de agressão há 4 dias, quando foi atendido em outro nosocômio e colocada a Sonda Vesical de Demora (SVD); ao ser retirada, observou-se aumento do volume abdominal. Ao exame físico do segundo atendimento: estado geral regular, fácies de dor, desidratado (2+/4+), afebril e anictérico. Ausculta cardiopulmonares sem alterações. Abdome globoso, doloroso, maciço à percussão, depressível. Sinal de Piparote positivo, além de descontração brusca, Murphy e Giordano negativos. Desconhece comorbidades ou alergias. A ultrassonografia de abdome total evidencia fígado com alteração textural, compatível com hepatopatia crônica associada a ascite acentuada. Exames laboratoriais: creatinina (6,7mg/dl), ureia(244,37mg/dl), proteína C reativa(37,75mg/l),proteínas totais (0,4g/dl). Função hepática e hemograma inalterados. Na tomografia computadorizada sem contraste de abdome e pelve foi identificado volumoso líquido livre em cavidade abdominal, associado a focos de retração da cápsula hepática e edema em parede abdominal esquerda sugestiva de contusão. Após paracentese (1300 mL), o líquido ascítico apresentava 1840 leucócitos/mm³, 4000 hemácias/mm³ e conteúdo com aspecto de urina (Ur 241/Cr 29), concluindo ascite urinária. O parecer da nefrologia indica insuficiência renal aguda (IRA) pós-renal, por provável lesão do trato urinário, sendo solicitada cistografia miccional (CM), prescrito hidratação venosa vigorosa e SVD. Paciente evoluiu com melhora clínico laboratorial após tratamento conservador, não sendo evidenciado escape de urina à CM.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso é sugestivo de lesão vesical associada a IRA. No entanto, o paciente apresentava "auto-diálise reversa" da membrana peritoneal, justificando aumento sérico de escórias urinárias. Tradicionalmente, reparo cirúrgico em lesões intraperitoneais é utilizado e deve ser preferido em paciente sépticos, roturas recidivantes ou intolerantes ao cateter vesical. Entretanto, abordagem conservadora no tratamento de pequenas rupturas intraperitoneais deve ser considerada, se essas condições são encontradas: ausência de sinais de seps, profilaxia antibiótica e drenagem urinária por SVD durante 2 semanas até que ocorra oclusão da perfuração. É fundamental observar a evolução dos pacientes com CM.</p>
<p>PO 724-3</p> <p>Transformação Nodular Angiomatóide Esclerosante do Baço: relato de caso e revisão da literatura</p> <p>Michele Medeiros Demutti, Thiago Boechat Abreu, Roberto Castanheddes Esteves, Lia Roque Assumpção, Ramon Gautiere Carneiro Souza, Daniel Peralba Coelho, Guilherme Alexandre Galindo Heidenfelder</p> <p><i>HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Transformação Nodular Angiomatóide Esclerosante do Baço (sigla em inglês - SANT) é uma patologia benigna vascular e rara, descrita pela primeira vez em 2004, com menos de 200 relatos na literatura, entretanto por ser uma patologia com descrição recente, sua incidência permanece incerta. A maioria dos SANT são assintomáticos e sua apresentação decorre de um achado acidental em exames de rotina ou de investigação de outras patologias; os casos sintomáticos manifestam-se por dor abdominal decorrente da esplenomegalia. O diagnóstico pré operatório para distinção de patologias malignas não é fácil, uma vez que métodos para obter amostra para análise histopatológica são dotados de risco, como sangramento em punções percutâneas, e portanto, a abordagem laparoscópica para esplenectomia tem sido o diagnóstico e tratamento considerado padrão para esta patologia. Este trabalho objetiva-se a relatar um caso de SANT sugerido por exames de imagens pré operatórios e confirmado após esplenectomia laparoscópica e realizar uma breve revisão literária.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 39 anos, apresentou-se ao Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central do Exército com queixa de dor, de intensidade leve em hipocôndrio direito e constipação crônica. Durante investigação prévia foi submetido à tomografia que evidenciou formação expansiva no baço, isodensa ao parênquima, hipocaptante ao meio de contraste, contendo calcificações grosseiras de permeio, mensurada em 8,8 cm em seu maior eixo, de aspecto inespecífico. Optamos por acompanhamento radiológico e prosseguir investigação de dor abdominal, tendo obtido colonoscopia sugestiva de ileíte inespecífica. Ressonância Magnética de Abdome evidenciou formação esplênica expansiva lobulada com sinal hipointenso em T2 e isoíntenso em T1, com limites bem definidos, medindo 7,8 x 6,6 x 6,4 cm, de aspecto inespecífico ao estudo portem descrita como provável transformação nodular angiomatóide esclerosante. Após discussão com o paciente, optou-se pela realização da esplenectomia laparoscópica. Paciente submetido ao procedimento cirúrgico sem intercorrências e com boa recuperação. À análise macroscópica do baço o mesmo pesava 280 gramas (13 x 9x 5,5 cm), apresentando superfície de corte acastanhada com áreas esbranquiçadas de limites irregulares, a maior com focos de calcificação medindo 2,3 x 2,1 cm. À microscopia: áreas de parênquima preservado e áreas nodulares fundidas com neoformação de vasos de padrão capilar nas regiões centrais com endotélio típico; na periferia misto de fibrose, esclerose, focos de calcificação, celular inflamatórias e focos de hemosiderose; ausência de sinais de malignidade. Para complementação patológica realizou-se imunohistoquímica cujo conjunto de achados foram consistentes com SANT.</p> <p>DISCUSSÃO: Por ser uma patologia rara e recentemente descrita, deve ter seu diagnóstico diferenciado entre as demais lesões vasculares, e deve ser discutido o benefício cirúrgico de sua abordagem, sendo a laparoscopia o método de escolha.</p>	<p>PO 725-1</p> <p>DIVERTICULITE AGUDA DE JEJUNO</p> <p>GABRIEL AMORIM BRITO, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, DÉBORA AMORIM BRITO, RÔMULO MENDES SILVA, LUCAS CORREIA ARCANJO, BRUNA MAIA AMORIM, PEDRO ANTÔNIO RODRIGUES SOUZA, ENIO CHAVES OLIVEIRA</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A diverticulose intestinal é mais comum no intestino grosso, mas pode estar presente em qualquer região do trato gastrointestinal. Divertículos localizados em intestino delgado são raros e, em geral, são encontrados acidentalmente. Divertículos jejunais são os mais raros do intestino delgado (18%) e ocorrem após a quinta década de vida com um pico de incidência entre os 60 e 70 anos. A principal complicação é a diverticulite jejunal cuja incidência varia de 2 a 6%, sendo muito mais comum nos divertículos colônicos.</p> <p>RELATO DE CASO: MRG, 84 anos, feminino, deu entrada no Hospital de Urgências de Goiânia com dor abdominal difusa com 5 dias de evolução, náuseas, vômitos e febre. Realizada tomografia computadorizada de abdome mostrando múltiplos divertículos colônicos, moderado pneumoperitônio, volumosa quantidade de líquido livre na cavidade e distensão de alças de delgado sem pontos de obstrução. Indicada laparotomia exploradora, que evidenciou diverticulite aguda perfurada de jejuno a 40cm do Ângulo de Treitz com múltiplos divertículos em todo delgado e peritonite difusa, sem outros achados relevantes. Foi optado por enterectomia segmentar com enteroanastomose. Após o procedimento, a paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial no serviço.</p> <p>DISCUSSÃO: Divertículos jejunais são desordens raras descritas pela primeira vez por Baillie e Sommering em 1794. Sua incidência em autópsias varia entre 0,2 a 1,3% e são encontrados, segundo Liu et al., predominantemente em indivíduos do sexo masculino com idade média de 62,6 anos. São formados pela herniação da camada mucosa e submucosa da parede do intestino delgado como consequência de uma discinesia intestinal proveniente do plexo mioentérico o que gera incoerências na musculatura lisa levando a um aumento de pressão em determinadas áreas. Causas como cirurgia prévia e enterolitos também estão descritas. O jejuno proximal é mais comumente comprometido em relação à sua porção distal e o íleo, devido ao diâmetro aumentado de seus vasos sanguíneos. Esses divertículos são frequentemente numerosos e localizados ao longo da borda mesentérica. Usualmente são assintomáticos sendo um achado acidental em estudos de imagem. As manifestações clínicas incluem dor abdominal, mudança do hábito intestinal e má absorção. Em caso de complicação para diverticulite, pode surgir dor abdominal, sensibilidade local aumentada e sinais de inflamação sistêmica. Irritação peritoneal pode estar presente em metade dos pacientes. Perfuração intestinal, abscesso, fístula e sangramento intestinal compõem as possíveis complicações da diverticulite jejunal. Como visto, a diverticulite jejunal possui muitos aspectos que se sobrepõem a outras entidades causadoras de abdome agudo. Devido à sua raridade, dificilmente entra como diagnóstico diferencial dessas condições sendo muitas vezes diagnosticada apenas cirurgicamente ou em manifestações tardias decorrentes de alguma complicação.</p>

PO 725-2	PO 725-3
<p>CANCER DE PENIS - REALIDADE BRASILEIRA</p> <p>Camila Temporim Alencar, Anyelle Amaro de Sousa, Rony Mafra Lima, BARBARA STEPHANE De Medeiros Jerônimo, Paula de Souza Pereira, Mariana Magalhães Rodrigues dos Santos, Micael Cruz Santana, Marine Gontijo Freitas</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pênis tem incidência aumentada em países em desenvolvimento se comparado a países desenvolvidos (0,4% contra 10 a 20% das neoplasias malignas em homens). No Brasil representa 2% de todos os tipos de câncer em homens, sendo mais frequente na região norte e nordeste. Em 2013 foi responsável por 396 mortes no Brasil. Os fatores de risco para tal neoplasia são: fimose, tabagismo, DST, e baixo nível sócio-econômico. Em geral, o pico de incidência é em torno de 50 anos e os pacientes apresentam baixa escolaridade, má instrução e má higiene íntima. O tratamento depende da extensão local e acometimento de linfonodos regionais.</p> <p>RELATO DE CASO: GDS, 73 anos, apresentou lesão vegetante extensa, de odor fétido, com áreas ulceradas e sangrante, com sinais de infecção, em todo corpo do pênis, de evolução de aproximadamente 10 meses. Associado a espessamento de cadeia linfonodal inguinal bilateral. Recebido na enfermaria da UCG-HRT, após 3 dias de internação foi submetido a penectomia total + orquiectomia bilateral (emasculação). Técnica cirúrgica realizada: posição de litotomia. Realizado antissepsia e assepsia seguido de incisão peniana circuncrita com liberação por planos até base peniana. Realizado ligadura de veias penianas superficiais, veia dorsal peniana, liberação e ligadura dos corpos membranosos. Realizado liberação da uretra com sondagem vesical e rafia de lesão em corpo esponjoso (Figura 4). Realizado orquiectomia bilateral por endurecimento testicular. Peças encaminhadas ao anatomopatológico. Realizado implantação da uretra em base de incisão mediana, aproximação de planos e colocação de dreno em sítio cirúrgico. Realizado abertura da uretra mediosuperiormente com espaçamento de óstio uretral. Por fim, realizado síntese da pele. No 2 dia pósoperatório foi retirado dreno hemovascular, pois não apresentava débito. Evoluiu sem intercorrências, sendo liberado com SVD 3 dias após o procedimento, com regulação da Tomografia e retorno para o ambulatório de urologia.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico tardio e a baixa procura por tratamentos pioram o prognóstico do paciente pela necessidade de cirurgias multilitoradoras que impactam fortemente nos aspectos físicos, sexuais e psicológicos do homem. Para combater o câncer de pênis, políticas públicas devem ser estabelecidas no sentido de identificar grupos de risco, realizar campanhas educativas e desenvolver estratégias de detecção e tratamento precoce. Deve-se priorizar a prática de higiene íntima, estímulo ao uso de preservativo e vacinação contra HPV.</p>	<p>RARO CASO DE FASCIITE NECROSANTE</p> <p>Renato Esteves, Terezinha Valéria Matoso, Donovan Gnadt Ferreira, Isabela de Alencar Lombardi, Nicholas Castro Ribeiro, Bernardo Cunhas Ribas, Felipe Couto Gomes</p> <p><i>Hospital Lifecenter - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Fasciíte Necrosante é uma infecção bacteriana com alta taxa de mortalidade e rapidamente progressiva, que acomete o tecido subcutâneo e fáscia superficial. Frequentemente polimicrobiana (tipo I), tem pior prognóstico quando identificado Streptococcus do grupo A (GAS) isolado ou associado ao S. aureus (tipo II). Nossa motivação surgiu devido a uma paciente sem comorbidades, que desenvolveu uma fasciíte necrosante extensa com o acometimento de grande parte de seu MIE e região inguinal. O diagnóstico precoce é crucial para uma boa condução do caso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do feminino, 22 anos, previamente hígida, procurou o pronto socorro referindo dor importante em coxa esquerda após episódio de trauma de baixa energia há 3 dias. Evidenciado equimose de 3 cm de diâmetro, endurecida com halo de hiperemia e sinais flogísticos em face medial de coxa esquerda, associada a taquicardia sinusal, taquipnéia e dor torácica ventilatório-dependente à esquerda. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e PCR elevada. Encaminhada à UTI. Realizado ultrassonografia de MIE, sem alterações. Avaliada pela cirurgia geral 15 horas após admissão com piora da lesão, a qual estendia-se da região poplítea a inguinal, com pápulas, flictenas e instabilidade hemodinâmica. Encaminhada ao bloco cirúrgico em caráter de emergência. Submetida a fasciotomia extensa da região poplítea a perineal seguida por inguinitomia e incisão em região posterior de coxa esquerda. Evidenciada e ressecada fáscia muscular posterior da coxa que se apresentava desvitalizada com áreas de necrose e secreção de aspecto inflamatório. Evoluiu no pós operatório com melhora clínica e estabilidade hemodinâmica. Foi realizada reaproximação de bordas em segundo tempo. Prescrito Meropenem e Vancomicina após resultado de culturas: Streptococcus pyogenes e Pseudomonas aeruginosas. No 52º após admissão recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A Fasciíte necrosante acomete principalmente indivíduos com comorbidades e fatores de risco. Menos comumente foi descrita na literatura em indivíduos previamente hígidos como no caso relatado. Outro ponto atípico, foi o relato de um pequeno trauma imperceptível. Também é importante salientar a rapidez de sua progressão. Em poucas horas a paciente apresentou expressiva piora clínica e instabilidade hemodinâmica. A cerca da dimensão da área desbrida, a RNM, considerada superior aos demais métodos de imagem diagnósticos, permite delimitar a área de necrose da fáscia e programar o procedimento cirúrgico com maior exatidão. Vale ressaltar que apesar de didática, a classificação não deve ser determinante na escolha dos antimicrobianos e que o desbridamento cirúrgico se faz indispensável. A FN é uma infecção rara, de alta morbimortalidade e caráter emergencial. A evolução favorável depende de um alto grau de suspeição clínica associado ao tratamento cirúrgico adequado.</p>
<p>PO 726-1</p> <p>ADENOCARCINOMA DE JEJUNO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Júlia Maria Moreira Silva, Fernando Lucas Queiroz Abreu, Leonardo Mundim Andrade Porto, Cleudimar da Luz Araújo, Josué da Silva Brito, Laura César Antunes</p> <p><i>Uniceplac - Gama - Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores malignos de intestino delgado são raros. Representam 2 a 3% das neoplasias malignas gastrointestinais. Normalmente, possuem prognóstico ruim, devido aos sintomas inespecíficos e ao diagnóstico difícil. O tratamento disponível e mais efetivo é a ressecção cirúrgica. É possível que sejam feitas terapias adjuvantes, mas os resultados são insatisfatórios.</p> <p>RELATO DE CASO: S.A., 47 anos, sexo feminino, de Paracatu - MG, apresentando dor abdominal, perda ponderal significativa não mensurada, vômitos, astenia e hiporexia há 4 meses. Evoluiu com vômitos recorrentes e incoercíveis. Procurou auxílio médico diversas vezes, sendo aventadas hipóteses de gastropatias inespecíficas, vômitos de origem psicossomática e transtornos ansiosos. Evoluiu com insuficiência renal aguda pré-renal devido à desidratação ocasionada pelos vômitos, sendo encaminhada para o serviço de Nefrologia, quando foi solicitada tomografia computadorizada de abdome com triplo contraste, que revelou formação expansiva sólida de aspecto neoplásico acometendo o jejuno proximal a 70 mm do ângulo de Treitz, medindo 41 mm, promovendo estenose luminal e exuberante distensão líquida do duodeno e estômago e ausência de linfonodomegalias ou de lesões indicativas de implantes secundários. A paciente foi referenciada para a equipe de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Paracatu-MG, sendo internada. Encontrava-se com sinais vitais adequados e abdome doloroso à palpação de região periumbilical, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina 11,9 g/dL, global de leucócitos 8.100 mm³, Cr 8,9 mg/dL, Ur 219,0 mg/dL, K+ 3,9 mEq/L e Na+ 120,0 mEq/L. No 8o dia de internação, foi realizada laparotomia exploradora. Foi confirmada lesão endurecida em jejuno proximal, sendo realizada ressecção do segmento afetado com margens de segurança amplas e linfoadenectomia com enteroanastomose primária termino-terminal. O procedimento transcorreu sem intercorrências e ao inspecionar a cavidade abdominal não foram identificadas outras lesões. A peça cirúrgica foi encaminhada para análise patológica que evidenciou adenocarcinoma de jejuno proximal comprometendo toda a parede intestinal, estendendo-se à subserosa e infiltrando a gordura peri-intestinal e um linfonodo com infiltração neoplásica.</p> <p>DISCUSSÃO: O adenocarcinoma, devido a sua apresentação inespecífica, comumente, é diagnosticado tardiamente, implicando que apenas metade dos pacientes seja passível de ressecção cirúrgica curativa. A sobrevida global em 5 anos é de 25%. A maior parte das descobertas se dá após complicação local, como obstrução e perfuração intestinal, requerendo tratamento de emergência, o que leva a alta morbimortalidade. No presente caso, o diagnóstico se deu de forma tardia, sendo anteriormente realizadas 2 endoscopias que não evidenciaram doença do intestino delgado. O tratamento é a ressecção cirúrgica com margens de segurança mínima de 5 centímetros associado a linfoadenectomia local.</p>	<p>PO 726-2</p> <p>RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR, UM RELATO DE CASO</p> <p>ALFREDO AUGUSTO MESSIAS, ANDRE FELIPE ZUCCOLO BARRAGAT ANDRADEJ</p> <p><i>COMPLEXO DE SAUDE SAO JOAO DE DEUS - DIVINOPOLIS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O rabdomiossarcoma paratesticular embrionário é um tumor mesenquimal raro. Apresenta-se como uma massa intra-escrotal de crescimento progressivo e geralmente indolor. Acomete mais frequentemente pacientes na infância.</p> <p>RELATO DE CASO: Trata-se de jovem de 19 anos admitido no pronto atendimento com queixa de edema escrotal indolor a direita com 3 meses de evolução. Relatava início do quadro coincidente com trauma testicular durante uma partida de futebol. Realizou USG de bolsa escrotal sugerindo diagnóstico de hematocèle. Foi submetido a escrototomia para drenagem do possível conteúdo hemático, contudo, o que se evidenciou no intra-operatório foi uma massa constituída por tecido pouco diferenciado e focos necro-hemorrágicos que invadia e ulcerava a túnica vaginal. Foi aventada a hipótese de tumor de testículo, sendo realizada a orquiectomia radical direita por via escrotal. Ainda durante a internação foi realizado estudo tomográfico do tórax abdome e pelve. A TC de abdome evidenciou linfadenomegalia em topografia paraórtico-caval a direita, reforçando a hipótese diagnóstica de neoplasia testicular. Posteriormente o estudo histopatológico e a pesquisa imunohistoquímica concluiu tratar-se de rabdomiossarcoma paratesticular embrionário. Procedeu-se então a Linfadenectomia radical retroperitoneal, 2 mês após a primeira abordagem cirúrgica. O paciente evoluiu com lombalgia incapacitante e paraparesia de membros inferiores. RNM de pelve mostrou imagens sugestivas de invasão neoplásica em coluna lombossacral. A proposta passou a ser paliativa com radio e quimioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: O rabdomiossarcoma paratesticular embrionário é um tumor raro, de comportamento agressivo, que acomete mais frequentemente pacientes na infância. No caso relatado, o paciente foi acometido fora da faixa etária de maior incidência da doença. Mesmo assim, a entidade deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de massas testiculares indolores, pois o diagnóstico precoce de formas localizadas da doença geralmente propiciam um melhor prognóstico e maior sobrevida ao paciente.</p>

PO 726-3	PO 727-1
<p>HIDROCELE ENCISTADA DO CANAL DE NUCK: RELATO DE CASO</p> <p>Amanda Ferreira Furian, Rodrigo Mendes, David Carlos Shigueoka, Ramiro Colleoni</p> <p><i>Escola Paulista de Medicina - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Durante a embriogênese, na 28ª semana de gestação, uma evaginação do peritônio parietal - o processo vaginal - desenvolve-se ventralmente em relação ao gubernáculo, hemiando-se através da parede abdominal ao longo do caminho desse cordão. Além do peritônio, o processo vaginal leva consigo extensões de camadas da parede abdominal, que formarão os limites do canal inguinal: a abertura na fáscia transversal torna-se o anel inguinal profundo, enquanto a abertura na aponeurose oblíqua externa forma o anel inguinal superficial. Na mulher, o gubernáculo é fixado ao útero próximo da inserção da tuba uterina: a parte cranial torna-se o ligamento ovariano, e a porção caudal forma o ligamento redondo do útero. Em geral, o processo vaginal se oblitera na mulher antes do nascimento. Quando isso não ocorre, se caracteriza com persistência do processo vaginal, comumente chamado de canal de Nuck, uma vez que foi descrito pelo anatomista Aaron Nuck van Leiden no século XVII. O cisto de Nuck ou hidrocele encistada, portanto, se caracteriza pela persistência do processo vaginal com acúmulo de líquido proveniente do peritônio, formando uma coleção líquida. Diagnósticos diferenciais ao exame clínico, incluem abscesso, cisto da glândula de Bartholin, linfangioma cístico, cisto epidermóide, hérnia inguinal, pseudoaneurisma, hematoma, e varicosidades.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 31 anos, atleta profissional de surf, apresentou-se com pequeno nódulo levemente doloroso na região inguinal direita. Negava outros sintomas e fatores de melhora ou piora, sem comorbidades. Operação em região inguinal esquerda prévia, com uso de tela cirúrgica. Em investigação complementar, foi realizada ultrassonografia transvaginal, em que não houve alterações observadas em útero e anexos. Como observação adicional, foi observada, na região inguinal direita, formação cística bilobulada de paredes discretamente espessas com conteúdo homogêneo medindo 4,4 x 2,2 x 1,3 cm. Não se observou fluxo detectável ao Doppler. Na ressonância magnética da parede abdominal, o achado correspondente foi de formação cística bilobulada no canal inguinal, aprofundando-se em direção ao ligamento redondo do útero. Foi optado por inguinoomia, com achado de estrutura cística no canal inguinal direito. Realizada exérese do cisto e ligadura do canal de Nuck patente.</p> <p>DISCUSSÃO: Apresentamos um caso de cisto de Nuck em paciente adulta, previamente hígida, cuja avaliação por métodos de imagem sugeriu o diagnóstico. Esse caso demonstra a importância de considerar hidrocele de Nuck como diagnóstico diferencial nas tumorações inguinais em mulheres adultas, mesmo que a literatura aponte que a maior incidência de casos ocorre em pacientes adolescentes.</p>	<p>SÍNDROME DO INTESTINO CURTO</p> <p>GABRIEL AMORIM BRITO, BEATRIZ FERREIRA BUENO, MARCCUS ANTÔNIO TOLENTINO JESUS, AMANDA VANESSA DEMARCHI, TIAGO GUSMÃO PIMENTEL, PEDRO DUCATTI OLIVEIRA SILVA, CEZAR ALVES MACHADO, RANIERE RODRIGUES ISAAC</p> <p><i>HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Síndrome do Intestino Curto (SIC) é definida pela incapacidade de manter a homeostase nutricional e/ou hidroeletrólítica, decorrente de uma inadequação da digestão e absorção intestinal. A etiologia é multifatorial, compreende todas as faixas etárias e está associada a uma morbimortalidade significativa, redução da qualidade de vida e altos custos para a saúde pública.</p> <p>RELATO DE CASO: RMSS, 42 anos, feminino, com história de fibrilação atrial de baixa resposta e uso de anticoncepcional oral, deu entrada no Hospital de Urgências de Goiânia com quadro de dor abdominal intensa há 5 dias associada à vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Abdomem distendido, doloroso à palpação profunda com sinais de peritonite. Solicitada Tomografia Computadorizada de Abdome que evidenciou distensão de alças de delgado com pneumatose de alças e área sugestiva de subocclusão da artéria mesentérica superior. Submetida à laparotomia exploradora com visualização de secreção seropurulenta de odor fétido; isquemia com áreas de necrose comprometendo praticamente todo o intestino delgado, com áreas indeterminadas de perfusão sanguínea cerca de 10 cm do ângulo de Treitz e 10 cm da válvula ileocecal. Realizada enterectomia extensa com fechamento de cotos proximal e distal com fita cardíaca para second-look em 48 horas. Reabordagem no tempo previsto evidenciando jejuno proximal com 6cm após o ângulo de Treitz, edemaciado, com viabilidade e íleo terminal de 11cm com boa perfusão, sem outros pontos de isquemia. Realizado debridamento de bordas das alças, com anastomose jejuno-ileal em plano único com Prolene 3-0, restando alça alimentar de 15 cm pós Treitz. Paciente permaneceu internada por 35 dias, em uso de nutrição parenteral total por 25 dias, apresentou boa aceitação da dieta via oral obstipante, em uso de nutrientes oligoméricos de alta absorção, aminoácidos essenciais, Loperamida 12 cp/dia e carbonato de cálcio, tendo em média 3-5 evacuações diárias, cerca de 30 min após se alimentar. Recebeu alta com Loperamida 2 cp 12/12h, Varfarina 5 mg 1 cp ao dia e orientações dietéticas. Paciente mantém acompanhamento ambulatorial no serviço, sem intercorrências do ponto de vista abdominal ou distúrbios hidroeletrólíticos.</p> <p>DISCUSSÃO: A SIC pode resultar de uma doença congênita ou adquirida que necessita de ressecção intestinal extensa, porém apenas 15% dos adultos que passam pela ressecção intestinal irão desenvolver a doença. Uma definição funcional é necessária devido a extensa variação no comprimento do intestino delgado em adultos (300 a 800 cm) e devido à capacidade variável do intestino em compensar pela perda de parte do órgão. As manifestações incluem diarreia volumosa, hipovolemia, hiponatremia e hipocalcemia. Várias intervenções, incluindo nutrição parenteral, cirurgias de reabilitação intestinal, orientações dietéticas e suplementação nutricional são consideradas medidas de tratamento e promovem aumento significativo da sobrevida do paciente.</p>
<p>PO 727-2</p> <p>MIGRAÇÃO DE DIU PARA A BEXIGA</p> <p>Nayara Roncoleta, Lígia Pereira Martins Quessada, Lilian Pereira Martins Quessada, Gabriel Fumian Milward de Azevedo, Wanessa Gouveia Castro, Lenara Melo da Silva, Alessandro Corrêa Prudente dos Santos</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O dispositivo intrauterino (DIU) tornou-se mais comum, já que em 2017 o Ministério da Saúde disponibilizou o acesso segundo critérios de elegibilidade. Além disso, o DIU é economicamente acessível e seguro, tendo complicações incomuns, como a perfuração do útero que varia de 0,4 a 6,7 por 1000 implantações.(1,4) Perante esse contexto, relataremos um caso ocorrido no Norte do Brasil, que se trata da migração do DIU e de suas consequências.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 25 anos, com queixas de disúria, hematuria, acompanhado de dor nos quadrantes inferiores do abdome há cinco anos. Antecedente de infecção do trato urinário recorrentes (inclusive durante suas gestações em 2015 e 2017). Relatava implantação de DIU em 2013, apresentando posteriormente sangramento vaginal, dor pélvica aguda e hematuria. Foi internada na enfermaria de urologia do Hospital de Base Dr Ary Pinheiro, em Porto Velho-RO, sendo submetida a uma nova tomografia, com cateterização vesical seguida de cistografia, qual foi identificado calcificação do DIU no interior da bexiga. Após o diagnóstico, foi submetida à cirurgia endoscópica com litotripsia a Holmium Laser e retirada do DIU por cistoscopia. Um mês após a cirurgia, paciente evoluiu com melhora dos sintomas</p> <p>DISCUSSÃO: O DIU tem durabilidade de até 10 anos, embora sua retirada pode ocorrer a qualquer momento. O principal mecanismo de ação é a produção de prostaglandinas que geram respostas inflamatórias espermicidas. Ademais, ocorre alteração na mobilidade dos espermatozoides, impossibilitando a caminhada até o trato genital superior(3). Após tornar-se uma prática comum, a ocorrência dos riscos aumentaram, tais como a perfuração da parede do útero pelo DIU ou por instrumentos utilizados na colocação, afetando em até 15% as vísceras pélvicas e abdominais adjacentes(2). Outra complicação é a migração do dispositivo, podendo gerar obstrução intestinal, infertilidade, fistula vesíco-uterina, entre outras(1). Assim, a mulher deve ficar em alerta aos sintomas a fim de evitar complicações mais graves.</p> <p>O risco de perfuração é maior nas primeiras 4 semanas pós-parto e pós aborto, mulheres com redução do tamanho uterino, histórico de cirurgias pélvicas e até de forma espontânea após um longo tempo de inserção(1). Identifica-se o local de migração do DIU de acordo com os sintomas da paciente -quando migrado para bexiga tende a apresentar deposição de sais de cálcio e consequentemente sintomas irritativos do trato urinário que podem simular infecções da bexiga, tais como urgência, dor, polaciúria e hematuria. No caso relatado, o problema ainda foi agravado pela falência do método anticoncepcional que acarretou em duas gravidezes após a implantação do dispositivo.</p> <p>Portanto, é indispensável a retirada do DIU caso haja confirmação da migração via ultrassonografia transvaginal ou ultrassonografia de rins e vias urinárias, contando ainda com radiografia de abdome. A retirada soluciona de imediato o problema e poucas sequelas em longo prazo são relatadas.</p>	<p>PO 727-3</p> <p>HIDROCELE ENCISTADA DO CANAL DE NUCK: ENSAIO PICTORICO E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>Amanda Ferreira Furian, Rodrigo Mendes, David Carlos Shigueoka, José Eduardo M Santos, Ramiro Colleoni</p> <p><i>Escola Paulista de Medicina - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hidrocele encistada do canal de Nuck (HECN) constitui formação cística observada na região inguinal, de apresentação rara, presente em pacientes do sexo feminino. Origina-se da não obliteração do peritônio parietal, que se evagina junto ao ligamento redondo através do canal inguinal. O canal de Nuck representa condição homóloga ao processo vaginal no sexo masculino.</p> <p>RELATO DE CASO: Será apresentada uma série de casos de pacientes do sexo feminino, de faixa etária diversa, coletados dos autores, em que o objetivo é demonstrar os aspectos radiológicos de diferentes métodos de imagem no diagnóstico da hidrocele encistada do canal de Nuck.</p> <p>DISCUSSÃO: A HECN inclui-se no diagnóstico diferencial das massas inguinais na mulher, raramente suspeitada apenas em bases clínicas e por vezes apresentando-se como achado incidental de exame radiológico. Outros diagnósticos diferenciais de massas inguinais na mulher incluem as hérnias femorais, linfonodomegalias e tumores originados de partes moles. O diagnóstico por imagem é simples diante da sua natureza cística da lesão e do seu aspecto típico nos métodos de imagem apresentados. Eventualmente podem ocorrer complicações, em geral de natureza inflamatória/infecciosa.</p>

PO 728-1	PO 728-2
<p>HERNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA NÃO TRAUMÁTICA EM PACIENTE IDOSO COM ABDOME OBSTRUTIVO</p> <p>Eraldo Moura, Carolina Jannini Franco Moraes, Divaldo Ribeiro Lopes, Pamela Suele Carneiro, Victor Sampaio Neiva Rocha, Gabriel Cruz Carneiro, Lucas Daniel Prado Coutinho, Marcio Freire</p> <p><i>Hospital do Suburbio - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática congênita (também concedida como hérnia de Bochdalek) consiste num defeito congênito situado na porção posterolateral do diafragma por obliteração incompleta de forame situado nesta região. A grande maioria das HB sintomáticas são diagnosticadas no período neonatal. As hérnias diafragmáticas congênitas sintomáticas no período adulto são bastante raras.</p> <p>RELATO DE CASO: Nós relatamos caso de paciente de 80 anos, hipertenso e portador de hiperplasia prostática benigna que se apresentou à admissão com sintomas de obstrução intestinal subaguda. Após exames foi diagnosticado com hérnia diafragmática direita encarcerada não traumática com conteúdo de alças intestinais. Submetido à laparotomia com reparo primário de defeito diafragmático e presença de conteúdo herniado-alça de intestino delgado -com sinais de sofrimento porém apresentando manutenção de peristalse. Optado pela não ressecção do segmento. Curso após 7 dias com novos sintomas de subocclusão intestinal tendo sido submetido a relaparotomia com lise de aderências. O paciente curso com boa recuperação tendo alta após 15 dias da admissão</p> <p>DISCUSSÃO: A HB Apresenta-se mais comumente em neonatos, variando de 1:4000 a 1:7000 casos. Em adultos esta condição é rara, com incidência entre 1% e 5%, representando aproximadamente 5% das HB. Quanto à topografia, a grande maioria das hérnias (80-90%) são encontradas na cúpula diafragmática esquerda já que à direita o canal pleuroperitoneal contido nesta região é ocluído mais precocemente além da presença do fígado como elemento adicional de contraforça. Há menos de 100 casos de HB descritas em adulto e em torno de 20 envolvendo o lado direito. Este caso denota a importância da suspeita diagnóstica precoce apesar da raridade do evento quando não associado a trauma, e intervenção cirúrgica a fim de se tentar evitar o estrangulamento do conteúdo herniado e suas complicações tardias.</p>	<p>NEFRECTOMIA EM PACIENTE COM ITU COMPLICADA: RELATO DE CASO</p> <p>Fernanda Ribeiro Fonseca, Camila Magalhães Coelho, Edson Antonacci Jr, Felipe Doyle Maia Abuzaid, Jéssica de Souza Magalhães, Fabricio Reis de Oliveira, João Ricardo Carvalho de Matos, Natane Miquelante</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As Infecções do Trato Urinário (ITUs) são consideradas um dos subtipos mais comuns de infecção bacteriana. Os agentes etiológicos, mais frequentemente envolvidos com ITU adquirida na comunidade, são a <i>Escherichia coli</i>, o <i>Staphylococcus saprophyticus</i>, espécies de <i>Proteus</i> e de <i>Klebsiellas</i> e o <i>Enterococcus faecalis</i>. Tais infecções podem acometer o trato urinário baixo, manifestando-se como uretrites e cistites, ou alto, manifestando-se como pielonefrites. As ITUs são mais frequentes nas mulheres, devido a uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com ânus. Um número bem mais restrito de mulheres desenvolve quadros cronicamente recorrentes de ITUs, dando origem à condição conhecida como ITU recorrente ou de repetição, que é definida como o diagnóstico de três episódios de infecção no curso de 12 meses, ou dois episódios em 6 meses, com demonstração objetiva de resolução de cada um dos episódios após tratamento.</p> <p>RELATO DE CASO: C.S.C, sexo feminino, 24 anos, residente em Presidente Olegário. Em agosto de 2018 foi admitida no Hospital Regional Antônio Dias com história de litíase renal a direita, ITU de repetição com provável pielonefrite, dor abdominal em fossa ilíaca direita, dor de forte intensidade em flanco direito e hipogástrio, associada a vômitos e febre baixa. A paciente foi internada para melhor condução do caso. A tomografia computadorizada evidenciou rim direito aumentado, com a gordura adjacente densificada e múltiplos cálculos calcínicos densos, com medida máxima de 15mm. Foram vistos 2 cálculos densos ureterais a direita, o maior no terço médio e outro de 18x13mm no terço inferior. Ambos os cálculos impactados, causando hidronefrose grave a montante e sinais de pielonefrite. Presença de líquido livre na cavidade abdominal e pélvica com tendência a plastrão na região renal. A hipótese de peritonite por nefropatia calculosa e ureteral à direita foi considerada. De acordo com a clínica da paciente e os resultados de exame, a conduta tomada foi a realização de nefrectomia total à direita.</p> <p>DISCUSSÃO: As infecções do trato urinário podem ser complicadas ou não complicadas, as primeiras têm maior risco de falha terapêutica e são associadas a fatores que favorecem a ocorrência da infecção e ocorrem em um aparelho urinário com alterações estruturais ou funcionais ou quando se desenvolve em ambiente hospitalar. Habitualmente, as cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais frequentemente complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão frequentemente associadas à presença de fatores complicadores como: alterações anatômicas, estruturais ou funcionais do trato urinário (litíase renal); antecedente de infecções prévias; presença de insuficiência renal e comorbidades que afetam a capacidade imunológica. Estes complicadores podem resultar em desfechos desfavoráveis, como a sepsé urinária e condutas cirúrgicas invasivas, como é o caso da nefrectomia total.</p>
<p>PO 728-3</p> <p>PNEUMOPERITÔNIO IDIOPÁTICO: UM RELATO DE CASO</p> <p>GUILHERME FERRARINI FURLAN, EDILAINE APARECIDA ORCHEL, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, GUILHERME DIAS FRANZEN, ALEXANDRE PINA RODRIGUES ISLEB, IAN FONSECA BORTOLO, IGOR LUNA PEIXOTO, CARLOS ROBERTO NAUGEL JUNIOR</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O pneumoperitônio idiopático é uma entidade rara, visto que não tem um mecanismo de fisiopatologia aparente para correção via laparotomia exploradora, tornando essa entidade de investigação e tratamento fora do previsto.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 74 anos, caucasiano, encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento a um hospital referência de Curitiba para investigação de pneumoperitônio à radiografia, com quadro de dor em abdominal há 7 dias, acompanhado de náuseas e vômitos, com parada de eliminações de fezes nos últimos 5 dias. De história pregressa havia histórico de colecistectomia há 40 anos, hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo, fazendo uso de enalapril, hidroclorotiazida e levotiroxina. Apresentava abdome globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos, sinal de Jobert positivo, sem dor a palpação ou sinais de irritação peritoneal. Considerando o exame físico inocente, hemodinâmica estável e radiografia evidenciando pneumoperitônio foi considerado Tomografia Computadorizada, que evidenciou volumoso pneumoperitônio em andar superior de abdome e ausência de líquido livre. Foi então realizado laparotomia exploradora para investigação e tratamento, em que após inspeção da cavidade abdominal foram verificadas todas as vísceras ocas não encontrando nenhuma evidência de perfuração bem como de processos inflamatórios adjacentes, não havia áreas de bloqueio e o mesentério se encontrava íntegro. Foi realizado a palpação e inspeção de vísceras parenquimatosas, as quais se encontravam íntegras. No primeiro dia de pós-operatório o paciente apresentou boa evolução clínica, sem sinais de descompensação hemodinâmica, com boa aceitação de dieta e eliminações fisiológicas preservadas. Nos dias subsequentes de pós-operatório manteve-se estável, recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório. O paciente retornou ao ambulatório com 15 dias e com 30 dias de pós-operatório, estável e sem nenhuma queixa, recebendo alta ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O pneumoperitônio é resultado da perfuração de vísceras ocas em grande parte dos casos. Na literatura, raros são os casos de pneumoperitônio sem causa aparente. A faixa etária da ocorrência de pneumoperitônio idiopático é bastante variável, visto que, não há causa aparente nos casos relatados para possíveis investigações. O pneumoperitônio torna-se radiologicamente evidente quando a quantidade de ar no abdômen oscila entre 30-90cm³. Quando a quantidade de ar na cavidade abdominal se aproxima de 1 litro, torna-se visível o Sinal de Rigler. Encontra-se comumente dor a palpação abdominal e Sinal de Jobert. Enquanto a laparotomia exploradora é inevitável na presença de sinais de peritonite, um tratamento conservador pode ser proposto quando não há sintomas de irritação abdominal e sintomas graves, foi optado por laparotomia exploradora no presente caso para investigação de perfuração de vísceras ocas visto que a evolução do caso era desfavorável.</p>	<p>PO 729-1</p> <p>ABDOME AGUDO POR DIVERTÍCULO JEJUNAL</p> <p>Ana Beatriz Affonseca Paez, Bruna Zini P Freitas, Rayama Moreira Siqueira, Ronaldo Nonose</p> <p><i>Santa casa de Atibaia - ATIBAIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Divertículos do intestino delgado geralmente são assintomáticos e sua descoberta é acidental ou com o surgimento de complicações. São mais frequentes no duodeno. Os pacientes são principalmente acometidos a partir da sétima década de vida. Em razão da sua raridade e por conta de sinais clínicos vagos e inespecíficos, o diagnóstico é difícil e tardio, sendo a cirurgia muitas vezes indicada por peritonite, após complicações do quadro, sem diagnóstico definido. Neste relato de caso será abordado um caso de diverticulite jejunal bloqueado, além de ser um caso raro, tem-se a intenção de demonstrar a importância da inclusão desta patologia nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente T.R.P., sexo feminino, 86 anos, deu entrada no pronto atendimento com dor abdominal difusa há 4 dias, paciente taquicárdica e febril. Ao exame físico: ruídos hidroaéreos diminuídos globalmente, dor abdominal difusa a palpação, descompressão brusca negativa, Murphy negativo. Antecedentes pessoais de hipertensão e diabetes mellitus tipo II. Foi solicitada tomografia computadorizada pela equipe médica do pronto atendimento. Tomografia foi realizada com injeção de meio de contraste, evidenciando espessamento de alça de delgado, com densificação da gordura mesentérica adjacente. Diante do quadro clínico e exames laboratoriais e de imagem, foi realizado o diagnóstico de abdome agudo, e optado por abordagem cirúrgica, laparotomia exploradora. No intra-operatório foi identificado um plastrão bloqueando um divertículo na borda mesentérica a 10 cm do ângulo de Treitz no jejuno, o divertículo apresentava sinais inflamatórios com porções de necrose. Foi realizada enterectomia da porção acometida.</p> <p>DISCUSSÃO: Diverticulose Jejunoleal provavelmente ocorre devido a uma disfunção da musculatura lisa ou do plexo mioentérico do intestino delgado, sendo um defeito congênito ou adquirido. Contrações desordenadas do segmento afetado geram um aumento da pressão intraluminal que hérnia mucosa e submucosa em um frágil local da parede intestinal, sendo penetrado por um par de vasos sanguíneos mesentéricos. Esses divertículos possuem somente camada mucosa, submucosa e serosa, por isso são chamados de pseudodivertículos, e ocorrem adjacentes à borda mesentérica. Os achados tomográficos da diverticulite jejunal são similares aos da diverticulite colônica: massa inflamatória contendo gás e/ou resíduos fecais, espessamento da parede do segmento acometido (aumento da impregnação pelo meio de contraste), com distensão e edema dos tecidos adjacentes (densificação da fásica e gordura mesentérica) Se o tratamento cirúrgico foi indicado, a enterectomia do seguimento acometido é o procedimento de escolha. A enterectomia do segmento acometido tem sido o procedimento de escolha. A mortalidade total gira em torno de 24%, sendo 14% relacionada ao procedimento cirúrgico. A alta mortalidade está relacionada à idade avançada da maioria dos pacientes, assim como ao diagnóstico e tratamento tardio.</p>

PO 729-2	PO 729-3
<p>DOENÇA DE PEYRONE: TRATAMENTO CIRÚRGICO. RELATO DE CASO</p> <p>Mayra de Oliveira Maciel Silva, Anna Alice de Paula Marinho, Victor Borges Rego, Leonardo Oliveira Amorim, Maurício Agne Neuwald, Pedro Cunha de Mendonça, Edson Antonacci Jr, Valter Moratto</p> <p><i>UNIPAM - Centro Universitário de Patos de Minas - Patos de Minas - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Doença de Peyronie (DP) tem causa mal definida e que pode levar a grave deformidade peniana. Os fatores de risco são: diabetes, dislipidemias, cardiopatia isquêmica, disfunção erétil, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Maior incidência entre a quarta e quinta década de vida. É uma degeneração estrutural, adquirida, fibrótica e multifocal da túnica albugínea do pênis que pode levar a uma fibrose e formação de placas, resultando em deformidade, encurtamento e tortuosidade peniana. Quadro clínico de dor, alterações da curvatura peniana, dificuldade de penetração e formação de placas endurecidas. Tratamentos conservadores, como uso de Pentoxifilina, Vitamina E, Colchicina, dentre outros, não tiveram impacto, sendo a cirurgia a terapia em casos avançados. A técnica de Nesbit é a mais utilizada para correção da curvatura peniana.</p> <p>RELATO DE CASO: ACC, sexo masculino, branco, 48 anos, atendido inicialmente em 06/05/2015 com diagnóstico de DP que levou o pênis a posição viciosa há cerca de 3 anos. Relatava apenas dor durante ereção peniana. Classificado com ASA I. Ao exame físico observou-se presença de fibrose e endurecimento do dorso do pênis. No dia 07/05/2015 foi realizada cirurgia de correção de curvatura peniana, técnica de Nesbit. Alta hospitalar com prescrição de Neomicina tópica. Em 12/05/2015, em retorno, relatou edema de prepúcio, incapacidade de exposição da glândula, dor à manipulação e alteração da coloração do órgão. Ao exame físico constatou-se presença de edema e presença de área enegrecida, secreção abundante e incapacidade de expor a glândula. Paciente foi internado com prescrição de Ciprofloxacino, analgesia e uso de compressa gelada. Em 20/05/2015, foi realizada postectomia, que evidenciou necrose de prepúcio sem acometimento da glândula. Ato sem intercorrências, com alta hospitalar e retorno ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O tratamento medicamentoso para a DP, é eficaz na atenuação da ereção dolorosa, porém, com poucos resultados na retificação peniana. Com isso, indica-se o tratamento operatório para pacientes com dificuldade na penetração vaginal e doença estável por 3 meses, o que ocorre, geralmente, após 12 meses de início da doença. A técnica cirúrgica de Nesbit se faz pelo desenlunamento peniano, seguido por elevação do feixe neurovascular. Os princípios da técnica de Egydio são aplicados no septo intercavernoso, e determina o local da excisão elíptica superficial da camada externa da túnica albugínea. Realizada por meio da remoção de um segmento elíptico de 3mm da camada externa da túnica albugínea, preservando a camada interna. Sutures de polidioxanona 3-0. Então, uma ereção é induzida por meio de punção com cateter 21G dos corpos cavernosos e injeção de solução fisiológica. Um novo ponto de circunferência máxima é identificado, e as etapas são então repetidas até ocorrer correção total do desvio. Apresenta bons resultados de retificação peniana e baixa incidência de complicações, tais como: encurtamento peniano, curvatura persistente, disfunção erétil.</p>	<p>MESENTERITE NECROTIZANTE: UM RELATO DE CASO.</p> <p>GUILHERME FERRARINI FURLAN, EDILAINE APARECIDA ORCHEL, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR, CLAUDIO ROTA LUCENA, GUILHERME DIAS FRANZEN</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mesenterite esclerosante é uma entidade rara, necessitando em muitos casos de abordagem cirúrgica e biópsia do local acometido com apoio de exames de imagem para suspeita diagnóstica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 54 anos, dá entrada no Pronto Socorro de um hospital de Curitiba com queixa de dor abdominal há 13 dias, havia recorrido à Unidade Pronto Atendimento 3 vezes. Apresentou náuseas e vômitos, hábitos intestinal e urinário dentro da normalidade. De história mórbida progressiva realizou esplenectomia no ano de 2014 e colestectomia e faz acompanhamento no serviço de hematologia do hospital por Púrpura Trombocitopenia Idiopática e poliglobulia. Em uso de Rivoflil, Haloperidol e Captopril. Demonstrava distensão abdominal e dor a palpação em mesogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido a Tomografia Computadorizada (TC) com borramento em gordura mesentérica, espessamento de íleo e cólon ascendente. Nos exames laboratoriais apresentava 18.510 de leucócitos, 10% de bastões e 26.800 plaquetas. Foi realizado o procedimento cirúrgico de enterectomia, com presença de espessamento de mesentério e alça de intestino delgado a 70 cm do ângulo de Treitz com evidências de isquemia da alça de intestino delgado a 120 cm do ângulo de Treitz com extensão de 30 cm. O anatomopatológico evidenciou segmentos de intestino delgado com necrose hemorrágica transmural, vasos congestionados e trombose acentuada e segmento entérico com intensa serosite aguda fibrinoide. O paciente apresentou piora do estado geral e foi realizada reabordagem cirúrgica do sítio com enterectomia de cerca de 10 cm de segmento edemaciado e evidenciado áreas de trombose. No pós-cirúrgico foi realizado TC de controle e foi evidenciado trombose de veia mesentérica superior e veia porta, com espessamento de alças ileais e de cólon com diagnóstico de mesenterite necrotizante.</p> <p>DISCUSSÃO: A mesenterite esclerosante é uma inflamação crônica da gordura mesentérica rara e idiopática, com prevalência de 0,16% a 7,80% com predomínio em homens caucasianos entre 50 e 70 anos de idade Sua fisiopatologia sugerida incluem cirurgias prévias, trauma abdominal prévio, doenças autoimunes, lesão isquêmica e infecção. A apresentação clínica depende da evolução da doença, podendo ser assintomática ou com sinais e sintomas de dor abdominal, náuseas e vômitos. Geralmente seu diagnóstico é estabelecido através de avaliação histopatológica e com achados radiológicos compatíveis com espessamento do mesentério. A TC é a modalidade de imagem mais sensível, achados como sinal do anel adiposo e pseudocápsula tumoral são considerados específicos para mesenterite esclerosante.</p>
<p>PO 730-1</p> <p>TUMOR NEUROENDOCRINO EM ÍLEO TERMINAL – RELATO DE CASO</p> <p>Larissa Machado e Silva Gomide, Verônica Cristina de Melo Rocha, Ana Virginia Ferreira Figueira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Andre Luis Conde Watanabe, Adriano Pamplona Torres, Mário Henrique Bitar Siqueira</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor neuroendócrino é uma neoplasia rara, contudo com o avanço dos estudos e das técnicas de diferenciação celular, o espectro de diagnóstico da neoplasia neuroendócrina teve um aumento significativo. Esses tumores acometem igualmente ambos os sexos e podem ocorrer em qualquer faixa etária, com pico na 6ª e 7ª década de vida. As características do tumor, bem como a sua clínica dependem do sítio de origem e na capacidade do tumor secretar ou não substâncias funcionais. Seu principal sítio tumoral primário é o trato gastrointestinal, sendo o mais comum o apêndice cecal, seguido do intestino delgado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do gênero feminino, 32 anos, iniciou quadro de desconforto abdominal com dor em mesogástrio, diarreia e distensão em maio de 2018. Realizou USG abdominal que revelou nódulos hepáticos. Prosseguida investigação, com TC e RNM de abdome, confirmando a presença de múltiplos nódulos hepáticos irregulares, sendo os maiores localizados em segmentos II/IVa (101x72mm). Feita biópsia desses nódulos, com histopatológico de neoplasia epitelioide, com histogênese confirmada por imunohistoquímica como tumor neuroendócrino grau 1. Realizada PET-CT que identificou como sítio primário lesão em íleo distal, com acometimento secundário linfonodal em cadeia ilíaca comum direita. Associada ao quadro, paciente apresentou também síndrome carcinoide com flush-ing, ascite, insuficiência cardíaca e derrame pericárdico, sendo iniciado uso de Lantreotida. Em outubro de 2018 foi submetida à laparotomia exploradora, com evidência de ascite volumosa, tumoração em íleo distal, a cerca de 30cm da válvula íleo-cecal. Realizada enterectomia segmentar de cerca de 10cm, com anastomose primária. Paciente evoluiu com persistência da queixa de dor à palpação lombar bilateral, distensão abdominal e edema importante em MMII. Após três meses, teve piora clínica progressiva e foi à óbito por falência hepática. Anatomopatológico confirmou tumor neuroendócrino bem diferenciado pT3pNx.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias neuroendócrinas são em geral indolentes e consistem na sua maioria em tumores bem diferenciados, apresentando baixo índice mitótico e baixo índice de expressão de Ki-67 (classificados como baixo grau e grau intermediário). Frequentemente as lesões de intestino delgado se localizam em íleo, podendo entretanto ser multifocais, sendo preconizada uma inspeção completa do intestino no intra-operatório. A maioria é assintomática, entretanto mais de 90% dos pacientes com síndrome carcinoide já possui doença metastática hepática. O tratamento cirúrgico consiste na ressecção em bloco do tumor, porém o papel da metastasectomia ainda não é bem estabelecido, podendo ser indicado em pacientes assintomáticos com metástases ressecáveis (com melhora de sobrevida global e livre de doença). Os pacientes que apresentam síndrome carcinoide devem receber octeotride no pré-operatório para evitar a possível ocorrência da crise carcinoide. O transplante hepático pode ter indicação em casos específicos.</p>	<p>PO 730-2</p> <p>CARCINOMA RENAL EM GESTANTE</p> <p>Caio Winch Janeiro, Fabyanne Fernandes Pereira, Fernanda Mello Tavares, Gustavo Souza Andrade, Heitor Munhoz Pereira</p> <p><i>Centro Universitário de Adamantina - UnifAI - Adamantina - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Carcinoma de Células Renais é o tumor renal com maior prevalência em pacientes adultos, predominantemente no sexo masculino na 6ª e 7ª décadas de vida. O diagnóstico de tumor renal durante a gestação é raramente descrito e cerca de metade dos tumores são diagnosticados incidentalmente. O Carcinoma Renal Mucinoso de Células Tubulares e Fusiformes (CRMCTF) é um tipo de carcinoma de células renais raro, considerado não agressivo e prognóstico geralmente favorável. O presente trabalho relata o caso de uma paciente, gestante, diagnosticada com CRMCTF.</p> <p>RELATO DE CASO: MJSRP, primigesta, 34 anos, 19 semanas, G1 P2, obesa mórbida, IMC 43, nega história de câncer na família, nega quaisquer comorbidades. Encaminhada ao AME, devido a formação nodular hipocóica em polo superior em rim esquerdo de etiologia a esclarecer, achada incidentalmente durante exames de rotina pré-natal medindo 78 x 62 x 65 mm. Relata cistite de repetição nesta gestação, e em uso de cefalexina profilática. Tinha Internação prévia devido a abscesso renal (SIC), de localização e dimensões semelhantes ao nódulo descrito acima, sendo tratado clinicamente. Após Ressonância Magnética observou-se uma massa no polo superior do rim esquerdo, abaulando seu contorno, com fina cápsula marginal, notando-se distorção da arquitetura dos cálices, indicando forte suspeita de Carcinoma de Células Renais. A paciente foi submetida a Nefrectomia Subcostal à esquerda, sob anestesia geral, então com 26 semanas de gestação com boa evolução pós-operatória, recebendo alta. A peça cirúrgica foi enviada para exame anatomopatológico que resultou em um Carcinoma de Células Fusiformes Tubular Mucinoso renal. Para assegurar o bem-estar do feto, foram solicitados USG Obstétrico + Doppler para avaliação do perfil hemodinâmico fetal antes e após a cirurgia. Ambos dentro da normalidade. Binômio materno-fetal encontra-se em bom estado geral, mantendo boa função renal.</p> <p>DISCUSSÃO: Durante a gestação o uso rotineiro de ultrassonografia possibilita maiores taxas de detecção de neoplasias abdominais. Dentre alguns fatores de risco conhecidos do CCR estão: tabagismo, obesidade, hiperestrogenismo, hipertensão arterial e uso de diuréticos. Associados à gravidez, o diabetes, a multiparidade (>5), a obesidade e a hipertensão arterial aumentam o risco de carcinomas renais. Cinquenta por cento dos carcinomas renais tratados cirurgicamente são diagnosticados incidentalmente e com o uso disseminado da ultrassonografia, espera-se que mais casos sejam detectados e tratados durante a gravidez. Sendo assim, a ação conjunta do urologista e do obstetra é fundamental para que se possa conciliar o melhor tratamento oncológico, com o melhor resultado perinatal. O tratamento desse tipo de neoplasia durante a gravidez permanece um desafio para a equipe assistente e a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, sempre que possível, sem a interrupção da gravidez, que poderá evoluir normalmente.</p>

PO 730-3	PO 731-1
<p>CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA</p> <p>Dened Myller Barros Lima, Romero De Lima França, Maria Paula Ribeiro Dantas Bezerra, Gabriela Lima Nóbrega, Carlos Antonio Souza Filho, Guilherme Bastos Palitot Brito, Lavier Kelvin Holanda Vidal, Paulo César da Silva</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fístula aorto-esofágica é uma condição incomum porém grave causa de hemorragia digestiva alta. Fístulas secundárias ocorrem como complicações de procedimentos cirúrgicos vasculares ou no esôfago. Casos primários são ainda mais raros e estão relacionados a aneurismas aórticos, úlceras aórticas penetrantes, tumores, além de alterações ateroscleróticas. A tríade sintomática clássica definida por Chiari é composta de dor no peito ou disfagia, um sangramento arterial sentinela e um sangramento massivo após um período assintomático, embora essa tríade não seja observada em aproximadamente metade dos pacientes. Muitas técnicas cirúrgicas têm sido descritas para reparo das fístulas aorto-esofágicas, mas o manejo rápido deve ser feito para o controle do defeito aórtico, seguido pelo reparo esofágico. O reparo aórtico pode ser feito por stent endovascular, bypass ou outras técnicas cirúrgicas.</p> <p>RELATO DE CASO: DMF, 69 anos, hipertensa, apresentou episódio de hipotensão e síncope, sendo encaminhada ao serviço de urgência, onde realizou eletrocardiograma com evidência de supradesnivelamento de ST. Deu entrada no Hospital Universitário Onofre Lopes para realização de cateterismo cardíaco, com evidência apenas de irregularidades nas artérias, sem obstruções. Ecocardiograma transtorácico revelou apenas pequeno derrame pericárdico. No 5º dia de internação, evoluiu com melena, sendo solicitada Endoscopia Digestiva Alta (EDA), a qual evidenciou mucosa esofágica com algumas áreas de enantema, provavelmente associadas a trauma durante passagem de sonda nasoesofálica; ainda, visualizou-se pangastrite enantematosa leve com úlcera em antro gástrico (SAKITA A1 e Forrest IIa), sendo realizada escleroterapia. Paciente evoluiu com deterioração clínica, com precordialgia em queimação, desconforto respiratório e rebaixamento no nível de consciência. Persistiu com episódios de melena por mais 10 dias. Nova EDA foi realizada, porém desta vez, evidenciou-se abaulamento pulsátil há 15 cm da arcada dentária superior, com uma úlcera profunda na sua superfície, representando provável aneurisma de aorta com fístula para o esôfago. Diagnóstico confirmado com Angiotomografia Computadorizada da Aorta Torácica: aneurisma sacular (5,2 x 4,7 x 4,7 cm) da porção proximal da aorta descendente, possivelmente relacionado a úlcera aterosclerótica penetrante. Paciente evoluiu com óbito após novos episódios de HDA antes da correção cirúrgica do aneurisma.</p> <p>DISCUSSÃO: A endoscopia digestiva é considerada como primeiro passo no diagnóstico dessa entidade, apesar de indicar lesões sugestivas em 25% dos casos, sendo muito útil para descartar outras causas de sangramentos. No caso reportado, a primeira endoscopia revelou apenas trauma esofágico por sonda, enquanto a segunda endoscopia, realizada dias depois, revelou o aneurisma aórtico. Este é um dos raros relatos na literatura de casos com progressão rápida. Infelizmente, a paciente foi a óbito antes que pudesse ser feita correção do aneurisma.</p>	<p>INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL POS-LAPAROTOMIA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO</p> <p>BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA, ANA CLAUDIA ZANFOLIN LÓIS, ANA KARLA SILVESTRE SANTOS, EVANDRO LEITE BITENCOURT, LETÍCIA DO VALE REIS</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal, embora comum na população pediátrica, é rara em adultos, sendo que apenas 5% de todos os casos de intussuscepção ocorrem nesta faixa etária e dessas, somente 1% cursa com obstrução intestinal. Ocorre quando o segmento proximal do intestino (intussuscepto) telescopa dentro do segmento distal (intussusceptado). Geralmente localiza-se entre segmentos que se movimentam livremente e segmentos retroperitoneais ou fixados por aderências. Nos adultos o quadro clínico é bastante variável e inespecífico, o que torna o diagnóstico desta condição geralmente difícil e na maioria das vezes um achado intra-operatório. Ainda é controverso se a intussuscepção deve ser reduzida antes da ressecção.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino de 40 anos vítima de ferimento por arma branca em região posterior do tórax à esquerda, flanco à esquerda. Submetido a laparotomia exploradora, evidenciando lesão no diafragma à esquerda, lesão em cólon transverso de aproximadamente 1 cm de diâmetro, com extravasamento conteúdo fecalóide, e lesão em intestino delgado, também de cerca de 1 cm, a 80 cm do ângulo de Treitz. Realizado frenorrafia, enterorrafia, colorrafia. No 3º dia pós-operatório (PO) evoluiu com dor abdominal intensa e distensão abdominal com abdome tenso, doloroso à palpação superficial e profunda e peristalse de luta. Na Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total foi evidenciada imagem em alvo, com aspecto de intussuscepção ileo-ileal. Submetido a nova cirurgia, com achados de grande quantidade de líquido inflamatório na cavidade abdominal e intussuscepção intestinal a 140 cm do ângulo de Treitz. Realizada redução manual da intussuscepção, apresentando áreas de isquemia em alça no local da invaginação. Realizada enterectomia de porção de cerca de 30 cm de intestino delgado na região de intussuscepção, seguida de anastomose entérica. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no oitavo PO de reabordagem cirúrgica.</p> <p>DISCUSSÃO: Intussuscepção intestinal é uma condição rara em adultos. Enquanto em crianças cerca de 90% dos casos são atribuídos à causa idiopática, entre adultos 90% deles tem etiologia definida, sendo que a mais frequente está relacionada à presença de tumores intestinais. Dentre as causas traumáticas, o trauma abdominal fechado é uma causa rara de intussuscepção intestinal e tem sido relacionado a espasmos localizados da musculatura lisa, edema de parede intestinal e peristalse anormal. Em casos de intussuscepção relatada em pós-operatórios, a etiologia mais comum está relacionada à presença de sutura intestinal e aderências. Devido à possibilidade de sofrimento vascular do intestino e da elevada relação de intussuscepção e presença de tumores intestinais, é indicado tratamento cirúrgico em pacientes adultos com sintomatologia persistente. Não é recomendada a redução manual da intussuscepção durante a cirurgia em casos de patologias malignas devido ao risco de provocar embolismo venoso do tumor.</p>
<p>PO 731-2</p> <p>RELATO DE CASO: TUMOR DE WILMS</p> <p>Paulo César Silva Azizi, Paulo César Alves Azizi, Nicole Braz Campos, Janaina Aparecida Silva Braga Azizi</p> <p><i>Unifoa - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Wilms, também denominado nefroblastoma, é uma neoplasia embrionária maligna oriunda do blastema metanéfrico, sendo este, o tumor renal mais comum durante a infância. Afeta crianças entre 3 e 4 anos de idade e tem sido relacionado com a ocorrência de determinadas malformações, sendo as mais comuns as ligadas ao trato urogenital ou a anirídia (ausência da íris). As manifestações clínicas englobam dor abdominal, febre, náuseas e vômitos. Em aproximadamente 20% dos casos, pode haver a presença de hematuria. Esta neoplasia pode metastatizar-se para outras partes do corpo, especialmente para os pulmões, causando tosse e outros sintomas respiratórios. O diagnóstico pode ser feito com ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Em certos casos, a avaliação da medula óssea deve ser considerada. O tratamento para tumores unilaterais é a ressecção do rim em questão, mesmo que esteja presente metástase pulmonar. No momento da cirurgia, outros órgãos, como fígado e linfonodos, devem ser analisados. Após o procedimento cirúrgico, realiza-se o tratamento complementar, por meio da quimioterapia e radioterapia. A realização da quimioterapia antes da cirurgia só é recomendada quando o tumor renal for bilateral, visando salvar pelo menos um dos rins.</p> <p>RELATO DE CASO: L. V. S., feminino, 16 anos, com história de tumor de Wilms (nefroblastoma) há 12 anos, que foi retirado cirurgicamente, além da realização de radioterapia devido à metástase pulmonar. Atualmente queixa-se de atrofia da glândula mamária, devido à exposição da radioterapia, desejando a colocação de prótese de silicone. Ao exame: Cicatriz em região hipogástrica de 25 cms de extensão (devido a cirurgia para retirada do nefroblastoma) e mamas apresentando atrofia considerável, sendo indicada a colocação de prótese mamária de silicone de volume condizente com 200ml. Ultrassonografia de mama evidenciou nódulo mamário elipsóide hipocôgenico pouco desenvolvido no quadrante inferior externo da mama esquerda, medindo 1,3cm x 0,6cm, de aspecto inespecífico.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Wilms foi tratado corretamente e não apresenta atualmente nenhuma implicação significativa na vida da paciente. A metástase pulmonar regrediu com a radioterapia e está indicada a colocação de prótese mamária de silicone com volume de 200ml para esta paciente, visando sanar a queixa atual de atrofia mamária. Em relação ao nódulo mamário, a paciente foi orientada a continuar investigação diagnóstica.</p>	<p>PO 731-3</p> <p>HAMARTOMA RETRORRETAL(TAILGUT CYST): RELATO DE CASO E REVISAO DA LITERATURA</p> <p>JULIANA DANTAS ABRANTES DE MELO, JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO, MARTINA BRANGANTE FERNANDES PIMENTA, AZIF DAVI LEMOS, JOÃO SARAIVA LINS NETO, CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE, ARTHUR BEZERRA LYRA FERREIRA, FRANCISCO JUNIOR PEREIRA LEITE</p> <p>INTRODUÇÃO: O hamartoma retrorretal, ou Tailgut Cyst, é um tumor retrorretal congênito, originado de remanescentes embrionários do intestino posterior, são raros e encontrados no espaço pré-sacral, e podem exercer compressão extrínseca no reto e canal anal, o que explica sua sintomatologia. Este trabalho traz uma revisão sobre os tumores retrorretais, com foco no hamartoma cístico, ou Tailgut Cyst, tratado no Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa-PB. Estas lesões císticas possuem bom prognóstico e têm potencial curativo com a abordagem cirúrgica, a qual dependerá das características da lesão. O objetivo deste trabalho é apresentar 01 caso de hamartoma cístico retrorretal e revisar a literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: M.R.A., sexo feminino, 64 anos, tabagista de longa data, paciente já submetida a uma laringectomia e traqueostomia definitiva devido a um carcinoma espinocelular de laringe. Foi atendida no ambulatório de cirurgia oncológica, apresentando desconforto lombar eventual como principal sintoma. Ao exame físico da paciente não se encontrou nenhuma alteração. Durante o toque retal a mucosa se mostrou sem lesões, mas com abaulamento em região póstero-lateral à direita. As imagens obtidas pelo PET-CT mostraram formação expansiva e arredondada com densidade de partes moles na parede lateral direita do reto e musculatura levantadora do ânus, sem metabolismo glicolítico. Ressonância magnética mostrou formação cística de conteúdo espesso, de contornos bem definidos. Localizada no espaço reto e para-retal à direita, abaulando o reto, insinuando-se entre a transição anorretal e o músculo levantador do ânus à direita, hiperintenso em T1 e levemente hipointenso em T2. A terapêutica adotada foi a intervenção cirúrgica, de abordagem incisional posterior parassacral com preservação do sacro, com excisão de lesão cística retro-retal, sem complicações cirúrgicas. O histopatológico evidenciou cisto limitado por epitélio escamoso estratificado e epitélio glandular/mucinoso. A paciente recebeu alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório com dreno de sucção, evoluiu bem e assintomática, mantém a continência anal e aguarda RNM de controle pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: O Tailgut Cyst tem detecção difícil e diagnóstico tardio, incidência estimada em 1/40.000, atingindo mais o sexo feminino, entre 30-60 anos. Eles são localizados no espaço retro-retal ou pré-sacral. Normalmente as lesões são assintomáticas. Apenas quando elas atingem maiores dimensões, elas causam efeitos de massa local, com sintomas como constipação intestinal, dor retal e desconforto ao evacuar, dor lombar e sacral. A paciente apresentava esses sintomas, devido à massa que já estava bem delimitada no espaço pré-sacral, insinuando-se para a luz retal. A abordagem cirúrgica de eleição foi incisão posterior parassacral com preservação do sacro. Assim, o paciente não teve complicações cirúrgicas e evoluiu bem, assintomático, mantendo a continência anal. Se mostrando uma boa opção cirúrgica, com ressecção satisfatória da lesão.</p>

PO 732-1	PO 733-2
<p>VOLVO DE ILEO EM DECORRENCIA DE ADERENCIA INTRA-ABDOMINAL EM PACIENTE ADULTO - RELATO DE CASO</p> <p>RENATA BAPTISTA OSTROWSKI, MARCUS LEON DE JESUS GOMES, ANGÉLICA SOUZA DUARTE, MARIA GABRIELA TEIXEIRA VALENTINI, MILENA RIBEIRO SIQUEIRA CAMPOS FURTADO, GABRIELLA FERNANDES TRINDADE, PEDRO PAULO DE MATOS, TEODORO OSTROWSKI</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Volvo de intestino delgado é uma afecção rara, mais comum em lactentes, ocorrendo em consequência de defeitos no processo de rotação intestinal na fase embriológica. Em adultos, geralmente ocorre em virtude da formação de aderências pós-cirúrgicas. Descreve-se um relato de caso de abdome agudo obstrutivo por volvo de íleo, após apendicectomia por laparotomia. A relevância desse caso baseia-se na necessidade de haver acurada suspeita diagnóstica sobre essa afecção, rara no âmbito da cirurgia, pressupondo a importância dos diversos diagnósticos diferenciais que repercutem da clínica de abdome agudo obstrutivo.</p> <p>RELATO DE CASO: M.A.R., masculino, 20 anos. Apresentou-se ao pronto atendimento com queixas de dor de início súbito, há 3 horas, em região mesogástrica e hipogástrica, associada a náuseas e vômitos. Negou alterações em eliminações fisiológicas. Ao exame apresentou abdome flácido, doloroso à palpação superficial e profunda em mesogástrico e hipogástrico, com sinais de Murphy, Blumberg, Giordano e Rovsing negativos. Relatou ainda história prévia de apendicectomia, há 5 meses. Tomou-se a conduta de internação com prescrição antiemética e solicitação de Rotina de Abdome Agudo. Paciente progrediu com interrupção de evacuação e dor epigástrica intensa. Aos exames complementares, paciente apresentou leucocitose (16000). Radiografia evidenciou gás em ampola retal, sem presença de níveis hidroaéreos e tomografia computadorizada sem contraste apresentou acotovelamento de alça intestinal. A abordagem foi rápida, com decisão da equipe por cirurgia, sendo realizada laparotomia exploradora em que foram evidenciadas aderências de alças de intestino delgado com parede abdominal, volvo de delgado e ausência de secreções livres em cavidade. Procedeu-se com lise de aderências e destorção de volvo manualmente. Evidenciada a viabilidade das alças intestinais, com boa coloração e circulação, foi realizada anastomose término-terminal de íleo. Posteriormente, paciente foi encaminhado para enfermaria de cirurgia geral para acompanhamento.</p> <p>DISCUSSÃO: O volvo de íleo é uma torção da alça intestinal sobre seu ponto de fixação na porção mesentérica, proporcionando um elevado risco de sofrimento de alça intestinal por impedimento do fluxo sanguíneo e subsequente necrose. A torção ileal tem como principal causa a aderência ao peritônio parietal e pode decorrer da formação de lâminas de tecido conjuntivo, feixes vasculo-nervosos e do contato entre dois órgãos. As aderências podem ser patologicamente formadas em virtude da realização de procedimentos cirúrgicos prévios, porém, em 10% dos casos, ocorre em virtude de reações inflamatórias e fibrinolíticas a infecções ou traumas. A TC possui elevada especificidade para detecção dessa patologia. A conduta ideal é a resolução cirúrgica do volvo em caráter de urgência, tendo em vista seu alto grau de morbimortalidade. Em cerca de 53% dos casos pode haver reincidência, chegando até 85% dos casos se houver nova cirurgia.</p>	<p>ENDOMETRIOSE URETERAL: MANEJO CIRÚRGICO</p> <p>Bianca Haj Barbosa Santos, Isac César Roldão Leite, Rebeca Marques Margoto, Rafael Schalcher Martins Silva, Julia Crystina Carvalho Alves Faria, Marcelo Alencar Fonseca, Mario Sales Neves Carmo Filho, Bruno Vilalva Mestrinho</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial além dos limites do útero. No Brasil, sua prevalência é de 10 a 15% na população feminina fértil e até 50% das mulheres inférteis. Comumente, a endometriose afeta órgãos pélvicos, como ovários e, raramente, ureteres. Sua apresentação dá-se por uma doença ginecológica comum, benigna, crônica e estrogênio dependente com fisiopatologia ainda controversa. Dentre suas configurações, a forma profunda infiltrativa (EPI) da moléstia corresponde à lesões que infundem a superfície peritoneal em mais de 5mm, podendo acometer órgãos adjacentes. Para determinar a localidade são necessários exames complementares que incluem RNM, laparoscopia, ureteroscopia e cistoscopia. A abordagem terapêutica varia de acordo com a queixa da paciente e envolve: cirurgia, terapia de supressão ovariana ou a associação de ambas. Quando a dor pélvica é apresentada, o uso de anticoncepcionais orais é indicado podendo ser associado à análogos do GnRH. Caso os exames de imagem sejam sugestivos de endometrioma maior que 3cm ou suspeita de aderências, a cirurgia é designada.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 36 anos, nulípara, assintomática, sem outras comorbidades foi submetida a US de rotina que evidenciou suspeita de endometriose. À RM de abdome total, rins e vias urinárias apresentou alterações fibrocísticas crônicas pélvicas acometendo o ureter distal esquerdo com endometriose profunda determinando estenose focal (30mm) e, conseqüente, dilatação. Ademais, a cintilografia renal evidenciou rim esquerdo com função tubular reduzida e sinal de dilatação pielocalcinal. O manejo será através de ureteroscopia com biópsia e, posteriormente, laparoscopia para retirada dos endometriomas, excisão da região distal do ureter esquerdo com colocação de duplo J e reimplante vesicoureteral.</p> <p>DISCUSSÃO: A EPI corre em menos de um terço das mulheres que possuem endometriose sendo que apenas 0,08-6% delas possuem a localização ureteral da doença. No presente caso, a paciente obteve um diagnóstico tardio de um acometimento raro mas que cursou com achados comuns como a unilateralidade. Sua apresentação clínica é variável e pode incluir tanto sintomas como dismenorrea, dispareunia, dor pélvica crônica quanto nenhum sintoma. Dentre os exames não invasivos opcionais para pesquisa, a RM apresenta-se com maior acuidade diagnóstica. Contudo, casos de endometriose ureteral determinam a realização de ureteroscopia para definição de acometimento podendo ser extraluminal, presente em 80% dos casos, ou intraluminal, atingindo os outros 20% de mulheres relatadas. Casos como esse, em especial por sua raridade e complexidade, exigem uma equipe multidisciplinar (incluindo urologista, proctologista e ginecologista). A remoção radical da lesão ureteral e reimplante uretero-vesical por videolaparoscopia é indicada por sua efetividade, menor morbidade, curto tempo de internação, intensidade diminuída de dor pós-operatória e chances diminuídas de recidiva e fibrose.</p>
<p>PO 734-1</p> <p>GIST DELGADO LOCALMENTE AVANÇADO, ASSOCIADO ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO</p> <p>Cláudia Fernanda Camini, Marcelino Paiva Martins, Sílvia Casanova Baldissera, Rene Augusto Weirich, Flavio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são neoplasias raras do trato gastrintestinal, representam 1% a 2% dos tumores malignos desse sítio. Essas neoplasias estão mais frequentemente localizadas no estômago e no intestino delgado proximal, mas podem ocorrer em qualquer porção do trato gastrintestinal e ocasionalmente no omento, mesentério e peritônio. Esse estudo tem como objetivo demonstrar um caso de GIST em jejuno com invasão de cólon transverso e a importância de se pensar neste tipo de tumor como diagnóstico diferencial nesse sítio, uma vez que se trata de uma neoplasia subdiagnosticada.</p> <p>RELATO DE CASO: J.B. 70 anos Paciente com histórico de massa palpável em mesogástrico há cerca de 18 meses, sendo que há cerca de 7 dias houve o surgimento de dor e sintomas de desconforto gastrintestinal subocclusivos. Trouxe ultrassom de abdome total com imagem sugestiva de tumoração em cólon transverso. Co-morbidades : obesidade Índice de Massa Corpórea: 39; Hipertensão Arterial Sistêmica. Devido ao quadro subocclusao, foi optado por laparotomia exploradora. No Intraoperatório observou-se a presença de tumoração volumosa localizada mesogástrico infiltrando alça de cólon transverso e alça de jejuno, cerca de 60 cm após Ângulo de Treitz. Então, foi realizada ressecção alargada para tumor de origem intestinal em monobloco. Logo após, houve a reconstrução do trânsito intestinal através duas entero-entero anastomoses latero-laterais (cólon e delgado). Paciente evoluiu bem sem intercorrências com alta hospitalar no 4o dia de pós-operatório. Anatomopatológico e imunohistoquímica (IHQ): evidenciou tratar-se GIST (alto risco) com origem em alça de delgado (jejuno) com infiltração em alça de cólon. Margens livres. Mitoses > 5/5 mm². Tumor com 33 cm. Fará tratamento adjuvante com imatinib conforme fatores de risco GIST (IHQ)</p> <p>DISCUSSÃO: GISTs são derivados de células intersticiais de Cajal e estão relacionados com mutações ativadoras no protooncogene KIT que leva à atividade contínua da tirosina quinase e proliferação celular descontrolada. A identificação e definição adequadas do GIST tornaram-se necessárias para a introdução de inibidores da tirosina quinase do KIT, como o imatinib. Os principais parâmetros clinicopatológicos da malignidade do GIST são dependentes do tamanho e localização do tumor, número de mitoses e disseminação do tumor à distância. A ressecção cirúrgica completa dentro das margens livres de tumor é a terapia cirúrgica padrão. No caso em questão, foi realizada laparotomia exploradora para a resolução dos sintomas subocclusivos seguida de excisão cirúrgica completa do tumor em monobloco com margens livres após resultado de anatomopatológico. O prognóstico dos pacientes com GIST varia de acordo com o estágio, com maiores taxas de sobrevida naqueles em estágios iniciais. No entanto, outros fatores podem afetar os resultados, como idade e estado geral de saúde.</p>	<p>PO 734-2</p> <p>ADRENALECTOMIA DE CARCINOMA ADRENOCORTICAL COM HEMORRAGIA: RELATO DE CASO</p> <p>Helen Brambila Jorge, Felipe Antônio Góes Scorsioni, Igor Antonio Spilka, Marcel Depieri Andrade, Adrielle Andrade Pugas, Paulo Gardenal Teles, Rodrigo Tavore Strasser</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores adrenocorticais são pouco frequentes, incide cerca de 3% na população acima dos 50 anos. É mais frequente os benignos, enquanto os malignos são raros; o carcinoma adrenocortical (CAC) incide 1,5 caso para cada milhão de habitantes, com apresentação variável e prognóstico desfavorável. Aproximadamente 75% dos tumores são funcionantes e se apresentam com manifestações resultantes da hipersecreção hormonal. Os demais, podem ser diagnosticados casualmente por exames de imagem, como incidentalomas adrenais, por efeito de massa do tumor ou pela presença de metástases à distância. Dos carcinomas adrenais funcionantes, 45% secretam cortisol, 45% cortisol e andrógenos, enquanto, 10% apenas produzem andrógenos.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso: T.F.S, sexo feminino, 25 anos, admitida com dor abdominal de forte intensidade há 3 horas, localizada em hipocôndrio e flanco esquerdo associado à náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava abdome doloroso à palpação difusa, com massa palpável em hipocôndrio esquerdo. Exames de imagem evidenciaram volumosa massa em retroperitônio acometendo glândula suprarrenal esquerda estendendo-se até flanco esquerdo com 213 cm³ de tamanho. No intraoperatório evidenciou-se lesão expansiva em retroperitônio esquerdo, desde baço até o fundo de saco, com necrose e perfuração do tumor, desviando de pâncreas, aderida ao cólon transverso, baço e ao rim esquerdo; hematoma em todo retroperitônio bilateral e ausência de implantes peritoneais. Após ressecção cirúrgica, com preservação do rim e cólon transverso, peça foi enviada para anatomopatológico e imuno-histoquímico que a descreveu como neoplasia epitelial pleomorfa com extensa necrose e hemorragia, intimamente associada a suprarrenal esquerda. Paciente evoluiu bem, recebeu dieta no primeiro pós operatório e alta no quinto, mantendo seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A ressecção cirúrgica completa é a única terapêutica que pode curar ou prolongar a sobrevida de forma significante, particularmente, se a doença é detectada nos estádios I e II. A adrenalectomia aberta continua a ser a operação de escolha para o CAC com invasão de órgãos adjacentes, linfonodos regionais aumentados ou tumores com tamanho maior do que 10–12 cm. A adrenalectomia laparoscópica para CAC deve ser realizada apenas em pacientes incluídos em estudos prospectivos adequadamente planejados, devido à alta taxa de recorrência local em revisão de literatura. A avaliação imuno-histoquímico pode ter importância na diferenciação entre lesões adrenais e extra-adrenais que apresentem achados morfológicos semelhantes como o feocromocitoma, paraganglioma, carcinomas renais, hepatocelulares e tumores metastáticos. Neste estudo evidenciamos uma extensa massa abdominal associada a necrose e hemorragia, foi optado por cirurgia convencional com ressecção completa da lesão e preservação de estruturas próximas, como já demonstrado na literatura.</p>

PO 734-3	PO 735-1
<p>HEMANGIOMA CAVERNOSO COM COMPRESSÃO DO NERVO ÓPTICO: UM RELATO DE CASO.</p> <p>Camille Souza Carvalho, Igor Diego Carrijo dos Santos, Laís Ribeiro Vieira, Kétuny da Silva Oliveira, Yara Aguiar Serafim, Vanessa Mahamed Rassi, Mozart Borges Paula, Carlos Gustavo Romeiro Santiago Cavalcante</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os hemangiomas cavernosos são os tumores intraorbitais mais comuns do adulto. Geralmente acomete mais as mulheres de meia idade, com localização unilateral e intraconal. Normalmente é único, de crescimento lento e progressivo, e, apesar de ser histológico benigno, pode invadir as estruturas adjacentes apresentando sintomas oftalmológicos relacionados ao efeito da massa da lesão, como exoftalmia e compressão do nervo óptico, com comprometimento da função visual. Por tanto, pode ser considerado anatomicamente ou posicionalmente, um tumor maligno. Este trabalho relata um caso de hemangioma cavernoso em paciente feminina na 5ª década de vida, ressaltando a importância dos sintomas para determinação da conduta.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 53 anos, com queixa de redução de acuidade visual e proptose progressiva em olho esquerdo há 3 anos, sem antecedentes oftalmológicos. Ao exame oftalmológico, apresentou acuidade visual corrigida de 1,0 em olho direito (OD) e 0,8 em olho esquerdo (OE), motilidade ocular sem restrições. À inspeção, observa-se proptose importante de OE com exoftalmometria de 24 mm em OE e de 16 mm em OD. Biomicroscopia apresentando proptose moderada em olho esquerdo e olho direito sem alterações. Fundoscopia revelando edema de papila e tortuosidade vascular em olho esquerdo e olho direito sem alterações. Foi realizado uma tomografia, evidenciando lesão sólida intraconal e retro-orbitária, com hipótese de Meningioma ou Glioma. A paciente optou por aguardar sem intervenções e retornou após 2 anos com a piora do quadro. Nesse momento, a acuidade visual em OE era de movimento de mãos e havia comprometimento de nervo óptico esquerdo. Foi solicitado uma ressonância magnética de órbita, que evidenciou lesão sólida retrobulbar e intraconal, sugerindo hemangioma cavernoso. Foi indicado reconstrução de cavidade orbitária com provável acesso ao tumor com fratura de órbita. Ao analisar as imagens, foi optado por realizar acesso tranconjuntival temporal e superior, com dissecação e ressecção do tumor em bloco, sem necessidade de osteotomia. No primeiro pós-operatório a paciente já apresentou melhora da proptose e melhora gradual de acuidade visual com acompanhamento mensal.</p> <p>DISCUSSÃO: O Hemangioma Cavernoso pode precisar de remoção cirúrgica se causar comprometimento da função visual pelo efeito de massa e compressão do nervo óptico. A via de acesso depende da posição e do tamanho da lesão em relação ao nervo óptico. A excisão completa é geralmente possível e a morbidade cirúrgica é baixa. Neste caso, foi realizado a reconstrução da cavidade orbitária com exêrese do tumor. A função visual e o resultado estético são os principais parâmetros para avaliar o resultado clínico.</p>	<p>DIVERTICULOSE DE INTESTINO DELGADO: UM ACHADO INCIDENTAL EM QUADRO DE ABDÔMEN OBSTRUTIVO</p> <p>Mateus Pimentel Gomes Luz, João Marcelo Matos Pereira de Oliveira, Vitor Teixeira Holanda, Yan Mota Araújo</p> <p><i>Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A doença diverticular em intestino delgado é uma patologia rara, acometendo principalmente idosos. O quadro clínico é inespecífico, fato que dificulta e retarda o diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste é muito valiosa em sua avaliação e definição, mas por vezes o diagnóstico é feito no intraoperatório.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 49 anos, buscou o pronto-atendimento queixando-se de dor epigástrica, de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. Havia relato de apendicectomia e ooforectomia prévias. Ao exame, apresentava estado geral regular, fácies de dor, abdome semigloboso, doloroso a palpação em região epigástrica e sem sinais de irritação peritoneal. À radiografia do abdome, observou-se importante distensão colônica com níveis hidroaéres. Nos dias seguintes, evoluiu com aumento da intensidade da dor e parada de eliminação de fezes e flatos. O abdome tornou-se distendido, hipertimpânico à percussão e doloroso à descompressão brusca difusamente, com ruídos hidroaéres ausentes, solicitando-se a avaliação do serviço de Cirurgia Geral. Foi submetida a TC de abdome com contraste para investigação etiológica do quadro, que evidenciou distensão de alças jejunais, presença de nível hidroaéreo e ponto de transição abrupta de seu calibre, com afilamento, sugerindo a possibilidade de obstrução intestinal por aderências. Indicou-se a laparotomia exploradora, com achado de quantidade moderada de líquido seroso livre em cavidade, aderências presentes a cerca de 10 cm da válvula ileocecal, tornando-a incompetente, além da presença de múltiplos divertículos em jejuno proximal sem sinais flogísticos. Realizou-se lise de aderências após inventário da cavidade, não sendo evidenciado outro fator obstrutivo. Paciente evoluiu de forma satisfatória, tendo alta no terceiro dia pós-operatório, assintomática e em condições de seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: Ao contrário da doença diverticular dos cólons, os divertículos de intestino delgado são muito mais raros, representando cerca de 0,3 a 4,5% dos casos. Quando presentes, distribuem-se da seguinte maneira: 60-70% no duodeno, 20-25% no jejuno e 5-10% no íleo. As possíveis complicações agudas dessa condição incluem diverticulite, perfuração, pseudo-obstrução intestinal e hemorragia, que são raras e acometem cerca de 6-10% dos pacientes, podendo haver diverticulite crônica com formação de divertículo. O tratamento inclui desde medidas clínicas conservadoras até laparotomia de urgência. O diagnóstico diferencial da diverticulite de intestino delgado deve ser feito com apendicite aguda, pancreatite aguda, doença ulcerosa péptica, colites, doença inflamatória intestinal, colecistite aguda, enfermidades ovarianas, gravidez ectópica, além de outras causas de abdome agudo. A diverticulose do intestino delgado é muitas vezes assintomática e pode ser encontrada como achados incidentais em exames de imagem, cirurgias ou autópsias.</p>
<p style="text-align: center;">PO 735-2</p> <p>GANGRENA PENIANA: RELATO DE CASO INCOMUM</p> <p>Bianca Haj Barros Santos, Isac César Roldão Leite, Rebeca Marques Margoto, Júlia Crystina Carvalho Alves Faria, Marcelo Alencar Fonseca, Guilherme Ramos Leite, Mario Sales Neves Carmo Filho, Bruno Vilalva Mestrinho</p> <p><i>UnICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Gangrena Peniana (GP) é um evento raro, que acomete em torno de 2% da população masculina, frequentemente associado a infecções generalizadas e acometimentos circulatórios. Possui também correlação com aterosclerose, diabetes mellitus, calcificação vascular, doenças renais e uso excessivo de varfarina em pacientes trombocitopenicos. Apesar de não frequente, apresenta elevadas taxas de mortalidade quando presente (40-67%) pois seu algoritmo de tratamento é controverso devido o limitado relato de casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, idoso, negro, morador de rua, diabético sem tratamento, foi admitido pela equipe de emergência com rebaixamento do nível de consciência, calafrios, febre, desidratado e com indícios de alcoolismo. Ao exame físico, apresentava linfonodos inguinais superficiais e profundos palpáveis, emagrecimento e higiene precária. Exibia lesão necrótica extensa em todo o pênis, predominando na região médio-distal, atingindo também fâscia albugínea e corpo cavernoso, de cor enegrecida, fétida e seca - não purulenta. Após hidratação e antibioticoterapia de amplo espectro, foi encaminhado à urologia que realizou desbridamento, cistostomia e penectomia médio-distal. Após 48 horas, nova abordagem para avaliação de tecidos adjacentes. Encaminhado para UTI, manteve níveis glicêmicos elevados mesmo com drogas anti diabetogenicas e sinais de sepsis. Faleceu no 5º DPO.</p> <p>DISCUSSÃO: A GP é um processo irreversível que deve levar em consideração a etiologia para estabelecer a melhor abordagem visto que não possui consenso terapêutico bem estabelecido. No presente caso, o paciente apresentava fatores predisponentes que, unidos ao baixo nível de higiene pessoal, contribuíram para o desenvolvimento do processo necrótico. Em casos como esse, angiografia é de grande valia na avaliação dos vasos sanguíneos para determinar obstruções e orientar as decisões terapêuticas. Quando relacionada a processos isquêmicos, a resolução indicada é a penectomia parcial precoce, que contribui para não liquefação da ferida e preservação de áreas não afetadas, como realizado. Outra forma de tratar casos isquêmicos é através de by-pass entre a artéria femoral comum e a veia dorsal do pênis. Esse manejo pode ser utilizado para facilitar o fluxo retrógrado do corpo esponjoso, descomprimindo-o e resultando em alívio imediato e restauração da circulação normal. Ademais, a reconstrução peniana pode ser realizada com a transferência radial de retalhos do antebraço apesar de novos testes estarem disponíveis através de granuloplastia utilizando politetrafluoretileno expandido. Novas técnicas vem surgindo ao longo do tempo e se mostrando promissoras, mas a prevenção ainda se mostra o mais importante cuidado contra o desenvolvimento de GP. Mesmo com bom planejamento e abordagem multiprofissional, o paciente em questão apresentou um caso atípico com diversas complicações associadas que levaram ao óbito no 5º DPO.</p>	<p style="text-align: center;">PO 735-3</p> <p>APENDICITE AGUDA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE ENDOMETRIOSE EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>Amanda Luíza Aguiar Taquary Alvarenga, Amanda Cunha Gomes de Freitas, Marcella Rezendo Monteiro do Prado, Lidia Batista Ribeiro Costa, Pedro Henrique Alves de Moraes</p> <p><i>UnICEUB e Hospital HOME - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A endometriose é caracterizada pela presença de tecido funcional semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, mais comumente no peritônio pélvico, nos ovários e septo retovaginal. É importante a diferenciação da apendicite no sexo feminino com as afecções pélvicas, como doença inflamatória pélvica, endometrite e abscesso ovariano. O objetivo desse estudo é elucidar um caso atípico no qual ocorreu endometriose intestinal e apendicite aguda concomitantemente, sendo a intervenção cirúrgica diagnóstica e terapêutica para a endometriose.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 28 anos de idade, sem comorbidades, apresentou desconforto abdominal difuso, seguido de localização da dor em FID, náuseas e hiporexia. Dias antes do início da dor, relatava obstipação. Ao exame físico apresentava sinais de Blumberg e Rovsing, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, além de leucocitose com desvio à esquerda e proteína C reativa elevada. Realizada TC de abdome com contraste, a qual evidenciou apêndice cecal localizado na FID, apresentando sinais inflamatórios caracterizados pelo aumento de seu calibre, espessamento parietal e borramento do tecido adiposo peri-apendicular. Pequena quantidade de líquido livre em escavação pélvica. Ausência de coleções intra-abdominais ou pneumoperitônio. Desta forma, a paciente foi encaminhada à clínica cirúrgica com a hipótese diagnóstica de apendicite aguda. Realizada apendicectomia laparoscópica com incisão arciforme umbilical. À inspeção da cavidade abdominal, haviam aderências do apêndice junto à tuba uterina direita, a qual encontrava-se espessada e acotovelada, bloqueio em FID, bloqueio da tuba uterina e ovário à direita e presença de pequena quantidade de líquido sero-hemático em cavidade. Após, realizada passagem de trocarter em FIE e em região supra-púbica, ambos sob visão direta. Realizada liberação do apêndice em FID e dissecação de sua base, onde foi constatado sinais de apendicite. Feita liberação de mesoapêndice e apendicectomia, seguido de envio de peça para análise. A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. No laudo histopatológico, constatou-se processo inflamatório em margem cirúrgica, apendicite aguda supurada, com presença de infiltrado moderado de polimorfonucleares, hiperplasia linfóide, exsudato fibrinoleucocitário na serosa e endometriose de apêndice cecal. A paciente não havia conhecimento prévio sobre o diagnóstico de endometriose.</p> <p>DISCUSSÃO: A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico, cursa com dor abdominal, anorexia, náuseas e vômitos. A dor pélvica constitui diagnóstico diferencial da apendicite por afecções de outros órgãos, como na endometriose intestinal, enfermidade com maior prevalência em mulheres em idade reprodutiva. O diagnóstico definitivo necessita de intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia. Desta forma, diante de casos como o ilustrado, é de grande importância considerar a associação entre as enfermidades para diagnóstico diferencial em mulheres jovens.</p>

PO 736-1	PO 736-2
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL E NECROSE POR CATETER DISTAL DE DISPOSITIVO VENTRICULOPERITONEAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Anna Heloysa Almeida de Andrade Ludgerio Roberto, Eduardo Pachy Raia dos Santos, Hianny Ribeiro Cabral, Paulo Roberto da Silva Júnior</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - campina grande - Paraiba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A obstrução intestinal ocorre quando o fluxo normal de conteúdo intraluminal é interrompido. A obstrução pode ser funcional, devido à fisiologia intestinal anormal, ou devido a uma obstrução mecânica, que pode ser aguda ou crônica. A cirurgia de derivação ventriculoperitoneal (DVP) é a técnica mais utilizada para diminuir a hipertensão intracraniana ocasionada pelo acúmulo de líquido cefalorraquidiano (LCR), também conhecido como hidrocefalia. Revisões periódicas do dispositivo de shunt são necessárias a fim evitar possíveis complicações.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 50 anos, submetido a derivação ventriculoperitoneal há aproximadamente 28 anos, deu entrada no serviço de urgência com um quadro de dor abdominal difusa, distensão abdominal e êmese incoercível. O paciente relatou que desde a implantação da DVP, não deu seguimento as consultas com o neurologista, estando sem acompanhamento neurológico há quase três (03) décadas. Realizada tomografia computadorizada com contraste de abdome, constatou-se um quadro de obstrução intestinal compreendendo hipocôndrio direito e região mesogástrica. Inicialmente, após o diagnóstico, tentou-se acesso a cavidade abdominal por videolaparoscopia, mas devido a franca obstrução intestinal e a impossibilidade de insuflação da cavidade com CO₂, foi necessária conversão, realizando-se uma laparotomia exploradora. Durante o procedimento, foi possível identificar topografia jejunal do quadro obstrutivo, que estava aderida a porção distal do cateter intraperitoneal da DVP previa. Realizou-se enterectomia de aproximadamente 60 cm do jejuno e íleo, sendo feita, em seguida, anastomose término-terminal. No pós-cirúrgico foi prescrita dieta oral líquida e antibioterapia endovenosa devido ao quadro séptico. Após 10 dias o paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta.</p> <p>DISCUSSÃO: A obstrução do intestino delgado causada por aderências e inflamação ao redor do cateter de derivação ventriculoperitoneal é uma complicação extremamente incomum e grave, que pode exigir procedimentos invasivos como a laparotomia e a ressecção de porções do intestino para sua resolução, além dos riscos inerentes ao quadro obstrutivo, como necrose tecidual e peritonite. Mesmo sendo uma condição rara e que demanda de alto grau de suspeição, é importante que, nos pacientes portadores de shunts ventriculoperitoneais com clínica de abdome agudo, esta possibilidade seja levada em consideração como diagnóstico diferencial.</p>	<p>TUMOR URETERAL: RELATO DE UM CASO SECUNDARIO</p> <p>Bruno Vilalva Mestrinho, Bianca Haj Barbosa Santos, Isac César Roldão Leite, Rebeca Marques Margoto, Rafael Schalcher Martins Silva, Guilherme Ramos Leite</p> <p><i>UnICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os diversos tipos de cânceres de vias excretoras -de revestimento urotelial-comportam-se de forma semelhante, havendo pouca distinção no acometimento ou não de cálices e pelve renais ou ureteres. Dentre eles, apenas 5% são ureterais apresentando incidência de 2/100.000 casos/ano. Apesar de possuir homologia com os tumores uroteliais da bexiga, o tumor ureteral possui características que o tornam um desafio no diagnóstico precoce e terapêutico, pois apresenta alto polimorfismo genético, tornando o hospedeiro mais suscetível às mudanças ambientais e comportamentais. Tal fato contribui para o desenvolvimento de tumores com diferentes níveis de agressividade e comportamento. Comumente são unilaterais (95-99%) e, raramente, metacrônicos (1-3%). Sua incidência é maior em homens de 50-70 anos, brancos e tabagistas - principal fator de risco. Os casos secundários são considerados raros e tem como principais focos os tumores de mama, estômago e colorretal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 49 anos, com histórico de carcinoma espinocelular de colo uterino tratado por quimioterapia – base de cisplatina – associada a radioterapia há 2 anos deu entrada no PS com uremia. A tomografia evidenciou ureterohidronefrose bilateral, maior à esquerda, com suspeita de exclusão renal. Foi realizada nefrectomia total à esquerda e a análise anatomopatológica demonstrou presença de neoplasia. A análise imuno-histoquímica foi solicitada para definição etiológica e posterior propedêutica.</p> <p>DISCUSSÃO: A quimioterapia sistêmica a base de cisplatina determina o padrão ouro na primeira linha de tratamento de carcinomas uroteliais. No presente caso, a paciente havia realizado tal propedêutica com o CA de colo uterino, sendo encaminhada à nefrectomia. A utilização de exames por imagem foi relevante para a confirmação diagnóstica do CA ureteral, sendo o padrão ouro a urotomografia, um exame de grande acurácia quando já houver infiltração maciça. Contudo, a ureteroscopia flexível traz como comodidade a exploração macroscópica, obtenção de material para biopsia, determinação do grau do tumor em 90% dos casos e também possui baixas taxas de falso-negativos. Um terceiro exame de escolha é a cistoscopia que tem como fator a exclusão de possíveis casos de carcinoma in situ da bexiga ou uretra prostática. Tanto a nefrectomia quanto a ureterectomia segmentar podem ser realizadas. A avaliação médica é de suma importância para determinar a abordagem cirúrgica de acordo com o acometimento tumoral. A paciente em questão teve seu diagnóstico de tumor secundário realizado por laudo anátomo patológico que apresentou carcinoma de padrão sólido com extensas áreas de diferenciação escamosa, sendo identificado como foco primário o CA de colo uterino. Foi abordada por equipe multidisciplinar (urologia e oncologia) e após tratamento clínico-cirúrgico obteve redução dos escores urêmicos da admissão e melhora clínica significativa.</p>
<p>PO 736-3</p> <p>BENZOAR METALICO: OPÇÃO DE TRATAMENTO APOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS DE REPETIÇÃO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Davi Farias Pereira, Victor Barroso Camilo Cunha Ataíde, Diego Fernandes Queiroga Pita, Izabella Rezende Oliveira, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Rosana Rodrigues Galletti</p> <p><i>UniCEUB - DF - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A ingestão de corpos estranhos é uma ocorrência comum na infância ou em adultos que possuam doença psiquiátrica, retardo mental ou em presidiários. As complicações mais comuns estão relacionadas ao tipo de corpo estranho, localização e duração da impactação, sendo que objetos maiores que 6,5cm e pontiagudos são os mais comumente implicados em perfuração. Métodos não-endoscópicos de retirada são associados com alto risco de perfuração e aspiração, devendo ser evitados. A remoção cirúrgica é raramente indicada, sendo necessária quando o tamanho ou a multiplicitade do objeto contraindicar o método endoscópico, quando houver falta de progressão do corpo estranho pelo trato gastrointestinal e na presença de perfuração, obstrução e sangramento.</p> <p>RELATO DE CASO: FTL, masculino, 39 anos, esquizofrênico, com história progressiva de nove laparotomias exploradoras (LE) prévias para retirada de corpos estranhos. Procedente de presidio, escoltado por agentes de segurança, com relato de ter engolido 2 barras de ferro, uma em topografia de estômago e uma em quadrante inferior esquerdo (QIE) do abdome. Procedida endoscopia digestiva alta com retirada de uma barra de ferro (14cm) com alça de polipectomia, sem intercorrências. Permaneceu com outra barra de ferro na topografia de QIE. Recusou-se a receber toque retal. Recebeu alta por evasão. Retornou após 5 dias, com dor abdominal intensa, sendo realizada colonoscopia. Devido ao preparo de cólon retrógrado ruim o corpo estranho não foi visualizado.. Foi realizada TC de abdome com contraste evidenciando material com densidade metálica no interior do cólon descendente / sigmoide, provavelmente relacionado a corpo estranho, medindo aproximadamente 13 cm e estilhaços metálicos esparsos. Realizada retossigmoidoscopia flexível e procedida retirada do objeto com alça de polipectomia. Evoluiu com melhora clínica e recebeu alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Temos aqui um caso de ingestão de corpos estranhos metálicos em um paciente psiquiátrico e presidiário que já necessitou de diversas intervenções cirúrgicas devido ao mesmo problema. Foi necessária a realização de endoscopia digestiva alta para a retirada de um dos objetos e de retossigmoidoscopia flexível para a retirada do outro corpo estranho, não sendo necessária a abordagem cirúrgica em paciente com nove LE prévias.</p>	<p>PO 737-1</p> <p>HERNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO</p> <p>Natália Verzeletti Oliveira, Alber Pessoa Figueiredo, Laryssa Fernanda Feitosa Furtado, Raphael De Souza Barbosa, Jhennyffer Boritza</p> <p><i>HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal localizado entre a borda lateral do músculo reto abdominal e a linha semilunar, geralmente abaixo da linha arqueada de Douglas. Prevalente entre a quarta e sétima década de vida, representa cerca de 2 % das hérnias de parede abdominal. Por ser difícil a palpação do saco herniário e do defeito aponeurótico, utiliza-se frequentemente métodos complementares para identificação da hérnia. O tratamento é fundamentalmente cirúrgico, baseado na herniorrafia, tendo em vista o importante risco de obstrução até estrangulamento do seu conteúdo</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 50 anos, dislipidêmica e em tratamento de artrite reumatoide, proveniente do ambulatório da cirurgia geral refere dor em hemiabdomene direito, intermitente, intensa tipo fisgada iniciada pós colecistectomia, desencadeada pelas atividades laborais (cozinheira industrial) há 04 anos. Refere aumento progressivo do volume abdominal e da dor durante este período. Ao exame físico, o abdome era globoso com protuberância em flanco direito, não redutível manualmente, indolor à palpação sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia de abdome evidenciava hérnia de conteúdo intestinal com hiato de 5 cm de diâmetro em fossa ilíaca direita sugestiva de falha na parede abdominal no nível da linha semilunar. Realizou-se hernioplastia com incisão de Gibson, identificando-se saco herniário com conteúdo intestinal, o qual foi reduzido e colocou-se a tela, fixando-a com pontos separados. Inserido dreno de sucção no subcutâneo o qual permaneceu por 8 dias no pós operatório, retirado ambulatorialmente. A paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: A Hérnia de Spiegel tem apresentação clínica incomum, sendo a dor abdominal o sintoma mais prevalente. Os fatores predisponentes são obesidade, múltiplas gestações, doença pulmonar crônica, constipação crônica, ascite, traumas e cirurgias prévias; devido ao aumento da pressão intra-abdominal e causando enfraquecimento da parede. A USG de abdome é o método de primeira escolha para investigação diagnóstica, por ser de baixo custo, não invasivo, e de fácil acesso. A TC com contraste, indicada por dúvida diagnóstica, é específica para identificar situações de encarceramento e/ou estrangulamento, além disso, é capaz de avaliar o conteúdo herniário. O tratamento ideal para a hérnia de Spiegel é cirúrgico, devido ao alto risco de estrangulamento (21%) e encarceramento (até 30%). Atualmente as técnicas de hernioplastia pré-peritoneal tension-free tem sido as melhores opções. O tratamento tradicional das hérnias de Spiegel baseia-se em laparotomia, seguida de reparo primário, sendo a de escolha para hérnias de grande volume como a desta paciente. Outras técnicas para a correção: vídeo-laparoscópica, transabdominal pré-peritoneal ou totalmente extraperitoneal.</p>

PO 737-2	PO 738-1
<p>ADEMOMA NEFROGENICO DA BEXIGA EM UM PACIENTE JOVEM</p> <p>Laetitia Moraes Trindade, Pedro Henrique Cardoso Dall Agnol, Bruni Chao Lisot, Bruno Lorenzetti Florian, Gabriel Weiss, Giovanni Thomaz Pioner, Luis Vinicius Bastos de Souza, Rafael Trindade Deyl</p> <p><i>ULBRA - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O adenoma nefrogênico da bexiga (ANB) é uma variante dos tumores uroteliais, rara e benigna, mais frequente em homens adultos. Sua etiologia é desconhecida, porém sabe-se que está associada a processos inflamatórios crônicos, trauma vesical, litíase, processos indutores de imunossupressão e cirurgias oncológicas. A literatura atual é restrita no que diz respeito ao follow-up e aspectos clínicos, ainda necessitando de discussões. Por esse motivo, somado a escassez de relatos em jovens, decorre a descrição deste caso, diagnosticado como adenoma nefrogênico de bexiga.</p> <p>RELATO DE CASO: E.C.C, 17 anos, masculino. Encaminhado em 11/2017 para o serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, devido a lesões intra-vesicais evidenciadas em ecografia prévia e episódios de hematuria. Apresentava histórico de trauma abdominal fechado, com tratamento conservador. Negava emagrecimento ou sintomas constitucionais. Trazia ecografia das vias urinárias, na qual observou-se espessamento irregular e assimétrico da parede lateral esquerda e assoalho vesical, com áreas de captação de fluxo ao doppler junto à porção próxima à mucosa vesical, com espessura máxima de 2,4cm. Após, foi realizada uma cistoscopia, onde foram constatadas lesões vegetantes em parede lateral esquerda e domo vesical. O paciente foi submetido a ressecção transuretral de bexiga e o estudo anatomopatológico da amostra foi sugestivo de adenoma nefrogênico, com fragmentos de mucosa transicional com áreas de edema e foco de metaplasia intestinal. A imunohistoquímica apresentou CK7, CK 8/18, CK20, PAX2, PAX8, GATA-3, RCC, CDX2, CD10, Vilina, Ki-67 positivos, também sugestivo de adenoma nefrogênico.</p> <p>DISCUSSÃO: O ANB é uma lesão metaplásica do urotélio, cujo diagnóstico é histopatológico, demarcado pela presença de estruturas tubuloglandulares. Apresenta prevalência superior no sexo masculino e na idade adulta, ocorrendo mais frequentemente na bexiga (80%), seguida de lesões no trato geniturinário. A histogênese do ANB é explicada tanto como uma lesão metaplásica do urotélio vesical, quanto por uma lesão nefrogênica secundária à proliferação de células tubulares renais implantadas ao longo do trato urinário. Sua apresentação clínica é inespecífica, o que torna o diagnóstico essencialmente histológico. Engloba sintomas como disúria, hematuria e urgência miccional. O ANB pode estar associado com neoplasias uroteliais, adenocarcinomas ou carcinoma de células escamosas de bexiga. Além disso, apresenta alta taxa de recorrência e potencial de transformação maligna, o que justifica um regime de follow-up apertado. Destaca-se a importância da ressecção transuretral, apontada como essencial para diagnóstico e terapêutica, bem como de acompanhamento com cistoscopias de 3 em 3 meses após cirurgia e, após, 6 em 6 meses até completar 5 anos para follow-up de tumores vesicais de risco intermediário sem recidiva tumoral no último ano, conforme guidelines da European Association of Urology.</p>	<p>LINFOMA NÃO HODGKIN DE CÉLULAS T – TIPO ENTEROPATIA X COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS E FALHA TERAPÊUTICA</p> <p>Adriana Nascimento Garcia, Munhan-Gara Moçambique Maia, Débora Guedes Lopes, Naiara Portugal Dias Bicalho, Marcelo Henrique Santos, Claudio Paula Matos, Felipe Pastana Mano, Aline Sakamoto Souza Cohen</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O EATL se desenvolve geralmente no intestino delgado ou no cólon¹. Trata-se de um tumor raro, responsável por menos de 5% de todos os linfomas TGI e menos de 1% de todos os linfomas não-Hodgkin. A EATL é um linfoma agressivo associado a um péssimo prognóstico e a maioria dos pacientes morre devido complicações como múltiplas perfurações intestinais, refratárias. Na quimioterapia geralmente, é utilizado o esquema CHOP. A cirurgia pode ser necessária antes da quimioterapia, se o paciente for diagnosticado com perfuração ou obstrução intestinal².</p> <p>RELATO DE CASO: R. A. C, 23 anos, masculino, casado, natural de Boa Vista, militar veio ao HMAM com quadro de disúria, hematuria e perda ponderal de 15kg há 1 mês, associada ao aumento do volume abdominal e constipação intestinal há 3 semanas. Ao exame apresentava-se hipocorado, desidratado e sem linfonodos palpáveis. Abdomem com massa palpável em hipogástrico e dor periumbilical e em pelve. Hemograma com discreta anemia, sem leucocitose. TC de abdome com volumosa lesão expansiva centrada na pelve sugestiva de neoplasia de intestino delgado; moderada quantidade de líquido em pelve; acentuada distensão fecal de segmentos cólicos e nefrograma estriado bilateralmente, que sugeria processo inflamatório. No 3º DIH evoluiu com quadro de abdome agudo obstrutivo e necessitou de Laparotomia Exploradora de urgência onde foi encontrada Tumoração de cólon sigmóide aderida a bexiga, omento e peritônio. Realizada enterectomia segmentar do sigmóide e jejuno +15cm seguida de anastomose termino-terminal entre jejuno e sigmóide. No 14ºDPO evoluiu com Deiscência de sutura e evisceração sendo submetido a Relaparotomia a qual evidenciou-se deiscência de anastomose colônica, abscesso retroperitoneal e implante de neoplasia vesical. Sendo realizada Colostomia a Hartmann e Peritoniotomia. Foi realizada duas revisões de peritoniotomia e fechamento da parede na 3ª revisão. IHQ com LTAE confirmado. Recebeu alta após a 1ª sessão de quimioterapia em dezembro (com Protocolo CHOP). Retorna 2 semanas após alta com quadro de febre, distensão abdominal, hiporexia e fístula entero-cutânea em porção distal de FO com drenagem de secreção fecalóide, sendo internado e submetido a TC de abdome com contraste com múltiplas formações expansivas, três na cavidade pélvica em contato com segmentos de delgado, ceco e bexiga, linfadenomegalias e massas abdominopélvicas com compressão extrínseca do ureter. Faleceu após 5 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: Paciente com diagnóstico de LTAE com prognóstico reservado, apresentou falha da opção terapêutica. A cirurgia foi necessária antes da quimioterapia ou da radio, devido a obstrução intestinal². Quanto a quimioterapia, não existe nenhum esquema standard. O esquema terapêutico utilizado (CHOP) foi pouco eficaz, com baixa porcentagem de resposta completa ou parcial³. Espera-se que investigações futuras sejam realizadas a fim de modificar a história da doença, buscando um esquema terapêutico mais eficaz e curativo.</p>
<p>PO 738-3</p> <p>SARCOMA ESPLÊNICO: RELATO DE CASO</p> <p>Natália Sena Correia Oliveira, Guilherme Frederico Ferro Alves, Talita Magalhães Bernardo, Bruno Reis Peruzza, Renata Parada Amorim, Mauricio Alves Ribeiro, Luiz Arnaldo Szutun</p> <p><i>IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Sarcomas esplênicos são lesões muito raras e, portanto, encontram-se poucos relatos na literatura. Em geral, são identificadas acidentalmente por exames de imagem ou por sintomas oriundos de compressão de órgãos adjacentes e seu diagnóstico definitivo é realizado através da análise patológica do material obtido por biópsia ou ressecção da lesão.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 75 anos, sexo feminino, em acompanhamento com Hematologia por esplenomegalia de etiologia a esclarecer, encaminhada à Cirurgia Geral devido a suspeita de hematoma esplênico crônico, sendo indicada esplenectomia. No intraoperatório foi identificado rotura do baço, com presença de múltiplas aderências. Após 2 meses, paciente retorna ao pronto-socorro queixando-se de dor abdominal, náuseas, vômitos e massa palpável em flanco e fossa ilíaca esquerdos. Optado por realização de tomografia computadorizada que evidenciava imagem loculada de volume estimado de 538ml. Foi realizada uma biópsia guiada por USG com anatomopatológico inicialmente inconclusivo. Após revisão das lâminas do procedimento cirúrgico e da biópsia, optou-se pela realização de imunohistoquímica fechando-se o diagnóstico de sarcoma esplênico indiferenciado de alto grau. Optou-se por iniciar quimioterapia neoadjuvante, entretanto, paciente evoluiu com complicações do tratamento e óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias primárias do baço representam um grupo com baixa incidência na prática médica. Por corresponder a um conjunto de patologias raras e com manifestações inespecíficas, frequentemente são diagnosticadas em análise anatomopatológica de esplenectomias. Tumores primários esplênicos são classificados em linfóides, não linfóides e vasculares, benignos ou malignos. Dentre estas lesões, o hemangioma é o mais comum. Sarcomas primários de baço são raros, com poucos relatos na literatura. As neoplasias esplênicas primárias apresentam seu estudo dificultado por falta de casos relatados na literatura, assim como pelo fato de serem silenciosas ou diagnosticadas em casos de complicações, como malignização ou rotura esplênica. Logo, a falta de identificação da história natural da doença desfavorece o diagnóstico precoce, piorando ainda mais o prognóstico destes pacientes. Devido a raridade destas lesões assim como a dificuldade para definir seu diagnóstico e grau de agressividade, a ressecção cirúrgica e quimioterapia permanecem como tratamento proposto, porém sem dados na literatura que sejam capazes de determinar sua eficácia a longo prazo no tratamento da doença.</p>	<p>PO 739-1</p> <p>SUBOCCLUSÃO INTESTINAL EM ADULTO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO.</p> <p>RAISSA DO CARMO VITURINO, BIANCA FARIA OLIVEIRA, IAN RIBEIRO ROCHA, FELIX ORELLANA MEZA, LUIGI RODRIGUES BRIANEZ, RODRIGO FONSECA CAETANO, ALBERTO BICUDO SALOMÃO, CAMYLA LEMOS BUDIB</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABA - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel é uma rara anomalia congênita do trato gastrointestinal, encontrado em 2 a 3% da população, assintomático na maioria dos acometidos. Habitualmente localiza-se a cerca de 60 cm da válvula ileocecal, na borda antimesentérica do intestino delgado, decorrente da persistência da extremidade intestinal do ducto onfalomesentérico. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos, tornando o diagnóstico difícil. Em raros casos, mais frequentemente em crianças, podem apresentar sintomatologia, como sangramento. Entretanto, pode ser causa de obstrução intestinal. Nesse relato, descrevemos um caso de subocclusão intestinal em adulto por divertículo de Meckel.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 39 anos, com dor abdominal tipo cólica em mesogástrico, há 1 semana, com piora há 2 dias. Refere liberação de flatos e fezes de consistência amolecida em pouca quantidade. Abdomem distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, dor à palpação em mesogástrico, sem sinais de peritonite. Ausência de comorbidades ou cirurgias prévias. Apresentando hemograma sem alterações, amilase e lipase normais e proteína C reativa (PCR) 7,71 mg/dl (VR <5,0). À tomografia computadorizada de abdome total, evidencia-se líquido livre intra-abdominal na pelve, goteira parietocólica direita e adjacente ao lobo hepático direito; dilatação segmentar de alças intestinais delgadas, acometendo porções distais de jejuno e proximais de íleo, com irrigamento de vasos mesentéricos. Após 24 horas de tratamento clínico, com dieta zero, procléticos e sondagem nasogástrica, não apresentou melhora satisfatória. Submetido à laparotomia, foi evidenciado líquido livre em cavidade abdominal, espessamento e distensão de alças intestinais, com ponto de obstrução a 30 cm da válvula ileocecal por divertículo de Meckel, edemaciado, de 4 cm de diâmetro. Realizado enterectomia segmentar englobando o divertículo e anastomose latero-lateral com gramepeador. Apresentou evolução pós-operatória favorável, com realimentação precoce e alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Somente cerca de 2% das pessoas com divertículo de Meckel desenvolvem complicações, sendo elas, inflamação, obstrução, hemorragia ou perfuração intestinal. Tal fato, associado a não especificidade dos sintomas, semelhantes aos de diversas patologias de origem abdominal, torna difícil o diagnóstico do divertículo de Meckel como causa de abdome agudo obstrutivo. Assim, é importante o conhecimento acerca da patologia, para não haver retardo no diagnóstico e na indicação cirúrgica, como no caso em relato, que, após melhora clínica insatisfatória inicialmente, foi submetido à enterectomia com evolução favorável.</p>

PO 739-3	PO 740-1
<p>LINFEDEMA CRONICO ASSOCIADO A MIIASE</p> <p>Leticia Castro Freire, Renata Dionisio Nunes de Oliveira, Luan Pinheiro Domingues Moreira, Isabella Caldas Bastos, Mateus Guimarães Bervindo, Susane Katy Rocha Oliveira</p> <p><i>Uniceuma - são luis - Maranhao – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A prevalência da filariose linfática vem aumentando em países de clima tropical e subtropical, principalmente pela expansão de urbanização não planejada em muitas áreas endêmicas. É crucial frisar que o termo filariose linfática reúne filarioses brugia e bancroftiana, e podem evoluir com um quadro de difícil controle e de relevância tanto no âmbito social como no prognóstico clínico destes.</p> <p>RELATO DE CASO: SJRJ, 52 anos sem comorbidades apresentando linfedema crônico de grande extensão em membro inferior esquerdo, associado a lesão ulcerada de odor fétido e miiase, secundário à erisipela, evoluindo com febre e mal estar generalizado. Aos exames da admissionais apresentou leucocitose de 13530, parecer da cirurgia vascular paciente apresentava úlcera maleolar lateral com infestação larval , apresentando pulsos distais presentes e de boa perfusão, sendo liberado para acompanhamento ambulatorial, realização de desbridamento cirúrgico. Com início de terapia antimicrobiana com ciprofloxacino e clindamicina, sem melhora do quadro após 10 dias. A cultura evidenciou proteus mirabilis sensível a Amicacina, sendo realizada durante 7 dias evoluindo com melhora do quadro.</p> <p>DISCUSSÃO: Os dados acima refletem a importância de conduzir o paciente portador de linfedema crônico perante à necessidade de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, a identificação das espécies envolvidas como forma de conhecer o histórico e o potencial patogênico destas infestações. Vale ressaltar, que o parasito não interfere na possibilidade de ocorrência de linfedema primário, além da necessidade de cuidados em locais onde há condições precárias de higiene e, principalmente, em populações de baixa renda visando a obtenção de resultados satisfatórios no tratamento, evitando assim os riscos de sequelas indesejáveis que prolongam tanto o tratamento quanto a recuperação, aumentando o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais.</p>	<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ASCARIS LUMBRICOIDES: UM RELATO DE CASO</p> <p>Luan Mateus Rodrigues Sousa, Artur Neves Cardoso, Francisco Daniel Nunes Cruz, Renan Santos Cavalcanti, Larissa Maria Cardoso Lima Rodrigues, Jéssica Macedo Santos, Saulo Makerran Araujo Loureiro, Fabio Santos Alves</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O relato foi proposto pela raridade do caso, uma vez que a faixa etária do paciente não é a mais prevalente para a patologia, sendo mais incidente entre 6 e 12 anos, além de que, quando se trata desses casos, geralmente opta-se pelo manejo conservador. Outrossim, a ascariíase é endêmica em países em desenvolvimento, sendo a helmintíase mais prevalente, principalmente nos pacientes pediátricos, apresentando-se de forma assintomática na maioria dos casos. Na infestação maciça, pode evoluir com obstrução intestinal e invasão das vias biliares. O principal meio de diagnóstico consiste nos exames de radiografia e ultrassonografia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 5 anos, 28kg, morador de São Cristovão/SE. Admissão no dia 11/08/18 às 20:56, no pronto atendimento infantil do HUSE, com história de dor abdominal, vômitos e constipação há 1 dia; negava diarreia, febre e inapetência. Ao exame físico: BEG, AAA, eupnéico, MV+ em AHT, sem ruídos adventícios, FR= 18 irpm, BRNF em 2 tempos sem sopros, abdome plano, flácido e doloroso à palpação difusamente, RHA+, Blumberg duvidoso (paciente não colaborativo). Ademais, Conduta (11/08): prescrição: SF 0,9% - 500ML e dieta zero; solicitação de USG de abdome e exames laboratoriais. Outrossim, no mesmo dia foram analisados os exames laboratoriais, com as seguintes alterações: leucocitose, neutrófilos aumentados e as demais análises dentro dos padrões. Continuando o acompanhamento: (12/08): dores abdominais associadas a constipação e vômitos, USG sem alterações; (13/08): dor abdominal (dor difusa e de forte intensidade à palpação), vômitos com verminoses, sem alterações na diurese e com constipação mantida; TC com presença de líquido em pelve, onde foi indicada cirurgia para resolução. Procedimento cirúrgico: laparotomia exploratória + enterectomia + retirada de bolus de ascaris lumbricoides + enteroanastomose, sob anestesia geral, sem intercorrências. Após o procedimento, o paciente foi acompanhado até a alta hospitalar, que ocorreu no 5º DPO, com boa evolução clínica, pois no 2º DPO o paciente já não referia mais a presença de dores abdominais, iniciando dieta líquida bem aceita; no 3º DPO houve introdução de dieta branda, com começos de atividade peristáltica (percebida através de ausculta) e volta de eliminação de fezes.</p> <p>DISCUSSÃO: O procedimento realizado foi de acordo com o que está explícito na literatura médica atual, visto que não era possível a reversão de maneira conservadora. Nesse estágio, o mais indicado seria cirurgia com a realização de enterectomia + enteroanastomose, quando não possível a realização de ordenha simples. Além disso, a presença de líquido na pelve, associada a não intervenção cirúrgica poderia levar o paciente a ruptura da alça pela multiplicação dos helmintos.</p>
<p>PO 740-2</p> <p>RELATO DE CASO: DIVERTICULO URETRAL ABORDADO CIRURGICAMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM).</p> <p>Leandro Martins Gontijo, Stephanie da Silva Fernandes, Matheus Paiva de Souza, Heverton Ramos dos Santos, Carlos Hirokatsu Watanabe Silva, Rodrigo Bueno Rossi</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Divertículos de parede uretral apresentam incidência entre 0,6 e 5%. O diagnóstico geralmente ocorre pela história clínica com episódios repetidos de cistite, dor uretral e sintomas de irritação miccional; e pelo exame físico com a palpação de abaulamento em parede anterior vaginal que elimina pus do orifício uretral quando aplicada pressão. Apresenta o mnemônico dos 3 Ds: dribbling, dyspaurenia e dysuria. A maioria dos casos é provavelmente secundária a trauma uretral obstétrico ou grave infecção uretral.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.M.F, sexo feminino, 40 anos, encaminhada ao serviço de urologia do HRSM por história de abaulamento em parede vaginal próximo a uretral, há 7 meses. Refere sintomas de disúria, dor, dispaurenia e secreção uretral purulenta. Episódios recorrentes de infecção do trato urinário (cerca de 2 por mês). Nega história de trauma local. Histórico obstétrico G3P3C0A0 USG endovaginal: Presença de imagem cística, anecóica com debris finos, contornos regulares limites precisos, paredes finas, medindo 3x2,6x3cm. Volume 15,2cm³. Descrição cirúrgica: Passagem de cistoscópio evidenciando presença de orifício de drenagem na uretra, em terço médio, às 5 horas. Realizado incisão em "U invertido" da mucosa vaginal. Presença de intenso processo inflamatório e difícil dissecação do cisto parauretral. Ressecção completa deste até o colo. Abertura do cisto e sondagem com sonda número 6. Síntese por planos e colocação de tampão mucoso. Apresentou boa evolução clínica, com apenas a formação de pequeno hematoma em parede vaginal. Recebe alta hospitalar no 2 dia pós operatório (DPO). Retorna ao ambulatório no 23º DPO, assintomática. Retirado sonda vesical de demora.</p> <p>DISCUSSÃO: Divertículos uretrais são patologias raras da urologia e mais prevalente no sexo feminino. Maioria localiza-se ventralmente sobre as porções média e proximal da uretra, correspondendo à área da parede vaginal anterior de 1 a 3 cm do intróito. EAS e urocultura devem ser realizadas. O organismo mais comum isolado é a E. coli. No entanto, N. gonorrhoeae, Chlamydia, streptococos e estafilococos podem estar presentes. A manifestação clínica e o exame físico da paciente corroboram para o quadro de divertículo uretral. O diagnóstico se complementa com: A) Uretrocistoscopia; B) Urodinâmica para aqueles com incontinência urinária ou disfunção miccional significativa, sendo útil para documentar a presença ou ausência de incontinência urinária de esforço antes do reparo (aproximadamente 50% das mulheres com DU demonstrarão incontinência urinária aos esforços); C) Uretrocistografia contrastada; D) USG transvaginal; e E) RNM de pelve. O tratamento consiste na remoção do saco através de incisão na parede vaginal anterior, com cuidado para não ferir a musculatura esfinteriana uretral. O saco diverticular é completamente removido e o defeito na uretra reparado. A principal complicação é a fistula uretrovaginal. No caso, a paciente retorna assintomática, demonstrando sucesso no diagnóstico e na terapêutica adotada.</p>	<p>PO 741-1</p> <p>RELATO DE CASO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE JEJUNO</p> <p>Tayná Pereira Magalhães, Marcelo Raymundo Maiorano, Marco Vinício Fanucchi Gil, Diego Ferreira Andrade Garcia, Eduardo Henrique Rossi Simões, Rafael Mochate Flor, Gustavo Fernando Menezes Amaral, Domingos Aires Leitão Neto</p> <p><i>Instituto Prevent Senior - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais , embora relativamente raros, são os tumores benignos mais comuns do trato gastrointestinal. Compreendem 0,2% dos tumores gastrointestinais, sendo mais frequentemente encontrados no estômago (60-70%) intestino delgado (20 a 30%) cólon e reto (5%). São originados de células ganglionares mioentéricas (células de Cajal) ou de células de sua respectiva linhagem precursora. Originam-se de células de Cajal com expressão detectável de KIT (CD117), CD34 ou ambos. As células de Cajal apresentam propriedades verificadas em células musculares lisas e células do sistema nervoso autônomo. São capazes, portanto, de regular a atividade peristáltica gastrointestinal. De acordo com outros estudos, o GIST é formado a partir da transformação neoplásica de precursores pluripotentes (célula-tronco) positivos para o antígeno CD34, que originarão as células responsáveis pela movimentação intestinal. Se apresenta normalmente com sintomas inespecíficos, entretanto pode se apresentar como urgência cirúrgica em alguns casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 91 anos, com antecedente de HAS e hipotireoidismo, procurou PS com queixa de há dois dias ter iniciado quadro de dor epigástrica em cólica, associado a náuseas e vômitos. No exame inicial apresentava-se estável hemodinamicamente, com massa palpável em fossa ilíaca direita ao exame abdominal. Sem outras alterações ao exame físico. Exames laboratoriais se demonstraram normais. Tomografia de abdome evidenciou formação expansiva predominantemente cística, medindo 11,5 x 9,2cm na cavidade pélvica paramediana direita, suspeita para processo neoplásico, de provável etiologia ovariana. Distensão hidroaérea do intestino delgado, notando-se evidente zona de transição na projeção de fossa ilíaca direita, por provável compressão extrínseca pela lesão supracitada. Exames laboratoriais sem alterações. Devido ao quadro obstrutivo foi submetida a laparotomia exploradora de urgência que evidenciou lesão volumosa cística em jejuno a 50cm do Treitz, causando estenose local. Foi optado então por enterectomia segmentar com anastomose primária. Apresentou boa evolução pós operatória tendo recebido alta 4 dias depois com seguimento ambulatorial. O exame anatomopatológico diagnosticou tumor estromal gastrointestinal com expressão de CD 34, CD 117 e DOG 1. Índice mitótico de 4/50 e estadiamento pT3 pNx.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores estromais gastrointestinais ocorrem em aproximadamente 20-40:1 milhão de habitantes, sendo extremamente raro no jejuno. É geralmente assintomático e quando presente o sintoma mais comum é de sangramento digestivo. Quando temos tumores localizados, o tratamento cirúrgico é a terapia principal. O uso de Imatinib, droga inibidora da tirosinoquinase, se mostra eficaz como tratamento adjuvante de tumores localizados. Sendo assim, nota-se a importância em descrever o caso apresentado, pois se trata de um GIST de jejuno com manifestação clínica de obstrução intestinal.</p>

PO 741-2	PO 742-1
<p>LIPOSSARCOMA DE CORDÃO ESPERMÁTICO: RELATO DE CASO</p> <p>Mateus Henrique Hornburg de Paula, Bruna Salviano de Paula, Gustavo Galvan Debiasi, Felipe Arao Nunes, Bruno Zipperer Surkamp</p> <p><i>Universidade do Vale do Itajaí - Itajaí - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O lipossarcoma de cordão espermático é um tumor maligno e raro. Representa 0,03% dos tumores urológicos. Na literatura há cerca de 200 casos publicados. Este se origina do tecido adiposo a partir de células mesenquimatosas primitivas do cordão espermático.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 80 anos, apresentando quadro clínico de hérnia inguinal esquerda. Ao exame, identificado abaulamento redutível e indolor. Foi submetido a abordagem cirúrgica videolaparoscópica. No intra-operatório foi identificada volumosa tumoração ocupando cordão espermático. Realizada a conversão cirúrgica com realização de orquiectomia radical à esquerda com ressecção alargada do cordão. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um lipossarcoma desdiferenciado de alto grau, 55x45mm, margens livres, achado confirmado pela imunohistoquímica. Realizado estadiamento pós-operatório com achado único: linfonodo paraórtico de 12mm. Optado pelo seguimento com imagem em 60 dias. O exame de controle demonstrou um crescimento do linfonodo, 26mm. Realizado PET-CT, sem evidências de lesões a distância. Indicado tratamento cirúrgico: linfadenectomia pélvica esquerda e retroperitoneal. Paciente apresentou pós-operatório sem intercorrências. O exame anatomopatológico demonstrou um bloco tumoral, 65x45mm, compatível com metástase em região paraórtica, e presença de 01 metástase em 28 linfonodos dissecados, com presença de embolização angiolinfática. Realizado novo PET-CT para controle 8 semanas após a cirurgia, não evidenciando novas metástases. Paciente encontra-se em seguimento oncológico há 3 meses com programação de início de radioterapia adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: O lipossarcoma de cordão espermático acomete majoritariamente homens na faixa etária dos 50-60 anos. Apresenta-se habitualmente como massa escrotal ou inguinal assintomática de crescimento lento e tem por diagnóstico diferencial hérnias e lipomas. O diagnóstico é através de biópsia. O lipossarcoma pode ser histologicamente dividido em: bem diferenciado, mixóide, células redondas, pleomórfico, indiferenciado ou misto. O tratamento recomendado é a orquiectomia radical com excisão local alargada. Devido às dificuldades anatômicas e tendência a infiltração em tecidos locais, estes tumores apresentam-se difíceis de excisão, com margens cirúrgicas frequentemente positivas. Portanto, a recorrência locorregional permanece um problema e é recomendada re-excisão. A disseminação ganglionar é rara, sendo mais comum a hematogênica. Devido à recorrência locorregional em metade dos pacientes na primeira década, é proposta radioterapia adjuvante. Quimioterapia não tem ainda papel estabelecido. Determinantes do prognóstico são a ressecção completa, o tipo e grau histológicos e o tamanho do tumor. A sobrevida global é de aproximadamente 75% em 5 anos. No caso descrito, estima-se uma sobrevida menor e com maiores riscos de recorrências, tanto locorregionais quanto à distância.</p>	<p>INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-JEJUNAL IDIOPÁTICA NO ADULTO</p> <p>MAYZA DE KASSIA GOMES BUENO, LEANDRO JAIME BARRETO COSTA, CAROLINE ERICA MOISES, CAIO FAGUNDES QUADROS LIMA, NATHALIA BRAGA PEREIRA, AUTIERI ALVES CORREIA, THERESA CRISTINA ABREU VERSIANI, MILTON CARNEIRO DA SILVA</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - MONTES CLAROS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal no adulto é uma condição rara decorrente da invaginação de uma alça intestinal em seu segmento adjacente. Foi reportada pela primeira vez em 1674 por Barbette em Amsterdam. Atualmente, representa 5% dos casos registrados dessa patologia e 1-5% das causas de obstrução intestinal no adulto. O presente relato justifica-se pela raridade de sua descrição a fim de contribuir com discussões a serem realizadas acerca do tema.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente W.Q. sexo masculino, 40 anos, etilista crônico, há quatro dias iniciou quadro de dor em abdome inferior, náuseas, vômitos e três episódios de melena. Inicialmente manteve estabilidade hemodinâmica, mas cerca de 12 horas após admissão, apresentou piora clínica, com dor abdominal difusa, sinais de choque e insuficiência respiratória (IR). Em radiografia de tórax foi visualizado pneumoperitônio. Paciente submetido, na urgência, à laparotomia exploradora, na qual foi evidenciado intussuscepção jejuno jejunal, necrose do segmento telescópico, cerca de 60cm, e perfuração no ângulo de Treitz. Realizada enterectomia segmentar de todo o segmento necrosado, anastomose duodeno-jejunal término-lateral e drenagem da cavidade. Paciente apresentou boa evolução em UTI, sem intercorrências ou sinais de fístula. No 9º DPO, cerca de 14 horas após alta da UTI, evoluiu com IR e PCR, o que culminou com o óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Há poucos relatos de intussuscepção entérica idiopática do adulto. Diferentemente da população pediátrica, em que a intussuscepção intestinal mostra-se sem causa definida na grande maioria dos casos; nos adultos, ela apresenta uma lesão patológica subjacente identificável, com destaque a doenças malignas e lesões benignas como divertículo de Meckel, lipomas e síndrome de Peutz-Jeghers. A intussuscepção em adultos pode ser gastroentérica, enteroentérica, enterocolica ou colocolônica. Apresentamos aqui um caso de intussuscepção jejunal proximal idiopática em um adulto sem motivador identificável. A intervenção cirúrgica é obrigatória em todos os casos de intussuscepção em adultos. Nos casos de redução da etiologia pós-laparotômica, a intussuscepção sem ressecção é indicada desde que o intestino envolvido seja viável. Em todos os outros casos, a ressecção é considerada tratamento padrão, no entanto, o papel da redução é controverso.</p>
<p>PO 742-2</p> <p>INCIDENTALOMA DE SUPRARRENAL TRATADO COM SUPRARRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>CARLOS HENRIQUE QUINTÃO VALERIANO, FELIPE AGUILAR PINTO DIAS, MARIA CLARICE ALBUQUERQUE VASCONCELOS, CARLAILE SOARES FRANCO, AMANDA CAMPOS FRANCO, ANA JULIA LOPES VALERIO, MILTON ALVES ROMEIRO</p> <p><i>HOSPITAL MÁRCIO CUNHA - FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - IPATINGA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os incidentalomas suprarrenais são tumores >1 cm, em geral assintomáticos, descobertos acidentalmente em exames de imagem feitos por outras indicações. Com o envelhecimento da população e o aumento da utilização destes exames, estes achados são mais frequentes. Estima-se prevalência de 5-6% na população. É mais comum em idosos, obesos, hipertensos e diabéticos do tipo 1. O diagnóstico diferencial inclui neoplasias malignas ou benignas. A segunda é mais comum, maioria adenomas, usualmente não funcionantes e não requerem tratamento. Neste presente estudo, é relatado um caso de incidentaloma da adrenal direita volumoso e assintomático. Foram discutidas as implicações clínicas e a abordagem terapêutica.</p> <p>RELATO DE CASO: A.J.O., feminino, 62 anos, oriunda do interior de MG, procurou atendimento para tratamento da obesidade, com queixa de difícil perda ponderal, mas apresentava baixa adesão a medidas dietéticas e a exercícios físicos. Negou sintomas associados. Como comorbidades, apresentava HAS, DM, IC e depressão. Fazia uso de Levandolpino, Enalapril, Metformina, Gliclazida, Espironolactona, Furosemida e Citoneurin. Ao exame: obesa, assintomática, afebril, eupneica, eucárdica, acianótica, normotensa, edema de MMII. Exame cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações. Solicitada US de abdome, que mostrou extenso nódulo em suprarrenal direita, de 6,5 cm em seu maior eixo. Admitida no Hospital Márcio Cunha em Ipatinga, Minas Gerais, para extensão propedéutica. A TC de abdome contrastada evidenciou massa ovalada em suprarrenal direita, contornos regulares, medindo 66x54mm, densidade heterogênea, sem extensões a estruturas adjacentes. Dosagens hormonais séricas normais, sugerindo adenoma não funcionante. Aldosterona plasmática e atividade de renina plasmática não mensuradas, uma vez que a paciente não apresentava hipertensão de difícil controle. Por se tratar de um incidentaloma, provavelmente compatível com adenoma de suprarrenal direita não funcionante, não se excluindo a hipótese de carcinoma adrenal devido às grandes dimensões da massa, optou-se pela adrenalectomia direita videolaparoscópica para estudo anatomopatológico, que confirmou o diagnóstico de adenoma cortical de suprarrenal. Pós-op em UTI, recebendo alta hospitalar no 4º DPO. Em domicílio intercorreu com hipotensão, fraqueza, inapetência, náuseas e vômitos, sendo reinternada e iniciado tratamento empírico para insuficiência adrenal, com boa evolução clínica.</p> <p>DISCUSSÃO: Os exames de imagem têm se tornado mais disponíveis e acessíveis, resultando no aumento do diagnóstico incidental de tumores adrenais. O achado de massa adrenal maior que 1 cm impõe avaliação laboratorial hormonal e do risco de malignidade desses tumores, com objetivo de avaliar indicação cirúrgica, podendo reduzir morbimortalidade relacionada ao procedimento. A suprarrenalectomia videolaparoscópica é o método de escolha, por ser mais segura, menos invasiva, por possibilitar altas precoces e provocar menos dor durante o período pós-operatório.</p>	<p>PO 742-2</p> <p>PIELONEFRITE COM ABSCESSO RENAL E FÍSTULA DUODENAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Freire Guerra Boldrin, Ariél Soares Figueredo, Beatriz Bezerra Santo, Lucas Freire Guerra Boldrin, Daniel Nogueira Lacativa Lourenço, Jair Pereira de Melo Junior, Vicente Guerra Filho</p> <p><i>Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pielonefrite é uma infecção bacteriana supurativa aguda do trato urinário superior, tendo como sintomas febre, lombalgia, dor nos flancos e vômito, mais comum em mulheres sexualmente ativas, idosos e adolescentes. Dentre os principais microorganismos causadores, tem-se: E.coli, representando 85% a 90% dos casos, seguida da Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis e Proteus spp. Já as fístulas duodenais são comunicações anômalas entre o tubo digestivo e outra estrutura do organismo, cuja perda de fluidos resulta em desequilíbrio eletrolítico, desnutrição, tromboembolismo, icterícia, obstrução intestinal, infecções locais com formação de abscessos, sepsis. As causas de fístula duodenal podem ser espontâneas, como parte da evolução de acometimentos inflamatórios intestinais ou induzidas por intervenções cirúrgicas. Manifesta-se com náuseas e vômitos, distensão abdominal sem causa aparente, parada da eliminação de fezes e gases, taquicardia, oligúria e dor abdominal. Trata-se com a drenagem, controle da infecção, suporte nutricional adequado e monitoramento. Se múltiplos abscessos peritoniais, realiza-se cirurgia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 52 anos, apresentando dor moderada de início súbito, continua, na região lombar irradiando para fossa ilíaca direita do tipo cólica. Ao exame físico na admissão hospitalar encontrava-se febril, anictérica, lúcida e orientada em tempo e espaço, estável hemodinamicamente, com perfusão periférica fisiológica. Níveis séricos de creatinina, lactato, sódio, potássio e ureia normais. Evidenciou-se nível sérico de proteína C reativa no valor de 173.2 mg/dL. Foi solicitado tomografia computadorizada com contraste venoso de rins e vias urinárias, constatando-se pielonefrite com abscesso renal do lado direito. Este exame possibilitou levantar a hipótese de fístula na segunda porção duodenal, a qual foi confirmada pela endoscopia digestiva alta. Após análise, propôs-se o tratamento com Piperacilina e Tazobactam.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente relato de caso demonstra uma situação em que duas comorbidades são devidamente diagnosticadas e tratadas. Dessa forma, evidencia-se a importância de uma investigação clínica completa, em que uma hipótese diagnóstica não exclui a possibilidade da existência de outras. Ademais, o presente estudo é um exemplo da associação entre o exame físico e os exames complementares, sem que este sobrepuje aquele. Por fim, no tratamento utilizado, optou-se por uma abordagem não invasiva, que consiste em uma medida de restabelecimento da qualidade de vida do paciente e de prevenção a possíveis complicações. Sendo assim, a antibioticoterapia de associação Piperacilina mais Tazobactam é assertiva neste caso pois combina dois mecanismos de ação: a atividade bactericida de inibição da formação do septo e da parede celular aliada à ação de inativação de β-lactamases.</p>

PO 745-1	PO 745-2
<p>INTUSSUSCEPÇÃO EM GESTANTE POS BYPASS GÁSTRICO</p> <p>FELIPE GRION TREVISANE, DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO, EDUARDO HENRIQUE STEFANO, GUILHERME TELLES HAHN, RAI MONTANHOLI BUENO</p> <p>SANTA RITA - MARINGA - Parana - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Neste artigo apresentamos um relato de intussuscepção pós bypass gástrico. O bypass gástrico é considerado um dos principais tratamentos da obesidade mórbida. No entanto, sobre a fisiopatologia das complicações envolvidas durante o período gestacional após a realização da gastroplastia, ainda não existe consenso na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: KLDO, 38 anos, gestante com 22 semanas, hígida, admitida com quadro de dor abdominal súbita em região de abdômen superior, irradiada para dorso associado a náuseas. Histórico de bypass gástrico e colecistectomia há 9 anos. Cesárea e apendicectomia previa. Exames laboratoriais e ultrassonográfico de abdômen superior sem alterações na admissão. Evoluiu com hematêmese e sepse no segundo dia de internação, necessitando de transferência para UTI. No sétimo dia de internação evoluiu com choque séptico e IOT. Realizado tomografia de abdômen que evidenciou obstrução intestinal mecânica. Laparotomia de emergência, intussuscepção de alça intestinal. Realizado enterectomia mais enteronastomose e gastrostomia em estômago excluído por abdômen agudo perfurado por intussuscepção, evoluindo com expulsão de feto em óbito no pós-operatório imediato.</p> <p>DISCUSSÃO: A videolaparoscopia vem evoluindo como primeira opção em cirurgias abdominais. O Bypass gástrico laparoscópico é hoje uma das opções para tratar a obesidade, doença que vem aumentando atualmente. A complicação intestinal que ocorre após a cirurgia de Bypass geralmente é decorrente de aderências intestinais, hérnias internas ou intussuscepção, esta última responsável por 0,1% a 0,3% dos casos. Sugere-se que o aumento da pressão intra-abdominal associado a redução abrupta de peso contribua para maior risco de complicações principalmente no segundo e terceiro trimestres. No entanto, não se pode dizer com clareza que a gravidez pode aumentar o risco de intussuscepção intestinal, mas a redução de peso acentuada, aumenta o risco de intussuscepção. Estudos indicam que a maior incidência ocorre após 4 anos da cirurgia. A idade média envolve 27,42 semanas. As náuseas e vômitos característicos da gestação muitas vezes podem atrapalhar no diagnóstico da intussuscepção. Assim o limiar para suspeita de qualquer complicação da cirurgia de bypass é baixo. A redução da intussuscepção intestinal é segura e eficaz, porém existe um risco significativo de recorrência. A técnica de ressecção mais anastomose, parece ser a melhor escolha. Já no diagnóstico da intussuscepção o exame de escolha é a tomografia de abdômen, porém na paciente gestante traz riscos para o feto. O atraso no diagnóstico aumenta o risco de morte fetal, em 48 horas temos 10% e mais de 48 horas 50%.</p>	<p>PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA APOS COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLA J</p> <p>Maria Luiza dos Santos, Giulia Garibaldi Bertoncello, Pedro Lucas de Paula, Maria Eduarda Deon Ceccato, Andrei Cardoso Centeno, Pablo Luis de Oliveira, Mathias Burin Grohe, Jorge Antônio Pastro Noronha</p> <p>Hospital São Lucas da PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Pielonefrite Xantogranulomatosa (PNX) é uma condição infecciosa rara da pielonefrite crônica, caracterizada pela destruição supurativa renal devido à ação de macrófagos carregadores de lipídeos (células xantomatosas), podendo ser confundida com Carcinoma Renal. Cerca de 8,2% dos casos de pielonefrite crônica e 25% de pielonefrose submetidos a análise patológica apresentam PNX, predominando no sexo feminino em torno dos 50 anos. O quadro clínico típico inclui dor no flanco, febre, mal-estar e geralmente com massa renal unilateral palpável. A urinalise revela piúria, proteinúria e bacteriúria, os exames de sangue apresentam alterações inespecíficas, como anemia e disfunção hepática em 50% dos casos. O diagnóstico é realizado com exame de imagem, preferencialmente a Tomografia Computadorizada (TC), demonstrando massa heterogênea e áreas compatíveis com abscessos, juntamente com análise patológica pós-operatória.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 30 anos, internou via emergência por pielonefrite complicada por cálculo de ureter obstrutivo, com sepse. Em tomografia computadorizada de urgência, cálculo impactado em ureter direito renal medindo 0,7cm. Iniciada reposição volêmica, antibioticoterapia e submetido à colocação de cateter duplo J. Logo após procedimento, apresentou PCR com ROSC de 5 minutos. Evoluiu com choque séptico (Klebsiella pneumoniae em urocultura) com necessidade de suporte ventilatório, hemodinâmico e terapia de substituição renal. Tomografia de controle evidenciou abscessos intrarrenais à direita não passíveis de drenagem percutânea e duplo J normoposicionado. Devido à ausência de qualquer melhora clínica, ou evolução satisfatória no controle da infecção, optou-se por nefrectomia total deste rim comprometido. Anatomopatológico da peça demonstrou pielonefrite aguda e crônica com áreas abscedadas em parenquima renal e em tecido adiposo perirrenal, com necrose tubular aguda, inflamação crônica linfomononuclear e exsudação de neutrófilos. Após procedimento e medidas intensivas, houve melhora clínica progressiva, com evolução satisfatória.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do avanço diagnóstico, a PNX continua tendo um diagnóstico difícil, podendo ser diagnosticada erroneamente em alguns casos como carcinoma renal, o que pode retardar seu tratamento, sendo exclusivamente cirúrgico. O manejo do tratamento inicial de uma pielonefrite com obstrução pode culminar na evolução do quadro, como no caso relatado. A evolução clínica do caso descrito mostrou-se com diversas complicações, evidenciando a importância do diagnóstico e tratamento precoce.</p>
<p>PO 745-3</p> <p>OSSIFICAÇÃO HETEROTÓPICA DO MESENTERIO - RELATO DE CASO</p> <p>Diego Fernando Martínez Palma, Ramiro Colleoni, Alexandre Borgheresi, David Carlos Shigueoka, Ricardo Artigiani R, Milton Scalabrini, Gaspar J Lopes Filho</p> <p>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia-Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Ossificação heterotópica é uma formação anormal de osso além do sistema esquelético, sendo amplamente descrita após cirurgias ortopédicas e nas situações de imobilização prolongada. A ocorrência de formação óssea heterotópica no mesentério é extremamente rara e sua etiologia permanece desconhecida. Tem sido descrita com maior frequência em pacientes do sexo masculino de 40 a 80 anos de idade (média = 61) e antecedentes de traumatismo ou intervenção cirúrgica na região acometida. Geralmente assintomática, já foi relacionada à complicações graves como obstrução intestinal em doentes com à laparotomias prévias. A remoção cirúrgica tem sido a única modalidade terapêutica a obter bons resultados nesses doentes.</p> <p>RELATO DE CASO: JRS, feminina, 58 anos, foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação de uma lesão intra-abdominal diagnosticada de forma incidental. Havia sido submetida à tireoidectomia total há doze anos por carcinoma papilífero de tireóide e cinco anos depois à ressecção de metástases pulmonares. O tratamento foi complementado com aplicações de iodo radioativo. Estando assintomática, realizou exames de controle, entre os quais um PET-CT e uma tomografia abdominal que identificaram uma formação arredondada cística com calcificações parietais finas e irregulares, localizada no mesogástrio junto a alças intestinais delgadas e medindo cerca de 4 cm. Foi submetida à laparotomia exploradora que revelou lesão nodular ovóide, bem delimitada, endurecida, com superfície regular e coloração esbranquiçada, medindo aproximadamente 4 cm. A lesão foi inteiramente removida através de uma enterectomia do segmento intestinal comprometido e anastomose termino terminal. A evolução pós-operatória ocorreu sem intercorrências. O exame histopatológico da peça operatória revelou ossificação heterotópica nodular do mesentério (sem sinais de neoplasia). A paciente faleceu cinco anos depois pela evolução de metástases do carcinoma papilífero no SNC.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso incomum aqui apresentado destaca-se pela inexistência de antecedentes de trauma ou operações prévias no território da lesão, justificando que, mesmo nessa situação, a hipótese de ossificação heterotópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial das lesões calcificadas do mesentério.</p>	<p>PO 746-2</p> <p>CANCER DE PENIS METASTATICO EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>LUIZ FERNANDO LOPES DE ALMEIDA MOLINA, NATHÁLIA RÓS SIMÃO, RAFAEL DANILO RODRIGUES DO AMARAL, RENAN VICENTE SOHN, THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO</p> <p>UFMT - Hospital Universitário Júlio Muller - CUIABA - Mato Grosso - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Paciente de 25 anos, acometido por carcinoma escamoso moderadamente diferenciado com invasão vascular, perineural e metástase linfonodal referindo 4 meses de evolução. Neoplasia fora da faixa etária habitual com tumor em pT3. Nega zoofilia e diagnóstico de HPV ou IST's. Esse tipo de neoplasia está relacionada à higiene precária, múltiplos parceiros e baixa escolaridade, com maior taxa epidemiológica nas regiões norte e nordeste do país.</p> <p>RELATO DE CASO: Foi atendido por urologista, com queixa de prurido e úlcera em pênis iniciada há quatro meses. Referiu que, dois dias após relação sexual desprotegida e sem posterior higiene, apresentou prurido em prepúcio, que se expandiu associado a processo inflamatório. Este evoluiu acometendo toda a circunferência peniana e glândula em 2 meses. Alegou, ainda, ter realizado tratamento tópico, todavia sem melhora. Em atendimento, C.A.C.C. apresentava lesão úlcero-vegetante, com deformidade balanoprepucial de toda a circunferência peniana; 2/3 do comprimento do corpo e glândula, com cerca de 10 cm de diâmetro; superfície de tecido friável; secreção purulenta abundante; e odor fétido intenso, associado a linfonodos inguinais esquerdos visíveis, endurecidos, móveis e sem fistulização. Realizada biópsia incisional em hospital terciário, com anatomopatológico conclusivo de carcinoma escamoso (CCE) moderadamente diferenciado e invasivo. Com o resultado, foi internado para estadiamento e planejamento cirúrgico. Em seguida, iniciou antibiótico terapia, com proposta de 40 dias, após 7 dias de uso não apresentava sinais infecciosos, porém sem regressão linfonodal. Submetido a penectomia parcial, com proposta de reabordagem para esvaziamento inguinal após o término do ATB. Peça com margem livre e estágio T3, invasão até a túnica albugínea, com foco de invasão vascular e infiltração perineural.</p> <p>DISCUSSÃO: Esse caso é relevante para a comunidade médica, em razão do período sem diagnóstico, da evolução rápida da doença, e da morbidade do paciente adulto jovem após o tratamento. Após revisão sistemática em metanálise, nas bases de dados da European Association of Urology (EAU) e do Medline/LILACS, identificou-se que a faixa etária predominantes é de 63 anos (23-80 anos), com casos esporádicos em homens menores de 40 anos. O CCE é o tipo mais frequente e corresponde a cerca de 90% dos casos. Se o diagnóstico é precoce, a biópsia excisional pode retirar a neoplasia sem alteração de funcionalidade, porém a grande maioria tem diagnóstico tardio. Na presença de metástase linfonodal, há grande impacto no prognóstico. A sobrevida global dos pacientes nos estágios III e IV é de 59% em 5 anos, enquanto os em estágio I e II tem sobrevida de 85% em 5 anos. A penectomia parcial teria menor repercussão psicossocial em pacientes idosos quando comparado ao adulto jovem. Após penectomia parcial C.A.C.C. terá que encontrar outras formas de se relacionar sexualmente, pois não haverá possibilidade de penetração. Além disso, terá que adaptar-se à micção.</p>

PO 746-3	PO 747-1
<p>TUMOR FIBROSO SOLITARIO PELVICO – RELATO DE CASO</p> <p>Diego Fernando Martinez Palma, Ramiro Colleoni, Guilherme R Prado, Douglas Sterzza Dias, David C Shigueoka, Ricardo Artigiani, Milton Scalabrini, Gaspar de Jesus Lopes Filho</p> <p><i>Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia-Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Tumor Fibroso Solitário (TFS) é uma neoplasia mesenquimal rara, anteriormente denominada hemangiopericitoma e descrita por Klemperer e Rabin em 1931 na pleura visceral. Casos de TFS foram relatados em quase todas as regiões anatômicas. Na maior série de casos da literatura a localização abdominal (espaço retroperitoneal e pelve) correspondeu à 37% dos pacientes. Composto por células fusiformes semelhantes a fibroblastos, variavelmente pleomórficas, misturadas com espessas travessuras de colágeno e dispostas ao acaso ou em fascículos curtos, o TFS apresenta também proeminentes ramificações de vasos hialinizados e expressão dos marcadores CD34 (90-95%), CD99 (70%) e bcl2 (35%). Segundo a Classificação da OMS pertence ao grupo de tumores fibroblásticos/miofibroblásticos de malignidade intermediária, sendo as formas malignas definidas como hiperclonulares, mitoticamente ativas (> 4 mitose / 10 campos), com atipia citológica, necrose tumoral, e / ou margens infiltrativas.</p> <p>RELATO DE CASO: NEDM, 58 anos, sexo masculino, há dois meses apresentava dor em fossa ilíaca esquerda associada a aumento do volume abdominal e disúria. Ao exame físico apresentava dor à palpação do hipogástrico e fossa ilíaca esquerda. TC demonstrou formação expansiva sólida, de contornos regulares e limites bem definidos, com realce heterogêneo ao meio de contraste e medindo 12,0 x 9,0x 8,3 cm, localizada no hipogástrico e pelve, deslocando a bexiga e os vasos ilíacos, sem sinais sugestivos de invasão. Foi submetido à laparotomia exploradora que identificou volumosa tumoração sólida pélvica, que foi completamente ressecada após cuidadosa dissecação das estruturas adjacentes. A peça operatória mediu 12,3 x 9,2 x 8,1 cm e pesou 520,0 g. A análise histológica e o perfil imuno-histoquímico (CD34, CD99 e bcl2 positivos) estabeleceram o diagnóstico de Tumor Fibroso Solitário. Não ocorreram complicações na evolução pós-operatória. O paciente encontra-se atualmente com seis anos de acompanhamento e não apresenta sinais de recidiva nem de metástases.</p> <p>DISCUSSÃO: Ocorre geralmente na faixa dos 50 anos, sem predileção por gênero, manifestando-se como massa indolor, de crescimento lento, hipervascolarizada e com características histológicas benignas. Características macro e microscópicas agressivas ocorrem em até 20% dos casos e a ocorrência de metástases é incomum. O tratamento preconizado é a ressecção completa com margens negativas.</p>	<p>PERFIL CLINICO-CIRURGICO DE UM TUMOR MESENTERICO, ESTUDO DE CASO</p> <p>Carlos Brandão Feitosa Nina, José Guilherme Belchior Costa, João Marcelo Garcez Alves, Lorayne Lino Sousa, Willian Vale de Holanda, Marcelle Sakamoto Travassos, Manoel Lages Castello Branco Neto, Hiago Sousa Bastos</p> <p><i>UNICEUMA - São Luis - Maranhao - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Cisto mesentérico é uma patologia rara e é definida como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto. A etiologia permanece incerta, entretanto, admite-se que obstruções linfáticas, desordens embrionárias, trauma abdominal ou degeneração local de tecidos linfáticos possam propiciar a formação do cisto. Os exames laboratoriais não favorecem um direcionamento para o diagnóstico, no entanto, exames de imagem como a ultrassom e a tomografia são exames que proporcionam melhor acuidade diagnóstica. Por se tratar de uma doença rara e predominantemente assintomática, esse estudo foi realizado para descrever o caso de um cisto mesentérico gigante com objetivo adicionar conhecimento sobre a moléstia.</p> <p>RELATO DE CASO: C.S.S, 36 anos, sexo feminino, oriunda de hospital de referência, queixa de dor abdominal irradiando para a região lombar há 2 anos, optando por tratamento ambulatorial para alívio do sintoma. A cerca de 6 meses, houve intensificação dos sintomas associados e febre. Ao exame físico, paciente apresentou-se eufórica, hidratada, normocorada, abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos positivos, timpânico a percussão, doloroso a palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito, flanco direito e fossa ilíaca direita. Realizou TC de Abd Total: demonstrou lesão expansiva cística (23x21x23cm) desde HD até a pelve. Foi encaminhada a outro hospital com porte para investigação e resolução do seu caso. No processo cirúrgico, foi feita a abertura de incisão mediana, no qual foi visto uma formação cística gigante no retroperitônio sem invasão de alças intestinais. Realizada a manobra de Cattel a direita para liberação do ceco, desfeito as aderências entre o tumor cístico e alças intestinais, logo após, a exérese do tumor cístico e uma apendicectomia profilática, além disso, foi solicitado anatomopatológico do apêndice cecal. Por fim, houve a revisão e lavagem da cavidade abdominal, fechamento em plano único com síntese e o curativo. Paciente recebeu alta após o quinto dia de pós-operatório, posterior a avaliação que constatou uma boa evolução, ativa, orientada, sem queixas, negava febre e já aceitava dieta completa.</p> <p>DISCUSSÃO: A maioria dos casos de cisto de mesentério são assintomáticos, sendo percebidos acidentalmente durante um exame de imagem ou exploração cirúrgica abdominal. Quando sintomáticos, apresentam-se com desconforto abdominal crônico ou abdome agudo. O artigo evidencia que o cisto de mesentério é uma patologia rara e que pode ser sintomática, traçando o quadro clínico juntamente com os sintomas da paciente, afim de que se estabeleça um perfil sintomático acerca da doença, facilitando o estudo e diagnóstico precoce da mesma.</p>
<p>PO 747-2</p> <p>HISTERECTOMIA NO HOMEM: UMA CONDUTA RARA</p> <p>Antonio Lopes Muritiba Neto, Maria Lavínia Brandão Santiago, Tadeu Gusmão Muritiba, Tadeu Gusmão Muritiba Filho, Theodorico Fernandes Costa Neto</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes (UNIT) - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O desenvolvimento embriológico urogenital normal requer o aparecimento de dois ductos: Wolff (origina o epidídimo, ductos deferentes, vesícula seminal e ducto ejaculatório) e Muller (origina Tubas uterinas, útero e parte superior da vagina), a partir disso, quando as células germinativas migram para o ducto mesonefrico, haverá aumento de hormônio correspondente ao sexo e sua respectiva diferenciação, como desenvolvimento da vagina nas mulheres e testículos e pênis nos homens. Para que ocorra a correta diferenciação, deverá ter a regressão de um ducto específico para o sexo correspondente (ducto de Muller no homem e ducto de Wolff na mulher), o que torna a embriogênese adequada. Porém, a Síndrome da persistência do Ducto Mulleriano é uma doença autossômica recessiva, rara, que acomete principalmente a área pediátrica e tem como principal acometimento fisiopatológico o defeito da secreção do hormônio anti-mulleriano, responsável por degradar o ducto de Muller, ou de seus receptores, gerando assim, o aparecimento no homem de útero, tubas uterinas e/ou porção superior da vagina. Sua principal manifestação é a criptorquia e hérnia inguinal unilaterais.</p> <p>RELATO DE CASO: Foi realizado ambulatorial, em hospital escola de Alagoas, com paciente do sexo masculino, com dor em hipogástrico há cinco anos, com piora em relações sexuais, e criptorquia a direita. No decorrer do exame físico evidenciou-se tudo dentro dos padrões da normalidade, inclusive genitais sem alterações e testículo palpável no lado esquerdo. Da mesma forma, os exames laboratoriais encontravam-se dentro das referências. Logo em seguida, foi feita uma Ultrassonografia Pélvica Transabdominal que evidenciou uma massa de caráter mista de 7.7 x 4.4 x 7.7 e volume de 141.3cm³ e em posterior Ressonância Nuclear Magnética, confirmando a massa e assemelhando-se anatomo-morfológicamente a um útero. Submeteu-o, assim, a laparotomia exploradora com uma hipótese diagnóstica de hermafroditismo masculino. Foi descoberta no paciente supracitado a presença de útero e tubas uterinas retraídas, que desse modo, executou-se uma histerectomia, anelando assim, a síndrome da persistência do ducto mulleriano e consequentemente o hermafroditismo masculino.</p> <p>DISCUSSÃO: Com base no que foi pesquisado acerca do assunto, sabe-se que é uma doença rara que tem pouca repercussão clínica significativa e características malignas não evidentes, porém com extrema abundância de infertilidade. Como no caso supracitado, a principal conduta terapêutica é cirúrgica: histerectomia.</p>	<p>PO 749-1</p> <p>MUCOCELE DE APÊNDICE - RELATO DE CASO</p> <p>Pedro Henrique Batista Pereira, Hígor Rabelo Guedes, Luciana Tonette Zavarize, Maria Alice Miranda Fortes, Jefferson Matos de Menezes, Marco Antônio Santos Oliveira, Wagner Leite Ferreira, ThaiCrespo</p> <p><i>Santa Casa de Montes Claros - MG - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mucocele de apêndice é uma patologia rara, caracterizada por dilatação obstrutiva do lúmen apendicular com acúmulo de muco em seu interior, tornando sua parede mais delgada. Representa até 8% dos tumores de apêndice e 0,5% dos tumores do trato gastrointestinal. Predomina no sexo feminino e acima de 50 anos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 45 anos, 75 kg, encaminhado ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Montes Claros – MG, queixando dor em fossa ilíaca direita, sem irradiação, há 2 anos, com piora há 01 mês. Relata dificuldade para evacuar. Nega anorexia e perda ponderal. Realizou TC de abdômen, que evidenciou dilatação acentuada do apêndice cecal, sem densificação da gordura adjacente, espessamento parietal ou fator obstrutivo, sugerindo mucocele do apêndice. Submetido à cirurgia, apresentava tumoração em apêndice, aderida ao ceco, livre de alças de delgado e restante do cólon. Fígado, baço, intestino delgado e meso sem nodulações e sinais de carcinomatose. Realizada ileocelectomia com anastomose latero-lateral ileotransverso com gramepeador linear e reforço manual com fio inabsorvível. Apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no 4º dia de internação. Retornou ao ambulatório com resultado de anatomopatológico: Adenocarcinoma mucinoso não invasivo com displasia de alto grau do apêndice cecal, com extensão até muscular própria e margens cirúrgicas livres. Sem invasão linfonodal/linfática. Proposto controle com TC de abdome total, colonoscopia e CEA com 60 dias, sem indicação de quimioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: As etiologias mais comuns são de origem neoplásica. Outras causas incluem obstrução, hiperplasia da mucosa, vôlvulo e tumor muco-secretor. Cerca de 2/3 dos casos é diagnosticado incidentalmente em exploração imagiológica ou cirúrgica do abdome. O terço restante, como foi o caso descrito, pode apresentar dor abdominal aguda ou crônica em quadrante inferior direito, semelhante à apendicite, associada ou não à massa palpável e perda ponderal. A TC de abdome é o melhor método diagnóstico da mucocele, que aparece como massa cística encapsulada, redonda e de parede fina. O apêndice apresenta-se distendido ao ultrassom, cuja ecogenicidade depende da quantidade de muco. Um sinal ecográfico específico é a aparência de "casca de cebola". O tratamento cirúrgico pode ser apendicectomia ou hemicolectomia, sendo esta, segundo alguns autores, preferível nos casos malignos a fim de preservar margens livres, evitar perfuração e extravasamento para a cavidade abdominal com risco aumentado para pseudomixoma peritoneal. Todavia, essas e outras complicações como obstrução, hemorragias, intussuscepção são infrequentes. O prognóstico das formas benignas é ótimo, já para as formas malignas, dependerá da extensão do tumor e varia de 30 a 80%. No caso descrito, como o apêndice estava íntegro o ato cirúrgico transcorreu sem ruptura do órgão para a cavidade abdominal e não foram encontrados implantes peritoneais.</p>

<p style="text-align: center;">PO 749-2</p> <p>SINDROME DE FOURNIER SECUNDARIA A ABSCESSO PERIANAL: TRATAMENTO E EVOLUCAO</p> <p>Bruno Gustavo dos Santos, Luísa Lucas Marinho, Renan Shodi Kuramoto Sado</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Síndrome de Fournier corresponde à fascíte necrosante da região genital, perineal ou perianal. Ocorre predominantemente em homens e é predisposta por doenças que provocam imunossupressão ou que comprometem a microcirculação, ou ainda por outras condições que acometem as regiões citadas, tais como trauma e abscessos. Embora rara, é potencialmente fatal, devido a sua rápida progressão. O relato de caso apresentado evidencia a possibilidade de desfecho positivo a partir do tratamento rápido e adequado.</p> <p>RELATO DE CASO: A.T.N., sexo masculino, 65 anos, hipertenso, apresentava há 8 dias dor e saída de secreção de odor fétido por orifício em região perianal associados a febre e inapetência. Ao exame físico, apresentava abscesso perianal com extensa lesão enegrecida em todo o períneo acometendo bolsa escrotal, pênis e região inguinal bilateral, sendo diagnosticado com Síndrome de Fournier. Frente a isso, iniciou-se empiricamente Ertapenem e o paciente foi encaminhado com urgência ao Centro Cirúrgico. Durante a cirurgia, identificou-se necrose em todo o períneo que acometia região perianal, bolsa escrotal e parte do pênis, além de grande quantidade de secreção purulenta. Realizou-se debridamento extenso com retirada de todo tecido necrótico, expondo toda a bolsa escrotal e parte do pênis, além de lavagem abundante com clorexidina e soro fisiológico 0,9% da ferida operatória (FO). Fez-se a exploração da loja de abscesso e não havia acometimento do canal anal. A lesão foi deixada aberta, foi colhido material para cultura e feito curativo com compressa e colagenase. Em exames laboratoriais realizados na admissão, paciente apresentava Hb 11,5/ Ht 34,7/ Leucócitos 20.900. Evoluiu bem em pós-operatório, sem intercorrências, náuseas, vômitos ou febre. Aceitou bem a dieta por via oral. Apresentou episódios de retenção urinária, sendo necessário o uso de sonda vesical por 4 dias, constipação intestinal, sendo prescrito dieta laxativa, e saída de secreção purulenta pela ferida operatória (FO) por 8 dias. No 2º dia pós operatório (DPO) foi acrescentado Meropenem ao esquema terapêutico após discussão com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o qual foi utilizado até o 17º DPO, e no 6º DPO foi suspenso o Ertapenem. No 12º DPO a FO apresentava-se limpa e seca, com muita área de tecido de granulação e pouca fibrina localizada principalmente em região testicular direita. No 25º DPO foram obtidos novos exames laboratoriais com os dados Hb 11,3/ Leucócitos 8800, e foi concluído o risco cirúrgico do paciente pela Cardiologia, sendo autorizada a realização de cirurgia plástica reparadora. No 26º DPO paciente recebeu alta hospitalar com relatório do caso para encaminhamento à Cirurgia Plástica.</p> <p>DISCUSSÃO: A Síndrome de Fournier apresenta alta taxa de mortalidade. O tratamento consiste em administração de antibióticos, debridamento precoce em centro cirúrgico e reposição de fluidos. Tais medidas quando feitas rapidamente melhoram o prognóstico do paciente, conforme ilustrado pelo caso.</p>	<p style="text-align: center;">PO 750-1</p> <p>FITOBEZOAR COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO</p> <p>Bruna Lemos Silva, Carla Batista Moisés, Caio Cesar Facioli Contin, Rodolpho Cesar Oliveira Mellem Kairala, Claudio Henrique Formigoni Reviriego, Rafael Gramulha Nagasso, Priscilla Santos de Mello, Nayara Lobo Coelho</p> <p><i>santa casa de franca - Franca - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Bezoares são concreções de materiais não digeridos presentes na luz intestinal podendo ou não causar obstrução intestinal. Classificam-se de acordo com sua composição, sendo o fitozeoar o tipo mais comum, seguido pelos tricobezoares. Caracteristicamente, é uma doença de jovens do sexo feminino e apresenta-se de diversas formas, desde sintomas abdominais leves até um quadro típico de abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico é feito através de exames de imagens abdominais ou no intra operatório, e tem como terapia definitiva a cirurgia na grande maioria dos casos. O presente trabalho tem o objetivo de relatar um raro caso de obstrução intestinal ileal devido a fitozeoar.</p> <p>RELATO DE CASO: T. T. S. sexo feminino, 68 anos, procurou atendimento hospitalar com queixa de dor abdominal difusa associada a presença de vômitos fecalóides há 2 dias e parada de eliminação de fezes e flatos. Negou febre ou alterações urinárias. Referiu realização de colecistectomia convencional previamente, hipotireoidismo e insônia, em uso contínuo de clonazepam, imipramina e levotiroxina. Ao exame físico, mantinha sinais vitais estáveis, com abdome globoso, doloroso a palpação profunda difusamente, com contratura voluntária e sem sinais de peritonite. Após a investigação inicial do quadro com exames laboratoriais e imagem, foi levantada a hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo e a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou a presença de alças de delgado edemaciadas, com obstrução por fitozeoar em segmento de íleo. Foi realizada incisão em alça intestinal para retirada de fitozeoar, seguida por rafia sob técnica de parker kerr. A paciente cursou com boa evolução clínica, e recebeu alta hospitalar no 5º dia pós operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Bezoares são aglomerados de materiais não passíveis de digestão localizados no lúmen do trato gastrointestinal e classificados de acordo com a sua composição. Alguns dos fatores de risco descritos para sua formação são a realização de cirurgia gástrica prévia, dieta inadequada, distúrbios de mastigação ou de motilidade gástrica, uso de determinados medicamentos e patologia psiquiátrica. Apesar de poderem ser encontrados em qualquer parte do aparelho digestivo, o estômago é a localização mais frequente. A sintomatologia apresentada pelo paciente varia de acordo com o local acometido e a presença ou não de obstrução do trânsito intestinal. A obstrução do intestino delgado dificilmente é encontrada e corresponde a menos de 4% dos casos relatados. A maioria dos casos têm diagnóstico intra-operatório, porém exames simples de imagens como ultrassonografia ou estudo radiológico contrastado do abdome e do intestino podem ser úteis. A endoscopia digestiva alta é uma boa opção devido a possibilidade diagnóstica e terapêutica. Na grande maioria dos casos o tratamento de escolha é cirúrgico e tem como objetivo esvaziar o lúmen intestinal, lançando mão de diversas técnicas que dependem da localização e do tamanho do bezoar.</p>
<p style="text-align: center;">PO 751-1</p> <p>MESOTELIOMA PAPILIFERO BEM DIFERENCIADO DO PERITONIO</p> <p>ROMULO COSTA SANTOS BANDEIRA, DANIELI C. MENEZES, SOFIE B. HONERMAN, LUCAS ALVES PORFIRIO, FERNANDO CRISTIAN LINS, IVO MELO PESSOTTI, RICARDO DUARTE SIMÕES, CAROLINA C MAFRA, ANDRE S FAISNTEIN, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, RICARDO SILVA GUIMARÃES</p> <p><i>Hospital Naval Marcílio Dias - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Mesotelioma é um tipo de neoplasia rara tendo origem nas membranas serosas da pleura, peritônio, pericárdio ou túnica vaginalis dos testículos, sendo o peritônio o segundo local mais acometido após a pleura. O mesotelioma papilífero bem diferenciado do peritônio (MPBD) é mais comum em mulheres entre 30 e 40 anos, não possuindo relação comprovada com a exposição a asbesto, com curso indolente, sendo normalmente, um achado incidental na laparotomia, e não existem sintomas específicos, mas em alguns tumores raros podem ocorrer dor abdominal, ascite, perda de peso, sendo estes mais comuns no mesotelioma peritoneal maligno difuso (MPMD). Este acomete principalmente homens entre 50 e 60 anos e resulta da exposição ocupacional ao asbesto e amianto, com prognóstico ruim. Será relatado um caso de MPBD em um homem assintomático de 48 anos que foi descoberto incidentalmente durante uma hernioplastia videolaparoscópica</p> <p>RELATO DE CASO: C.C.A., sexo masculino, 48 anos, assintomático, dá entrada no HNMD no setor de Cirurgia Geral com indicação de hernioplastia inguinal bilateral e umbilical eletiva por videolaparoscopia. Sem evidência de exposição a asbesto. Durante a cirurgia foi visualizado uma lesão próxima ao apêndice epilóico, sendo realizado ressecção da mesma, sem outras lesões suspeitas. A lesão se apresentava macroscopicamente como fragmento irregular de tecido amarelo com áreas mucinosas e translúcidas medindo 2,0 X 0,8 X 0,7 cm. A conclusão do estudo anatomopatológico após realização de imunohistoquímica foi de Mesotelioma papilífero bem diferenciado. O caso descrito concorda com dados observados na literatura já que os casos incidentais de mesotelioma são geralmente evidenciados em cirurgias eletivas de hernioplastia e colecistectomia. Como macroscopicamente não houve evidência de doença peritoneal, não foi necessária a ressecção e o paciente encontra-se hoje em seguimento ambulatorial que ficará em rastreo com RNM de abdome de 6 em 6 meses. Caso necessário será feito resgate cirúrgico com vistas à cirurgia citoreduzora.</p> <p>DISCUSSÃO: O MPBD do peritônio é um subtipo incomum de mesotelioma, sendo mais frequente em mulheres com idade reprodutiva. As lesões normalmente são nódulos pequenos, múltiplos ou solitários, como no caso apresentado. Diferente do mesotelioma maligno, que a sobrevida média é de somente 6 a 10 meses e geralmente é fatal, o MPBD tem uma sobrevida maior, mas não ultrapassa normalmente 12 anos. A Tomografia Computadorizada de abdome total é o exame de escolha inicial quando há suspeita da doença, podendo mostrar espessamento e nódulos do peritônio, mesentério e epíplon, para além da ascite, porém no caso não foi realizada, já que se tratava de uma cirurgia eletiva para hérnias. Os marcadores tumorais não têm utilidade no seu diagnóstico, tendo um aumento frequente do CA-125, porém não é específico. A laparoscopia diagnóstica com biópsia associada a imunohistoquímica consistem o padrão-ouro para diagnóstico. terapêutica preconizada é a cirurgia citoreduzora</p>	<p style="text-align: center;">PO 751-2</p> <p>PROJETIL DE ARMA DE FOGO INTRA-RENAL- RELATO DE CASO</p> <p>Júlia Crystina de Carvalho Alves Faria, Bruno Vilalva Mestrinho, Bianca Haj Barbosa Santos, Mario Sales Neves do Carmo Filho, Marcelo Alencar da Fonsêca, Berthan Severo Garcia, Guilherme Ramos Leite, Isac César Roldão Leite</p> <p><i>UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O trauma renal corresponde cerca de 10% das lesões viscerais acometidas no trauma abdominal. O grupo de risco é formado principalmente por homens jovens e costumam ser contusos ou penetrantes. A hematuria é o principal achado clínico nos traumas renais. Os traumas penetrantes, principalmente as perfurações por arma de fogo (PAF) no parênquima renal são geralmente lesões graves e complexas. A minoria dessas lesões é tratada de forma conservadora, visto que não é possível saber qual o caminho formado pelo projétil e nem o que foi prejudicado durante seu caminho e por seus estilhaços. O tratamento para esse tipo de trauma é feito através de sua classificação na American Association for the Surgery of Trauma (AAST), em que há 5 graus de lesões renais, sendo o V a explosão renal com avulsão do hilo com desvascularização renal. O tratamento será de acordo com o grau da lesão, podendo ser conservador nos casos menos graves até intervenção cirúrgica nos casos graves. Nesse último, a conduta pode ser desde uma nefrorrafia até uma nefrectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 23 anos, casado. Vítima de ferimento por arma de fogo nos membros superiores e inferiores e na fossa ilíaca direita. Foi admitido no Hospital Regional do Gama consciente e estável hemodinamicamente. Realizou-se laparotomia exploradora de emergência, no qual foi visualizado lesões no intestino delgado e intestino grosso. Optou-se por fazer hemicolectomia direita e íleo-transverso anastomose e não foi abordado o hematoma renal nem feito a retirada do projétil. No pós-operatório, a tomografia evidenciou projétil de arma de fogo entre a fâscia de gerota e o parênquima renal direito sem invasão da via excretora, sendo classificado como grau III na AAST. Apresentou hematuria macroscópica nos primeiros dias. Paciente recebeu 10 dias depois. No terceiro mês após o ocorrido, paciente voltou ao ambulatório com queixa de dor lombar. Novos exames mostraram que o projétil não se deslocou, então a urologia decidiu realizar uma exploração laparoscópica de corpo estranho em rim e fâscia de gerota direita.</p> <p>DISCUSSÃO: O caso estudado é interessante e inédito. O paciente apresentava lesão renal e hematuria, o que poderia ser resolvido na época da internação. Porém, a conduta foi conservadora. A posteriori, com a queixa de dor do paciente, novos exames foram feitos e foi visto que o projétil continuou imóvel e poderia trazer complicações, como infecção de repetição, piodenite, abscesso renal, abscesso perirrenal, formação de cálculo em corpo estranho, pseudoaneurisma e fístula arteriovenosa renal com hematuria – podendo levar a um aumento da pressão arterial e consequente perda renal. Então, a urologia tinha duas condutas que poderiam ser realizadas: abordagem laparoscópica ou cirurgia renal percutânea. No caso em questão, os profissionais responsáveis pelo caso no HRG optaram pela cirurgia laparoscópica.</p>

PO 752-1	PO 753-2
<p>MA ROTAÇÃO INTESTINAL EM ADOLESCENTE: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA</p> <p>Bruno Barros Britto, Aline Oliveira da Silva, Thatiany da Silva Lima, Marcelo Protásio dos Santos, Michelle Pinchemel de Menezes, Paulo Vicente dos Santos Filho, Valdinildo Aragão de Melo, Paula Araújo Tenório</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A má rotação abdominal é rara anomalia congênita que se origina na incapacidade da rotação normal e fixação do intestino médio durante o desenvolvimento embriológico. Aparece durante o período pré-natal ou durante o primeiro ano de vida, mas às vezes pode se apresentar tardiamente causando dificuldade e erro no diagnóstico. Em adultos, a incidência é de 0,2% e cerca de 15% de todos os pacientes com diagnóstico firmado permanecem assintomáticos por toda vida.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 14 anos, estudante. Deu entrada no hospital de urgência com quadro de dor abdominal intensa, com 1 dia de evolução. A dor era difusa, em cólica, de intensidade elevada, que só melhorou após uso de morfina. A estava ainda associada à constipação intestinal, com início há três meses e episódios de vômitos biliosos. Relatava ainda, episódios de dor abdominal associadas à constipação nos últimos cinco meses, que melhorava após medicação antiespasmódica e laxativa. Ao exame apresentava-se levemente emagrecido. Abdomem escavado, flácido e doloroso difusamente, porém sem sinais de irritação peritoneal e com ruídos hidroaéreos presentes. Foram solicitados exames laboratoriais e eletrocardiograma, todos normais, além de exames de imagem através dos quais evidenciou-se alças intestinais em posições não típicas. Após analgesia rigorosa, hidratação venosa e antieméticos o paciente recebeu alta e foi encaminhado ao serviço de Cirurgia Geral onde optou-se por conduta cirúrgica laparoscópica. No intraoperatório identificou-se presença de aderências, inclusive a banda de Ladd a qual não se encontrava de maneira típica. Esta comprimida a segunda porção do duodeno e estendia-se da parede lateral ao cólon ascendente, o qual encontrava-se em posição medial atípica. Ceco e apêndice estavam em posições comuns, não havendo a indicação de apendicectomia típica. Foram realizadas liberação de aderências e banda de Ladd e posicionamento das alças. O paciente evoluiu no pós-operatório sem queixas e recebeu alta hospitalar no 1º DPO. Manteve-se sintomático até o momento, 1 mês após a cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: A má rotação intestinal é uma anomalia congênita do aparelho digestivo que se manifesta dentro dos primeiros meses de vida. Nos adultos apresenta-se de forma insidiosa, assintomática ou através de sintomas inespecíficos. Os relatos mostram que a maior parte dos casos na idade adulta são assintomáticos. Entretanto, quando apresentam sinais clínicos agudos, estes são êmese e dor abdominal sem distensão, por conta de obstrução intestinal alta. Nestes casos, é possível que haja isquemia e necrose intestinal, por abdome agudo perfurativo com peritonite. Alguns autores consideram o exame padrão ouro para diagnóstico a tomografia computadorizada com contraste oral e intravenoso. Contudo, boa parte dos casos apenas é diagnosticado no ato operatório. O tratamento é cirúrgico, independentemente da idade, e é conhecido como procedimento de Ladd. Os estudos seguem segurança e menos complicações operatórias com laparoscopia.</p>	<p>TUMOR DE CELULAS DE LEYDIG EM CRIANÇA: RELATO DE CASO</p> <p>Hiago Bruno Cardoso Costa Fonseca, Valéria Santos da Costa, Valbécia Tavares de Aguiar, Vitor Montenegro Kuhnert Dourado, Gabriele Rodrigues Tussolini, Raphaella Carolinny Cardoso Costa Arruda, Bruno Melo Genê Santiago, Ingrid Gabriela Dorneles Gomes</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de células de Leydig é um tumor testicular de causa e fatores de risco desconhecidos. Representa entre 1-3% do total dos tumores de testículo. A idade de apresentação mais frequente está entre 20 e 60 anos, e, aproximadamente, um quarto são descritos em pacientes pré-púberes, sendo incomum em crianças antes da puberdade, mas pode causar puberdade precoce. O objetivo do presente relato é abordar um caso clínico de uma criança apresentando puberdade precoce, submetida à orquiectomia total via inguinal, sem necessidade de tratamento adjuvante ou linfadenectomia retroperitoneal.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, seis anos, apresentando sinais compatíveis com puberdade precoce: acne e pêlos pubianos. Ao exame físico apresentava nódulo no pólo inferior do testículo esquerdo, com tamanho duas vezes maior que o direito; pênis com diâmetro e comprimento aumentados. Diante disso, em ultrassom evidenciou-se testículo esquerdo com aproximadamente 2,5 x 2 cm, móvel, consistência elástica, firme, indolor e com nódulo pequeno. Testículo direito com aproximadamente 1,8 x 1,2 cm, firme, elástico, móvel, indolor e sem nódulos. Paciente foi submetido à orquiectomia total esquerda, por via inguinal, após biópsia por congelamento em transoperatório com laudo imediato de neoplasia. Histopatologia: nódulo de 1,8 cm de diâmetro mal delimitado, formado pela proliferação de células uniformes, com amplos citoplasmas acidófilos, levemente, granulados, com núcleos, moderadamente, aumentados de tamanho e com pequenos núcleos basofílicos evidentes. Sem figuras mitóticas atípicas. Neoplasia restrita ao testículo. Após um ano de seguimento clínico, não apresentava mais sinais de puberdade precoce ou recidivas tumorais.</p> <p>DISCUSSÃO: Os tumores de células de Leydig são bem delimitados, circunscritos ao parênquima testicular e com um tamanho menor de cinco cm em 85% dos casos, raramente exibindo hemorragia ou necrose e geralmente unilaterais. O comportamento maligno só ocorre em pacientes de maior idade e com tamanho maior que 5 cm. Todos estes dados reforçam o caráter benigno da lesão do caso apresentado, nódulo de 1,8 cm de diâmetro, unilateral, em testículo de criança de 6 anos, sem figuras mitóticas atípicas e sem comprometimento de vasos e ductos do cordão espermático. Além disso, as manifestações endócrinas devem ser levadas em consideração para o diagnóstico diferencial, fazendo com que crianças possam se beneficiar de cirurgias menos radicais.</p>
<p>PO 754-1</p> <p>SEMICLUSÃO CRÔNICA OCASIONADA POR INTUSSUSCEPÇÃO DE LIPOMA EM INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO</p> <p>DECIUS GUIMARÃES CARNEIRO DA CUNHA, ISABELA MONTEFUSCO CAVALCANTE CARNEIRO DA CUNHA, KLEBER FELIPE ALBUQUERQUE DA SILVA, MAGNUM ADRIEL SANTOS PEREIRA, MARIANA DE OLIVEIRA PANTOJA</p> <p><i>FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A motivação que levou a elaborar este trabalho fora a de relatar este caso raro de semioclusão intestinal em adulto jovem ocasionada por intussuscepção de lipoma em intestino delgado. Caso este que é pouco visto pelos cirurgiões durante sua carreira. A oclusão e semioclusão intestinal ocasionada pela intussuscepção pode ocorrer em até 5% dos casos, sendo em sua maioria crônica e rara em adultos. A etiologia da intussuscepção no adulto é conhecida em 80 a 90% dos casos, estando a lipomatose intestinal presente em 40 a 66% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente I. T. L., 39a, M, comerciante, admitido no dia 23/07/2018 na Fundação Hospital Adriano Jorge com quadro de dor tipo cólica em mesogastro com irradiação para epigastro e dorso, associado a ingestão de alimentos sólidos há aproximadamente dois anos. Há três meses antes da internação, as dores passaram para mais de 10 episódios diários, onde manteve restrição dietética (líquida-pastosa) por conta própria, chegando a perder 20 Kg em 6 meses. Além, houve alteração do hábito intestinal (1 evacuação por semana) e nega outras sintomatologias. Ao exame físico, apresentava hipocorado (1+/4+) e com abdome flácido e indolor a palpação, sem visceromegalias e massas palpáveis. Exames laboratoriais na admissão e marcadores tumorais (CEA, alfafetoproteína e CA19-9) sem alterações. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou lesão alongada, com densidade de partes moles e gordura de perimeio, localizada no interior de uma das alças de íleo distal, medindo cerca de 10,5 cm e extensão por até 3,4 cm de espessura. A conduta tomada fora a laparotomia exploradora, sendo encontrado intussuscepção em intestino delgado (íleo terminal) a 1 (um) metro da válvula íleocecal; realizado enterectomia da lesão intussusceptada e feito entero-anastomose latero-lateral. O paciente teve boa evolução clínica, com progressão gradual da dieta até boa aceitação para sólidos, recebendo alta no 5º dia de pós-operatório. Estudo anatomopatológico evidenciou segmento de intestino delgado e tecido adiposo na topografia da serosa na extremidade evvertida, de aspecto lobulado, medindo 2,2 x 1,5 cm, sugestivo de lipoma de parede entérica intussusceptada.</p> <p>DISCUSSÃO: Lipomas gastrointestinais são considerados o segundo tumor benigno mais comum do intestino delgado. A intussuscepção intestinal é identificada em cerca de 1 a 5% dos casos de obstruções no adulto. As etiologias comuns para intussuscepção são: tumorações benignas (lipomas, hamartomas, leiomiomas, adenomas inflamatórios, etc) e tumorações malignas (metástases, linfomas, sarcomas e melanomas). O mecanismo exato da intussuscepção é desconhecido; Ela é encontrada em menos de 1 em 1.300 operações abdominais e 1 em cada 100 pacientes operados por obstrução intestinal. Neste relato de caso, a lesão lipomatosa fora classificada como entero-entérica, com sintomas condizentes aos apresentados na literatura. Quanto a idade, fora notado divergência; na literatura a idade mais comum para intussuscepção é acima de 50 anos.</p>	<p>PO 754-2</p> <p>CANCER DE PENIS: UM DOENÇA DE DIAGNOSTICO SIMPLES POREM DE TRATAMENTO DESAFIADOR</p> <p>Abilio de Castro Almeida, Daniel Carvalho Ribeiro, Pedro Ribeiro da Mota, Rafael Miranda de Oliveira, Maria Eduarda Vilela Siqueira, Nataly Gomes Tolentino, Luísa de Almeida Fonseca</p> <p><i>UNIFAMINAS - Muriaé - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pênis é uma neoplasia rara, que acomete de maneira desigual os países, sendo mais comum em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento (Erbersdobler, 2018). É uma doença que acomete principalmente indivíduos de baixa renda, com condições de má higiene e não circuncidados, sendo os principais fatores de risco a fimose e infecção prévia por HPV (Alemany, 2016). As infecções sexuais, zoonosias, diversos parceiros e a não proteção no ato sexual com cõdon também estão entre os elementos que aumentam a incidência desse câncer na população masculina (Colbert, 2018).</p> <p>RELATO DE CASO: O clínico em questão é de J.R.B. 73 anos, ex tabagista, em consulta em setembro de 2018, na Fundação Cristiano Varela, relata lesão em corpo peniano há 06 meses. Ao exame físico, percebe-se lesão ulcerada extensa em corpo peniano endurecida, exudativa e linfonodomegalias inguiniais bilaterais. Com hipótese de neoplasia maligna de pênis, foi solicitado, para estadiamento, Tomografia Computadorizada de tórax e abdômen, sem achados patológicos. Proposta então de penectomia total com linfadenectomia bilateral aceita pelo paciente e realizada em Novembro de 2018. Paciente evoluindo bem em pós operatório, com facilidade de aceitação em novo hábito de diurese por uretostomia perineal, alta no quinto DPO com o dreno e retorno em 07 dias para avaliar drenos. Em consulta de retorno deparamos com deiscência de ferida com secreção pustulenta em ferida e drenos. Internamos, realizamos desbridamento da ferida e antibioticoterapia venosa por sete dias, com melhora. Em consultas de retorno com comissão de feridas do hospital, com ferida operatório em bom estado e o principal paciente bem, sem queixas álgicas e sem sinais e sintomas patológicos no que tange o aspecto psicológico. O material enviado para anatomopatologia, revelou a microscopia presença de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, invasivo, com localização na face inferior e tamanho de 7.2 x 3.3 cm, com extensão no corpo cavernoso, e espessura de 19 mm, margens livres, sem presença de doença em linfonodos inguiniais. Estadiando-o assim em pT3 pN0.</p> <p>DISCUSSÃO: Neste trabalho, objetiva-se alertar a comunidade médica e acadêmica sobre o CA de pênis, seus fatores de risco assim como seu diagnóstico. De um diagnóstico simples, pois as lesões penianas são visíveis, temos então um tratamento desafiador que vai além do conhecimento cirúrgico-anatômico, mas que transpassa a questão do ser para esse paciente oncológico em questão e de como ele se percebe na sociedade no qual ele vive.</p>

PO 756-1	PO 757-1
<p>ABDOME AGUDO POR PERFURAÇÃO DE ÍLEO TERMINAL- Relato de caso</p> <p>JOÃO PEDRO MARTINS E SILVA, ANNA CAROLINA FERNANDES MORAES, LUIZ FERNANDO ALVES MILEO, ALBERY MARTINS E SILVA</p> <p><i>HOSPITAL PEROLA BAIYGTON - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Abdomo Agudo Perforativo (AAP) é a terceira causa de abdome agudo, depois do inflamatório e do obstrutivo. Tem etiologia variada e pode ser decorrente de processos inflamatórios (Úlcera péptica, diverticulite, Doença de Chron, Retocolite), neoplásicos, infecciosos (Tuberculose, Salmonelose), ingestão de corpo estranho, traumatismos e iatrogênicas. A mortalidade pode chegar a 10%. Uma das principais características do AAP é dor abdominal de início súbito, intensa e difusa, levando o paciente a procurar rapidamente o serviço de urgência/emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente E.I. de 39 anos, natural e procedente de São Paulo, em acompanhamento neste hospital por CA de Colo de Útero com Metástase Ganglionar, já tratado com Radioterapia (RT) e Braquiterapia (BT), em uso de Quimioterapia (QT), última sessão há quatro dias, deu entrada no PA apresentando dor abdominal moderada, diarréia e vômitos constantes, de início há +/- 12 horas. Ao Exame Físico: Abdome plano, tenso e doloroso a palpação, RHA+ de fraca intensidade, DB+ em todo o abdome. Exames Laboratoriais: Leucócitos 6,94mil/mm³ sem desvio a esquerda, Hemácias 3,54 milhões/mm³, Hemoglobina 10,7g/dl, Hematócrito 30,9%, Plaquetas 158 mil/mm³, PCR 12,40 mg/dl, Glicose 109 mg/dl, Uréia 33,5 mg/dl, Creatinina 0,20 mg/dl, Sódio 134 mmol/l, Potássio 4,2 mmol/l, Bilirrubina Total 1,00 mg/dl, Bilirrubina direta 0,71 mg/dl, Bilirrubina indireta 0,29 mg/dl, TGO 19U/L, TGP 38 U/L. RX de Torax + Abdome: Pneumoperitônio à direita. Submetida à cirurgia de urgência, Laparotomia Exploradora, com achados de Perforação de Íleo Terminal, Intensa Peritonite Purulenta e Esplenomegalia Moderada. Realizado enterectomia do segmento perfurado, seguido de ileostomia em dupla boca. Iniciada antibioticoterapia (ATB) empírica com Ceftriaxona e metronidazol. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após 21 dias de internação. Anatomopatológico: Perforação Intestinal com ulceração de mucosa e submucosa, sugestivo de Salmonelose. Hemocultura (HMC) Isolado S. Typhi.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar do uso de RT e QT para tratamento de Neoplasias Malignas serem bastante eficazes na maioria dos casos, também causam baixa na imunidade dos pacientes, levando a desenvolverem quadros infecciosos por exposição a agentes oportunistas de origem autóctone ou de comunicantes. No presente estudo, a S. Typhi foi de evolução silenciosa, culminando com a perfuração do Íleo Terminal que associada à esplenomegalia moderada e toxemia, levou à solicitação de HMC com o isolamento de S. Typhi. ATB empírica foi continuada após o recebimento do resultado da HMC e do teste de sensibilidade aos antimicrobianos, considerando a melhora clínica do paciente. Concluímos que a perfuração intestinal por S. Typhi deve ser considerada um diagnóstico diferencial, não só em pacientes de áreas endêmicas, mais também em imunodeprimidos com queixa de febre e dor abdominal. A Cirurgia deve ser instituída o mais precocemente possível a fim de evitar complicações de elevada morbimortalidade.</p>	<p>ESTENOSE DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE ORIUNDA DA VENEZUELA NO HOSPITAL DE ATENÇÃO TERCIÁRIA DE RORAIMA.</p> <p>Marcello Santos da Silva, Givaggio Henrique Rodrigues da Silva, Helder Teixeira Grossi, Paulo Victor Viegas Freire, Larissa Erikarla Negreiros Madureira, Ana Carolina Golçalves Pires, Poliana Lucena dos Santos, Adelle Nicolli Martins Gai Costa</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Estenose de intestino delgado é uma das causas menos frequente de abdome agudo obstrutivo. Quando ocorre o quadro costuma ter como origem tumores intestinais, processos inflamatórios autoimunes, ingestão de substâncias como cloreto de potássio, radioterapia, isquemia mesentérica, ou ainda em cicatrizes de cirurgias anteriores no trato gastrointestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: E.M, sexo feminino, 73 anos, natural da Venezuela e procedente de Boa Vista-RR. Deu entrada no Hospital Geral de Roraima, no dia 08/10/2018, apresentando dores abdominais, constipação e vômitos há 15 dias e vômitos. Paciente com histórico de histerectomia há 10 anos e colecistectomia há 3 anos. Ao exame físico: abdome plano, flácido com mesogastro doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Sem melhora clínica após o uso de Fleet Enema. Avaliação pelo cirurgião geral no dia 09/10/2018: Paciente em bom estado geral, vígil e orientada, afebril, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; abdome semigloboso com ruídos hidroaéreos presente, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia de abdômen evidenciou distensão de intestino delgado. Conduta da cirurgia geral: hidratação venosa intensa, correção hidroeletrólítica e solicitação de tomografia computadorizada (TC) de abdome para melhor avaliação. Laudo da TC evidenciou distensão líquida de alças do delgado com provável área focal de estenose ao nível de íleo médio distal inespecífica. A paciente passou aos cuidados da Cirurgia Geral. Ressonância magnética realizada no dia 25.10.2018 demonstrou distensão líquida de alças do intestino delgado com presença de níveis hidroaéreos, associada à distensão gasosa do cólon até o nível da porção descendente. A paciente evoluiu com vômitos, intolerância alimentar e ausência de evacuações. Sendo abordada cirurgicamente, em caráter de urgência no dia 03/11/2018. Realizado no ato cirúrgico: 1) Aspiração de conteúdo intra-abdominal, com ordenhamento de alça para diminuição de distensão de alças, 2) Ressecado região de estenose (enterectomia em torno de 5cm), realizando anastomose término-lateral com fio seda 3.0 em 2 planos, após demonstrado viabilidade de alças. No pós operatório, paciente evoluiu com episódio de taquidispneia, com ocorrência de vômito fecalóide e acidose metabólica. Após a melhora da condição da paciente, foi encaminhada ao bloco para seguimento clínico até a alta hospitalar.</p> <p>DISCUSSÃO: Devido ao histórico de cirurgias prévias e ao quadro clínico, hipótese diagnóstica era de obstrução por bridas. Entretanto, no ato cirúrgico foi evidenciada estenose em intestino delgado. Situação inesperada, diante de uma paciente não apresentava fatores de risco para tal.</p>
<p>PO 757-2</p> <p>NEFRECTOMIA DEVIDO CARCINOMA RENAL SARCOMATOIDE</p> <p>Ana Carolina Fernandes Torres, Fernando Fernandes Correia, Karoline Evangelista Souza, Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa, Caroline Damas de Andrade Oliveira, Victor Franco de Azevedo Silva</p> <p><i>hospital regional de sobradinho - sobradinho - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Introdução: Os carcinomas de células renais são responsáveis por cerca de 3% dos cânceres em adultos e afetam uma vez e meia mais homens do que mulheres, sendo a terceira neoplasia mais comum do trato geniturinário. No carcinoma de célula renal sarcomatóide existem poucos casos de 1% a 13% e se caracterizam como de alta agressividade. O objetivo desse relato é apresentar um caso raro de neoplasia renal.</p> <p>RELATO DE CASO: Relato de caso: A.C.L., masculino, 60 anos, negava comorbidades, encaminhado do centro de saúde para o hospital regional para investigação de anemia, além do relato de hiporexia, astenia, epigastralgia, febre esporádica e perda de 9kg nos últimos 7 meses. Ao exame físico, apresentava em abdome presença de tumoração palpável em flanco esquerdo cerca de 5 cm, indolor e de consistência fibroelástica. Realizou tomografia de abdome que evidenciou massa medindo cerca de 11.5x9.7x3.5 cm no polo superior do rim esquerdo. Levantado a hipótese de tumor renal, paciente foi submetido à nefrectomia de rim esquerdo, sendo observado tumoração renal de cerca de 20x20 cm. Paciente evoluiu de forma satisfatória em enfermaria recebendo alta do 6º dia de pós-operatório para acompanhamento ambulatorial com a urologia. Em resultado de biópsia os achados foram sugestivos de carcinoma sarcomatóide.</p> <p>DISCUSSÃO: Discussão: No Brasil a incidência da neoplasia renal varia de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes/ano. Os sinais e sintomas mais comuns são hematuria, dores lombares ou nos flancos e massa palpável, associados ou não a outros sintomas, como emagrecimento e febre. As síndromes paraneoplásicas e sistêmicas ocorrem em 20% dos pacientes, tendo como características, disfunção hepática, anemia, caquexia e perda de peso. Os métodos de imagem auxiliam no diagnóstico. Ações preventivas devem ser adotadas para melhorar a conscientização da população e com isso otimizar diagnóstico precoce dessa patologia.</p>	<p>PO 758-1</p> <p>TROMBOSE MESENTERICO-PORTAL EXTENSA, UMA CAUSA INCOMUM DE ABDOME AGUDO</p> <p>Maria Carolina Alves Zanatta, Thais Ferreira Ribeiro, Natássia Alberici Anselmo, Paulo Eduardo Zerafi Monteiro, Raphael Raphe</p> <p><i>FACERES - São José do Rio Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Trombose Venosa Mesentérica é uma causa rara de Isquemia Mesentérica (IM). Sua apresentação clínica é inespecífica, dificultando o diagnóstico em fase inicial. Manifesta-se com um quadro de oclusão intestinal, que se deve ao aparecimento de uma estenose isquêmica, geralmente a nível do intestino delgado e, em 95% dos casos, afetando a veia mesentérica superior. Por ser uma condição potencialmente letal, seu diagnóstico precoce através de exame de imagem e tratamento adequado aumentam as chances de sobrevivência.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 48 anos, admitido no pronto atendimento, queixa-se de dor abdominal há 7 dias. É localizada inicialmente em mesogástrico e de forte intensidade, com pouca melhora ao uso de sintomáticos, e há 3 dias evoluiu constipação e parada de eliminação de flatos. Havia passado em outros serviços com sintomas semelhantes, sem investigação. Antecedentes: episódio de taquiarritmia supraventricular revertida e sem adesão correta ao tratamento a longo prazo. Ao exame físico: abdome doloroso à palpação difusamente com sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, sinal de Murphy negativo e pulsos periféricos presentes e simétricos. Nos exames laboratoriais de entrada, apresentava leucocitose de 19.000; DHL 480; PCR 14,2; lactato 2,2, sem outras alterações significativas. Foi solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome que evidenciou falhas de enchimento nas veias porta, junção porto-esplênica e mesentérica superior, com aspecto de trombo, cursando em associação com espessamento parietal e hipocaptção de alças delgadas na topografia do mesogástrico/hipogástrico, bem como ingurgitamento vascular e moderada quantidade de líquido na cavidade abdominopélvica sugerindo IM. Optou-se por tratamento clínico com suporte intensivo. Sendo assim, foi admitido na UTI, com dieta zero, heparinização, antibioticoterapia e avaliação seriada de exames laboratoriais e TC. Durante tratamento, apresentou melhora da dor, e da constipação. Houve queda progressiva do DHL, lactato e leucograma, entrando nos valores de normalidade. Recebeu alta no 15º dia de internação, assintomático. Mantém acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Trombose consiste na obstrução do fluxo sanguíneo causada pela formação de coágulo e constitui uma importante causa de morbidade e de mortalidade. Esse relato tem sua devida importância pois mostra um paciente com uma TVM de localização pouco comum na prática, manejo clinicamente devido à sua estabilidade hemodinâmica e permissibilidade laboratorial para tal. Apesar do tratamento ser principalmente cirúrgico, visando a perfusão intestinal adequada e viabilidade do tecido e sua função, neste caso o tratamento não-invasivo se mostrou eficiente levando a uma boa evolução e resolução do quadro.</p>

PO 759-1	PO 759-2
<p>TUMOR NEUROENDÓCRINO DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL – RELATO DE CASO.</p> <p>Laísa Brandão Carvalho, Paulo Eduardo Lucisano Bin, Marcela Maria Silvino Craveiro, Cláudia Nishida Hasimoto, Fernando da Silva Zambonini, Daniel Mendes Shiroma, Walmar Kerche de Oliveira</p> <p><i>UNESP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Tumores de intestino delgado são raros e representam 0,6% de todos os novos casos de câncer nos EUA. Dentre estes, os tumores neuroendócrinos (NET) correspondem a cerca de 35-40%. A incidência varia de 0,28 a 0,8 / 100.000 habitantes, sem preferência por gênero, com pico entre a 6ª e 7ª décadas. Os NET do intestino delgado têm espectro clínico variável e inespecífico, o que faz com que o diagnóstico seja tardio e geralmente com doença avançada ao diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 52 anos, hipertenso e diabético, com história de dor abdominal intermitente, tipo cólica, há 4 meses, acompanhada de náuseas e vômitos, alteração do hábito intestinal e emagrecimento de 28 kg nesse período. Ao exame físico apresentava-se distendido, com dor à palpação em mesogástrico e andar inferior do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciada a investigação com um trânsito intestinal que evidenciou um trânsito lentificado, com afilamento em "bico" no íleo, com dilatação de alças à montante e imagem arredondada medindo 4,5 x 4,6 cm, com redução de calibre do íleo à jusante. Complementado estudo com uma tomografia que evidenciou imagem sugestiva de segmento ileal invaginado com distensão à montante, associado a ingurgitamento de vasos mesentéricos adjacentes (sinal do pente). Foi submetido à laparotomia exploradora e identificado uma lesão endurecida e estenosante a 70 cm da válvula ileocecal, com dilatação à jusante. Realizada enterectomia segmentar (retirada peça de 35 x 10cm), sem evidência de lesões secundárias em fígado ou peritônio. O laudo do anatomopatológico evidenciou lesão obstrutiva, bem delimitada, medindo 3,5x3,5 x3cm; Cromograma A positivo e Ki67 positivo < 1%; infiltração da muscular própria, serosa e tecidos moles subjacentes; margens livres, com invasão perineural e angiolinfática. Metástases em 6/19 linfonodos. Classificado como um NET bem diferenciado, grau 1. Estadiamento anatomopatológico pT4pN1pMx. Paciente encaminhado para seguimento com oncologia.</p> <p>DISCUSSÃO: NET do intestino delgado são raros e crescem a partir de células enterocromafins. Os sintomas mais comuns são suboclusão, sangramento, dor abdominal intermitente, perda de peso e fraqueza. Porém, podem levar a síndrome carcinóide (fogachos, rubor e diarreia) estando nesse caso geralmente relacionada a doença avançada (metastática) e maior mortalidade. O tamanho também pode predir gravidade: tumores < 1 cm apresentam metástase em 2% dos pacientes; entre 1-2 cm apresentam metástase em 50% dos casos e >3 cm, metástase em 80% dos pacientes. Em pacientes com NET do intestino delgado o aumento de Cromograma A foi associado a comprometimento linfonodal e metástase à distância. O tratamento, sempre que possível, é cirúrgico, consistindo na ampla ressecção da lesão e extensa linfadenectomia. As metástases, se ressecáveis, devem ser removidas, com fim curativo ou citorrédutor, uma vez que um manejo cirúrgico agressivo parece melhorar a sobrevida.</p>	<p>O RARO CARCINOMA EPIDERMÓIDE VESICAL TRATADO COM RADIOQUIMIOTERAPIA</p> <p>Giullia Garibaldi Bertonecello, Maria Luiza Santos, Pedro Lucas De Paula, Maria Eduarda Deon Ceccato, Andrei Cardoso Centeno, Gustavo Winter, Luis Fernando Gomes Susin, Jorge Antônio Pastro Noronha</p> <p><i>Pucrs - Porto alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de bexiga é a neoplasia maligna geniturinária mais comum em homens e mulheres e é amplamente classificado como urotelial e não-urotelial. O primeiro representa 90% dos tumores de bexiga no mundo ocidental, contendo, como principal fator de risco, a exposição ambiental a potenciais carcinógenos, como o tabaco. Já os tumores não-uroteliais representam 5% de todos os cânceres vesicais e, dentre eles, 90% são de origem epitelial, como o carcinoma epidermóide, o qual está frequentemente associado à história de infecções crônicas, cálculos vesicais e, em áreas de risco, infecção esquistossômica. Os pacientes geralmente apresentam hematuria macro ou microscópica e sintomas irritativos do trato urinário inferior. O passo inicial para o diagnóstico e estadiamento da lesão é a realização de cistoscopia combinada com a ressecção transuretral (RTU) do tumor vesical.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, acondroplasia, transplantado renal. Não tabagista. Diagnóstico de lesão vegetante em fundo vesical, por tomografia computadorizada (TC) de abdome. Submetido à ressecção transuretral (RTU) do tumor, anatomopatológico evidenciou carcinoma urotelial de alto grau com padrão papilar e diferenciação epidermóide, invasão focal de lâmina própria e sem invasão muscular, confirmada pela imunohistoquímica – estadiamento pT1N0M0. Contraindicada quimioterapia intravesical com BCG, visto uso de imunossupressores. Durante seguimento, foi submetido à segunda RTU, histologia novamente carcinoma urotelial com extensa diferenciação escamosa, porém nesta amostra houve comprometimento de camada muscular própria, T4bN0M0. Estadiamento com TC de tórax e abdome não evidenciou lesões metastáticas. Caso discutido em conjunto com a equipe multidisciplinar. Devido a contraindicações clínicas absolutas, optou-se por realizar tratamento com injeção curativo com radioquimioterapia.</p> <p>DISCUSSÃO: É visto que a maioria dos carcinomas epidermóides consistem em tumores vegetantes invasivos ou infiltrativos e ulcerativos. O nível de diferenciação citológica é variável, apresentando-se desde neoplasias anaplásicas com diferenciação escamosa até lesões altamente diferenciadas produtoras de queratina. As neoplasias não-uroteliais geralmente são diagnosticadas em estágios mais avançados, manifestando, assim, pior prognóstico. O tratamento primário consiste em cistectomia radical, entretanto, por apresentar alto índice de recorrência, é justificável realizar radioterapia pré-operatória. Para pacientes que não são candidatos cirúrgicos, a quimiorradioterapia representa uma abordagem razoável, especialmente porque esses tumores tendem a ser localmente agressivos. Contudo, ainda existem poucos dados prospectivos para orientar o gerenciamento.</p>
<p>PO 760-1</p> <p>PERFURAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO</p> <p>MATEUS DE OLIVEIRA LOPES, Givaggio Henrique Rodrigues da Silva Silva, Marcelo Santos da Silva, Kyldery Wendell Moura Cavalcante, Levindo Alves de Oliveira</p> <p><i>UFRR - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Afecções do trato gastrointestinal estão presentes em 50 a 93% dos pacientes com HIV. Relatamos o caso de paciente com sorologia positiva para HIV que apresentou abdome agudo perfurativo.</p> <p>RELATO DE CASO: LFS, feminino, 72 anos, Branca, natural e proveniente de Boa Vista – RR. Paciente deu entrada no Pronto Atendimento Dr. Airton Rocha (PAAR) com quadro de dor abdominal de início súbito e caráter progressivo há 24 horas. Ao exame físico, apresentava abdome doloroso difuso, sem sinais de irritação peritoneal à primeira avaliação pela clínica médica. Foi solicitada pelo plantonista da porta uma tomografia abdominal. Paciente ficou internada no Pronto Atendimento Dr. Airton Rocha (PAAR) e na madrugada do dia seguinte evoluiu com piora do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica e taquicardia, sendo então transferida para o Grande Trauma do Hospital Geral de Roraima (HGR). Na avaliação pela cirurgia geral, a paciente estava pálida (3+/4+), taquicárdica, hipotensa, hipoxêmica e em suplementação de oxigênio, apresentando sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais evidenciaram as seguintes alterações: leucócitos 14.790 (89%), hemoglobina 8,8%, hematócrito 25%, PCR 20, amilase 140 U/L. Sem alterações nos demais exames. Tomografia de tórax mostrou derrame pleural levemente bilateral, acentuado a esquerda, associado a atelectasias compressivas do parênquima pulmonar adjacente múltiplos micronódulos pulmonares com distribuição centrolobular, inferindo processo infeccioso/inflamatório dom distribuição bronquilocêntrica. Já a tomografia abdominal evidenciou pneumoperitônio acentuado, leiomioma uterino calcificado e posicionamento adequado de sonda nasogástrica (SNG). A paciente foi conduzida para laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade, o delgado apresentava duas lesões perfurativas, além da presença de grande quantidade de líquido entérico na cavidade. Identificou-se ainda o aumento do ovário direito, sugestivo de lesão neoplásica. Realizado o desbridamento das bordas das lesões entéricas, seguida por rafia dos orifícios, com sutura em dois planos e ooforectomia direita. No pós-operatório imediato paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sem resposta a drogas vasoativas, evoluindo para óbito.</p> <p>DISCUSSÃO: Pacientes com infecção pelo são predispostos a infecções oportunistas. Entre os principais diagnósticos diferenciais de etiologia infecciosa como causa de abdome agudo estão Citomegalovirus, Mycobacterium Avium Complex, entre outros. O número de intervenções cirúrgicas abdominais relacionadas a infecções oportunistas em pacientes com SIDA vem reduzindo devido ao diagnóstico precoce e introdução da terapia antiviral altamente efetiva. Perfuração intestinal ocorre quando existe invasão dos microrganismos nas camadas mais profundas da parede, somado a ulceração e vasculites, afetando comumente íleo terminal e cólon. Achados na tomografia computadorizadas auxiliam no diagnóstico e definição de plano terapêutico direcionado para cada caso.</p>	<p>PO 760-2</p> <p>CARCINOMA UROTELIAL URETERAL SATISFATORIAMENTE TRATADO COM TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA</p> <p>Maria Eduarda Deon Ceccato, Giullia Garibaldi Bertonecello, Nathan Leão Peixoto, Pedro Lucas De Paula, Maria Luiza Santos, Andrei Cardoso Centeno, Mauro Ghedini Costa, Jorge Antonio Pastro Noronha</p> <p><i>Pucrs - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O carcinoma urotelial ou carcinoma de células de transição é a neoplasia mais presente no trato urinário e, devido à histologia deste sistema, sua localização pode ocorrer tanto em trato urinário superior, quanto em trato urinário inferior. Aproximadamente 5% dos casos de carcinoma urotelial acometem o trato urinário superior e apenas 1% destes casos representam o envolvimento do ureter pela neoplasia. O avanço da tecnologia e das técnicas endoscópicas têm possibilitado a realização de abordagens minimamente invasivas do trato urinário superior em detrimento da abordagem cirúrgica, tida até então como padrão ouro. Esse trabalho tem a intenção de relatar um caso de carcinoma urotelial em ureter tratado com técnica endoscópica e sua evolução pós procedimento, além de uma revisão sobre a frequência e as terapêuticas alternativas para o manejo de pacientes com esta apresentação clínica.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 76 anos encaminhado ao serviço de urologia de um hospital escola por hematuria macroscópica em decorrência de um tumor parcialmente obstrutivo na transição dos terços medial e inferior de ureter direito. Após confirmação por biópsia de um carcinoma urotelial papilar de baixo grau, sem invasão de lâmina própria, T1aN0M0, foi optado por submeter o paciente a um tratamento endoscópico com ureteroscopia flexível e ablação com Holmium:YAG (Ho:YAG). Três meses após procedimento, paciente realizou teste citológico de urina e nova tomografia, sem presença de atipias celulares ou sinais de progressão da doença. Paciente mantém acompanhamento com serviço de urologia e permanece livre de doença.</p> <p>DISCUSSÃO: O advento e as melhorias das tecnologias vêm possibilitando, após olhar cuidadoso e individualizado, o emprego de técnicas endoscópicas minimamente invasivas para o tratamento de neoplasias do trato urinário superior. Entre as novas técnicas, a ablação com laser Ho:YAG destaca-se pela sua capacidade de evaporação, coagulação e ressecção do tumor, e pela segurança, uma vez que sua radiação afeta somente a superfície, otimizando a hemostasia e reduzindo o risco de perfuração. Não se pode afirmar, contudo, a substituição completa do tratamento cirúrgico deste tipo de neoplasia técnicas endoscópicas, uma vez que esta opção terapêutica é reservada para casos onde um estudo individual prévio mostre real benefício e menor chance de recidiva ao paciente.</p>

PO 761-1	PO 761-2
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO</p> <p>MATEUS DE OLIVEIRA LOPES, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Marcello Santos da Silva, Lucas Duarte, Marlon Krubniki de Mattos</p> <p><i>UFRR - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Abdomo agudo obstrutivo pode ser causado por distúrbios de motilidade ou obstrução mecânica do trânsito intestinal. Uma das causas de abdome agudo obstrutivo é o divertículo de Meckel, anomalia gastrointestinal congênita muito comum. O divertículo de Meckel é diagnosticado acidentalmente em laparotomia ou laparoscopia indicadas por outras causas, em adultos, principalmente devido a processos abdominais obstrutivos ou inflamatórios. Relatamos o caso de paciente que apresentou quadro de obstrução intestinal por torção de delgado em razão de processo inflamatório em fossa ilíaca direita, que foi abordado cirurgicamente.</p> <p>RELATO DE CASO: H.N.S.C., masculino, 18 anos, pardo, natural e proveniente de Boa Vista, deu entrada no Pronto Atendimento Dr. Ailton Rocha (PAAR) com quadro de dor abdominal há 03 dias, afirma que a dor iniciou em região epigástrica, tornando-se difusa conforme a evolução. Há 24 horas da entrada, não evacuava e tinha distensão abdominal associada. Sem relato de cirurgia abdominal prévia. O exame físico do abdome revelou ruídos hidroaéreos presentes e aumentados, abdome distendido, normotimpânico, depressivo, doloroso difusamente, mas sem sinais de irritação peritoneal. Foram solicitadas tomografia computadorizada de abdome, exames laboratoriais e adotadas medidas clínicas para condução inicial do quadro obstrutivo. Exames laboratoriais mostraram glóbulos brancos em 13.300 e neutrófilos em 87%. Tomografia do abdome mostrou distensão moderada de alças de delgado, e apêndice cecal com sinais sugestivos de inflamação, além discreta quantidade de líquido livre na cavidade. Durante laparotomia exploradora identificou-se o divertículo de Meckel. Foi realizada enterectomia do segmento afetado, seguida por anastomose primária término-terminal e apendicectomia. As evidências sugerem que a extremidade do divertículo inflamou e por contiguidade com o apêndice cecal originou a apendicite. O processo inflamatório na fossa ilíaca direita (FID) levou ao acotovelamento de delgado, que deu origem ao quadro de obstrução intestinal alta. Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, permanecendo em dieta zero por 3 dias. Realizou 7 dias de antibioticoterapia endovenosa e teve alta, com boa aceitação da dieta, evacuando, liberando flatos e deambulando. Não houve infecção de sítio cirúrgico.</p> <p>DISCUSSÃO: Divertículo de Meckel é uma anomalia gastrointestinal congênita mais comum, com prevalência que varia de 1 a 4% na população em geral. A apresentação clínica do divertículo de Meckel está condicionada a complicações e pode ser confundida com outras doenças. A confirmação diagnóstica define-se por exames de imagem como a ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, cintilografia e angiografia. A conduta em pacientes assintomáticos tem controvérsias, porém, em pacientes sintomáticos, a indicação cirúrgica tem consenso, sendo a laparotomia a via mais utilizada. Quando a obstrução não é abordada cirurgicamente pode evoluir com necrose e peritonite.</p>	<p>PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA COMPLICADA COM FÍSTULA CUTÂNEA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Thiago Carvalho Milet, Marlei Pereira Oliveira, Vitor Coleta Cesare Meneghini, Wanderson Silva Souza</p> <p><i>Hospital Geral de Vitória da Conquista - Vitória da Conquista - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A pielonefrite xantogranulomatosa é um raro processo inflamatório crônico severo que leva a destruição do tecido renal/perirrenal e substituição por tecido de granulação contendo macrófagos com gordura.</p> <p>RELATO DE CASO: G.L.C., sexo masculino, 52 anos, pardo. Admitido com quadro de dor lombar a direita, associado a abscesso cutâneo e massa palpável em flanco direito. Com relato de amputação de membro superior esquerdo por acidente com eletricidade há uma década do início do quadro supracitado. Cintilografia renal evidenciando exclusão funcional do rim direito. Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome com contraste venoso evidenciou cálculo na junção ureteropélvica (JUP) direita com hidronefrose, litíase renal à direita e borramento do tecido adiposo perinefrítico direito, sugestivo de transudato. Optado por incisão subcostal à direita e abordagem renal, que evidenciou abscesso perirrenal com trajeto fistuloso nefro-cutânea. Realizado nefrectomia direita com ureterectomia. Cirurgia ocorreu sem complicações, apesar da dificuldade técnica devido a grande processo inflamatório local e múltiplos focos de abscesso. Anatomopatológico evidenciou pielonefrite crônica inespecífica, agudizada e abscedada com proliferação de macrófagos e neutrófilo, não foram evidenciados sinais morfológicos de malignidade. Paciente evoluiu com pós-operatório satisfatório, recebendo alta hospitalar 03 dias após procedimento, em bom estado geral e sem déficits de diurese.</p> <p>DISCUSSÃO: A pielonefrite xantogranulomatosa é uma doença rara que compõe menos de 1% das pielonefrites crônicas. Ocorre em média na 5ª e 6ª décadas de vida, não tendo predisposição de gênero. A etiologia é multifatorial e obscura, a combinação de obstrução associada à infecção bacteriana crônica é amplamente difundida, condizente com a história clínica do paciente. As bactérias mais associadas a este processo infeccioso são <i>Proteus</i> spp. e <i>Escherichia coli</i>. Sinais e sintomas mais comuns são a dor em flanco, fraqueza, perda de peso, febre e massa palpável em flanco. A doença pode mimetizar um processo neoplásico. Complicações da doença são raras, descritas na literatura apenas em relatos de casos. Neste caso, o paciente apresentava um abscesso renal com fístula cutânea. Todos os casos de fístula nefrocútânea descritos na literatura médica relacionam-se à infecção de trato urinário crônico e nefrolitíase. O exame de escolha é a tomografia de abdome com contraste venoso, que caracteriza cálculo no sistema coletor, ausência de excreção do contraste, hidronefrose, grandes lesões de bordas mal definidas. A biópsia renal revela acometimento difuso em 92% dos casos. O tratamento de escolha é a antibioticoterapia com drenagem percutânea, mas em muitos casos a nefrectomia total aberta e ressecção de outros tecidos envolvidos é o tratamento definitivo. Os pacientes evoluem com prognóstico satisfatório, com o rim contralateral exercendo até 70% da função pré-nefrectomia mesmo após duas décadas de cirurgia, ainda com a perda de 50% da massa renal</p>
<p>PO 762-1</p> <p>DUODENECTOMIA SEGMENTAR NA DE GIST DUODENAL: RELATO DE CASO</p> <p>TADEU GUSMÃO MURITIBA, JOSÉ CARDOSO CAVALCANTE JÚNIOR, CAROLINE CARVALHO FERRO, REGINALDO MELO FILHO, CLAUDIO CIPRIANO MOURA, IGOR LIMA RIBEIRO, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, MARIA CAROLINA SANTOS MALAFAIA FERREIRA</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES - HUPAAUFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) corresponde a apenas 3% de todas as neoplasias malignas do sistema digestório. O acometimento duodenal é raro, sendo o estômago o órgão com maior incidência de GIST. Relata-se a seguir um caso de GIST de duodeno por um achado endoscópico a partir de sintomas inespecíficos.</p> <p>RELATO DE CASO: LSR, 34 anos, sexo feminino, parda, chega ao serviço de cirurgia oncológica com quadro de epigastralgia há 11 meses, sem melhora com tratamento clínico. Nega outros sinais ou sintomas e comorbidades. Durante investigação, EDA evidenciou lesão subepitelial em segunda porção de duodeno, endurecida, recoberta por mucosa e sinal de tenda negativo. Tomografia descreve lesão como formação nodular sólida em retroperitônio à direita da linha mediana, de 2,4x2,6 cm, de efeito compressivo sobre arco duodenal e face anterior de veia cava inferior, de natureza a esclarecer. Optado por laparotomia exploradora para ressecção de lesão. Durante transoperatório foi evidenciado massa em submucosa na 3ª porção duodenal e linfonodomegalia peripancreática. Realizada linfadenectomia peripancreática e duodenoctomia segmentar com ressecção de lesão com margem e posterior anastomose duodenal primária e passagem de sonda nasoenteral posicionada posterior a anastomose. Material enviado para congelação, sugestivo de neoplasia de células fusiformes, provável GIST, e linfonodos negativos para neoplasia. Realizada tomografia com contraste oral de abdome no 7º DPO sem evidência de fístula. Paciente recebeu alta no 10º DPO com dieta via oral pastosa e sonda nasoenteral. Achados histopatológicos evidenciaram fragmento medindo 4,0x2,8x2,5 cm, consistente com GIST, apresentando atipias leve/moderadas, baixa atividade mitótica, celularidade moderada, sem invasão vascular ou perineural, margens livres e linfonodos negativos.</p> <p>DISCUSSÃO: Os GISTs duodenais são responsáveis por apenas <5%, mas constituem 30% dos tumores duodenais primários. A sintomatologia geralmente apresenta-se pela dor abdominal devido ao quadro obstrutivo, anemia ou sangramentos de ulcerações. Caracteriza-se como uma massa delimitada na submucosa, com achado histopatológico de células fusiformes, e o tamanho médio de 6 cm. A ressecção cirúrgica é o método de escolha para o tratamento de todos os casos de GIST, sendo ressecção completa de tumores primários curativa. A duodenoctomia segmentar e duodenoanopancreatocomia, são os procedimentos cirúrgicos mais indicados, sendo o primeiro mais indicado devido a menor morbidade operatória e com resultados oncológicos compatíveis. Entretanto, a indicação do procedimento depende do tamanho do tumor, os ≤ 5 cm são favoráveis a ressecções limitadas. Diante do caso relatado, percebe-se um quadro sintomático inespecífico, numa faixa etária não prevalente, mas com características radiológicas suspeita ao GIST e confirmado com biópsia, classificado com baixo grau de malignidade. Foi optado por um tratamento cirúrgico curativo, sem indicação de tratamentos quimioterápicos adjuvantes.</p>	<p>PO 762-2</p> <p>ABORDAGEM DE TUMOR RENAL EXTENSO: UM RELATO DE CASO</p> <p>João Vítor Vilar Silveira, Tiago Couto Silva Pinheiro Chaves, José Cristiano Da Silveira, Vitor Bittar Prado, Paulo Henrique Peixoto Lozi, Eduardo De Paiva Filho, Larissa Mercadante de Assis, Vinícius Moreira de Queiroga</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Segundo a literatura, cerca de 80% das lesões expansivas sólidas que se manifestam na topografia renal possuem origem maligna. São várias as opções de manejo, tais como vigilância ativa, radioablação e crioterapia. Porém abordagem cirúrgica através de nefrectomia parcial ou radical ainda é a técnica mais utilizada em nosso meio para o manejo de lesões ressecáveis. A alta taxa de malignidade de tais massas justifica uma abordagem mais agressiva. O câncer renal atualmente vem sendo diagnosticado cada vez mais precocemente devido ao aprimoramento de exames de imagem, o que leva a um aumento significativo da sobrevida desses pacientes. O subtipo histológico mais comum é o Carcinoma de Células Renais, respondendo por cerca de 80 a 90% de todas as neoplasias renais malignas. Esse relato foi motivado pelo diagnóstico de massa renal bastante volumosa em paciente que apresentava sinais clínicos da doença (hematúria, aumento do volume abdominal e dor abdominal) porém sem condições de risco estabelecidas na literatura (obesidade, tabagismo e idade entre 50 e 70 anos).</p> <p>RELATO DE CASO: MNAD, 46 anos, diabética em uso de metformina e glicazida, laqueadura há 8 anos, comparece queixando-se de massa palpável em flanco direito há cerca de 1 ano. Relata crescimento acelerado do volume abdominal e dor em flanco nos últimos meses, o que a motivou a buscar este serviço. Ao exame físico paciente apresenta abdome assimétrico, com massa palpável em flanco direito. Exame sumário de urina demonstrando hematúria microscópica. Tomografia de abdome revelou volumosa lesão expansiva em rim direito, com realce heterogêneo pelo contraste, medindo cerca de 13,5 centímetros. Optou-se por realização de nefrectomia radical aberta à direita. Inventário do procedimento cirúrgico demonstrou volumoso tumor rechaçando rim direito, associado a presença de neovascularização em sua parede. Peça encaminhada para estudo anatomo-patológico que evidenciou Carcinoma de Células Renais, subtipo células claras, com margens cirúrgicas livres de neoplasia e sem acometimento de linfonodos examinados. Paciente permaneceu internada em enfermaria por 6 dias, evoluindo sem complicações e recebendo alta hospitalar com seguimento clínico ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O manejo das neoplasias dos rins segue sendo um grande desafio. Atualmente a literatura aponta que a taxa de mortalidade entre as diversas opções terapêuticas é similar, ficando a cargo da equipe médica a escolha do método que mais beneficiará o paciente levando em consideração as particularidades de cada serviço. No caso relatado optou-se por nefrectomia radical aberta devido ao tamanho do tumor e também pela familiaridade dos cirurgiões com esse tipo de procedimento, o que foi essencial para o sucesso terapêutico.</p>

PO 763-1	PO 763-2
<p>HERNIA INTERNA POR DIVERTICULO DE MECKEL: RELATO DE CASO.</p> <p>JULIANA FERREIRA SANTOS, MATHEUS MACIEL BALLASSINI, LEANDRO HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA, ALLANA SCALZO MOKARZEL, ALEX VINICIUS CUNHA FIQUEIREDO, MARILIA CAMPOS CARDOSO, LUCIANO CORTEZ PEIXOTO, ROGER SOUSA NILO ALMEIDA ARAUJO</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBÁ - ITAJUBÁ - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) foi descrito pela primeira vez no século XX. Corresponde a um divertículo localizado no intestino delgado devido a uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino e tem prevalência entre 0.3% e 2,9% na população geral, acometendo mais homens e crianças. Tem clínica diversificada, diagnóstico difícil e tratamento cirúrgico, sendo recomendado diverticulectomia ou ressecção ileal seguida de anastomose. O objetivo deste trabalho é expor um caso raro de uma hérnia interna gerada pelo DM, as dificuldades do diagnóstico e a terapêutica implantada.</p> <p>RELATO DE CASO: FSR, 6 anos, sexo masculino, branco, atendido na Santa Casa de Itajubá- MG dia 03/07/2018 com quadro de dor abdominal intensa e vômitos há 1 dia. Ao exame: REG, ativo e reativo, afebril, abdome plano e dor difusa a palpação. Os exames complementares demonstravam leucocitose discreta sem desvio à esquerda, radiografia e tomografia computadorizada de abdome evidenciavam níveis hidroaéreos em alças de delgado. A partir da hipótese diagnóstica de intuscepção ou volvo, foi realizada laparotomia exploradora dia 04/07/2018. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral; após incisão mediana e, durante o inventário da cavidade, foi encontrada secreção purulenta e DM com cordão fibrótico até o mesentério, gerando hérnia interna com alças de intestino delgado. Foi feita redução das alças herniadas, as quais estavam viáveis; procedido com secção do cordão fibrótico e diverticulectomia; sutura em dupla camada na incisão da base do divertículo usando nylon 2-0 agulha cilíndrica; após conferência da sutura a cirurgia foi finalizada. O paciente foi mantido internado, manutenção de dieta zero por 24 horas no pós-operatório e em uso de ceftriaxona e metronidazol por 2 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: DM é a anomalia mais comum do trato gastrointestinal, mas, ainda assim, uma condição rara. Pode gerar quadros diversos: hemorragia digestiva, obstrução intestinal e diverticulite. A sintomatologia, geralmente, compreende febre, vômitos, dor abdominal e fezes com sangue, sintomas apresentados em outras causas de abdome agudo. A obstrução intestinal em casos de DM é devido a volvo, intuscepção, estrangulamento de hérnia de Littré, torção do DM, aprisionamento, estenose, litíase e tumores. Sendo assim, tem seu diagnóstico dificultado, fazendo-se muitas vezes durante o ato cirúrgico. O caso relatado neste trabalho demonstra uma complicação do DM. Hérnias internas são geralmente apresentadas nas regiões transmesentérica, transmesocólica, paraduodenal, pericecal e no forame de Winslow. O DM em questão apresentava um cordão fibrótico que o ligava ao mesentério, formando um "arco" que propiciou a passagem de alças de delgado, formando uma hérnia interna e, consequentemente, obstruindo o intestino. Portanto, é essencial que cada caso seja avaliado individualmente, levando em consideração as variáveis como sexo, idade, características do divertículo, experiência do cirurgião e do serviço que o paciente está sendo assistido.</p>	<p>AUTO CASTRAÇÃO COM INTENÇÃO DE BLOQUEIO DE TESTOSTERONA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Yasmin Abreu Soares de Souza Pimentel, Daniel Gontijo Sousa Silva, Renato Moreira Souto, João Paulo Majella de Godoy Moraes, Gustavo Alves Araújo Ferreira, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira, Jessica Barbosa Oliveira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A automutilação é caracterizada por qualquer lesão intencional direta a tecido corporal sem intenção suicida. A auto mutilação genital é um evento raro e abrange desde pequenos cortes na pele até casos mais extremos com amputação do pênis ou castração testicular. É de suma importância a avaliação psiquiátrica do paciente, e complicações são comuns na abordagem, recuperação e reabilitação do paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, feminino transgênero, 36 anos, deu entrada em PS de Cirurgia Geral de um hospital regional em Brasília por conta própria, deambulando, com história de realização de auto-orquiectomia bilateral há 5 horas, com intenção de bloqueio de testosterona, procedimento este realizado de forma caseira, com anestésico local, navalha, agulha e linha de costura. Ao exame físico, edema em região de bolsa testicular, com síntese a direita com pontos de sutura e mínimo sangramento entre os pontos. Após avaliação inicial, foi encaminhado para urologia, internado e indicada exploração cirúrgica de urgência. No inventário cirúrgico, foi evidenciada moderada quantidade de coágulos e os dois testículos com perda de cerca de 50% dos seus parênquimas, com secção do ducto deferente. Realizada a evacuação dos coágulos, desbridamento e síntese com aproximação das túbicas albugíneas e drenagem das bolsas testiculares com saída em contra abertura e fechamento da pele. Paciente recebeu alta após 7 dias de internação, com sintomas e retorno ambulatorial para revisão de cirurgia.</p> <p>DISCUSSÃO: A auto mutilação genital na literatura é abordada principalmente relacionada a alguma doença psiquiátrica prévia diagnosticada, sendo poucos os relatos em pacientes assintomáticos. O caso apresentado refere um paciente sem histórico de uso de drogas, deambulante, orientado e consciente de todo o processo da auto-orquiectomia caseira, o que o torna ímpar dentro dos casos de automutilação genital registrados. Devido aos altos riscos de infecção em um procedimento tão invasivo realizado em ambiente inadequado, além das graves consequências à saúde de um indivíduo, é necessário que o atendimento ao paciente vítima de automutilação genital seja rápido e colaborativo, para identificar sangramento importante e reduzir tanto os riscos de infecção quanto o tempo de internação e inabilidade, permitindo um retorno mais rápido à vida normal. A abordagem cirúrgica e o tratamento com antibióticos profiláticos devem reduzir significativamente o risco de infecção e de complicações por hemorragia. A orquiectomia bilateral acarreta na inibição de testosterona, que tem como consequências iniciais a queda da libido, a dificuldade de ereção e a infertilidade. A longo prazo podem ser observados sintomas como fadiga, osteoporose, ondas de calor e depressão. Esse caso demonstra um tratamento rápido para controle de um evento traumático incomum e cheio de possíveis complicações.</p>
<p>PO 764-1</p> <p>PERFURAÇÃO ILEAL POR CORPO ESTRANHO</p> <p>Felipe Aguiar Pinto Dias, Ana Rita Oliveira Passos, Mariane Barbosa Finotti, Carliale Soares Franco, Carlos Henrique Quintão Valeriano, Maria Clarice Albuquerque Vasconcelos, Gabriella Freitas Cardoso, Ricardo Machado Rocha</p> <p><i>Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier - Ipatinga - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A espinha de peixe pode causar perfuração do trato gastrointestinal em 1% dos casos, pela sua forma afiada. É diagnóstico particularmente difícil e raramente feito no pré-operatório, podendo simular o quadro de outras condições cirúrgicas como diverticulite, apendicite e abscesso.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 40 anos, sem comorbidades, admitida com quadro de dor abdominal persistente de início insidioso. Exames laboratoriais de urina tipo I, Proteína C Reativa (PCR) e Beta HCG no dia da admissão sem alterações. Hemograma com Hemoglobina de 10,6 g/dl, hematócrito de 33,7%, VGM de 73,6 fl, HCM 23 pg, RDW 17,7%, anisocitose, microcitose, discreta hipocromia, poiquilocitose, ovalócitos e discreta leucocitose. No dia seguinte os exames foram repetidos e apresentou PCR elevado (90 mg/L; VR: 5 mg/L) e hemograma com os mesmos parâmetros de eritrócitos e leucócitos normalizados. Urocultura sem crescimento de bactérias. Realizado Ultrassonografia Transvaginal que não apresentou alterações ecográficas significativas. Ultrassonografia de abdômen total foi evidenciado líquido livre em fossa ilíaca direita. Tomografia de abdome sem contraste sem alterações significativas. Frequência cardíaca 82 bpm, pressão arterial 130x90 mmHg, frequência respiratória 20 tirpm. Sem alterações no exame físico cardíaco, pulmonar e neurológico. Abdome globoso, doloroso à palpação superficial e profunda de maneira persistente. Optada pela realização de laparoscopia diagnóstica, com achado de perfuração de íleo por corpo estranho (espinha de peixe). Foi realizada a remoção do corpo estranho e enterorrafia em dois planos por videolaparoscopia. Procedimentos sem intercorrências e boa evolução pós-operatória.</p> <p>DISCUSSÃO: As espinhas de peixe são inadvertidamente deglutidas e são, dentre os corpos estranhos, as que mais causam perfuração intestinal. Podem estar presentes em um bolo alimentar e, mesmo com sua forma afiada, não perfuram a parede intestinal. Os métodos de imagem dependem da localização anatômica e densidade radiográfica do corpo estranho, sendo praticamente invisíveis à radiografia simples. Já a tomografia computadorizada pode ser usada para elucidar uma causa inexplicável e persistente da dor abdominal. O jejuno e íleo terminal são as localizações em que geralmente ocorrem as perfurações, com maiores taxas de impactação nas áreas de angulação do intestino (válvula ileocecal e retossigmóide). A clínica pode variar de um quadro com dor abdominal e febre, até vômitos e peritonite difusa. Assim, o diagnóstico de perfuração por corpo estranho diante de um quadro de sintomas abdominais inespecíficos, sem uma etiologia bem definida, deve sempre ser lembrado. A laparoscopia surge como ótima opção nos casos incertos, com relevância diagnóstica e terapêutica, principalmente nos casos em que não há peritonite deflagrada. Possui a vantagem de oferecer avaliação precisa da cavidade abdominal e uma intervenção imediata.</p>	<p>PO 764-2</p> <p>LINFOMA RENAL : CANCER RENAL COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p> <p>Silvia Casanova Baldissera, Cláudia Fernanda Camini, Marcelino Paiva Martins, Rene Augusto Weirich, Flavio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG - CEONC - Hospital do Câncer - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os linfomas são tumores malignos caracterizados pela proliferação de células do tecido linfóide. Quando estão localizados no rim, geralmente são decorrentes à invasão secundária, com formas primárias sendo raras. Clinicamente são indistinguíveis de qualquer outro tumor renal, não sendo possível diferenciá-los por meio de exames de imagem, portanto, seu diagnóstico é anatomopatológico. O linfoma marginal renal é um tipo de neoplasia de células B de evolução indolente. Tem por característica a esplenomegalia, moderada linfocitose com morfologia vilosa e padrão intrasinusoidal de envolvimento de vários órgãos, especialmente medula óssea. A maioria dos pacientes é assintomática ao diagnóstico e pode não requer tratamento por anos. Este estudo objetiva relatar um caso de tumor renal primário em paciente com idade avançada, ressaltando a importância do diagnóstico precoce.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente de 79 anos, do sexo feminino, com história de febre de origem desconhecida há cerca de 3 meses. Durante investigação exames complementares houve identificação em Tomografia de abdômen lesão renal esquerda exofítica com cerca de 2 cm polo superior. Proposta nefrectomia polar / parcial = conceito poupadora de néfrons. Anatomopatológico revelou tecido linfóide com atípias, margens livres. Imunohistoquímica trouxe informações compatíveis com linfoma de zona marginal. PET-CT identificou que ainda havia outras áreas com atividade metabólica. Atividade tumoral em terço médio e pelve renal esquerda exclusivamente. Conforme proposta de tratamento hematológico foi realizado terapia adjuvante com radioterapia. Encontra-se há cerca de 12 meses em seguimento sem evidências de processo neoplásico em atividade, com função renal normal.</p> <p>DISCUSSÃO: O linfoma marginal renal é considerado linfoma de baixo grau com curso clínico indolente, muitos casos mostram uma evolução não complicada prolongada, uma boa resposta à esplenectomia ou quimioterapia. Quase todos os pacientes apresentam esplenomegalia moderada a maciça que pode causar desconforto no hipocôndrio esquerdo. A linfocitose absoluta é relatada em 75% dos pacientes. Sintomas B são raros. Geralmente acomete adultos entre os 43 e 79 anos de idade e com discreto predomínio no sexo masculino. Sua origem é desconhecida e questionada, pois o parênquima renal não apresenta tecido linfático. Postulou-se que a neoplasia surge dos gânglios do seio renal ou da rede linfática da cápsula renal, formando cordões de células ou de um processo inflamatório prévio que atuaria como um gatilho para a neoplasia. A sobrevivência global em 5 anos varia de 65% a 78%. Mesmo na ausência de tratamento ou completa resposta, o tempo de progressão é superior a 5 anos. Existe um consenso geral, considerando a esplenectomia como a melhor terapia. Mais recentemente, numerosas estratégias de tratamento tornaram-se disponíveis para pacientes com linfomas de células B: análogos de nucleosídeos fludarabina e pentostatina e anticorpo monoclonal quimérico anti-CD20 rituximab.</p>

PO 765-1	PO 765-2
<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCOLICA COM POLIPO ILEAL COMO PONTO DE INVAGINAÇÃO EM UM INDÍGENA IDOSO DA ETNIA MACUXI</p> <p>Adélie Nicoll Martins Gai Costa, Liana Katherine La Rosa Pachas, Paulo Victor Viegas Freire, Marcello Santos da Silva, Levindo Alves de Oliveira, Karina Kendra Mar Marques</p> <p><i>Hospital Geral de Roraima Francisco Elesbão - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção representa a invaginação de um segmento intestinal sobre outro que, apesar de relativamente comum entre as crianças, raramente acomete os adultos. (Paulo José Haiek Araújo e Cols. 2008). Diferente do que acontece na população pediátrica, (...) um tumor maligno está envolvido em 20 a 50% dos casos em geral (...) enquanto (...) no intestino delgado, 1-40% são decorrentes de neoplasias malignas, em sua maioria representadas por lesões metastáticas. (Paulo José Haiek Araújo e Cols., 2008 APUD Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R.,2006), por essa razão, destaca-se a importância deste relato. Relata-se o tratamento cirúrgico de um caso de obstrução intestinal em homem indígena, idoso causada por intussuscepção ileo-cólica com diagnóstico suspeito no pré-operatório através de anamnese e exames de imagem. Nela, a cabeça da invaginação formou-se por pólipos em ceco e o diagnóstico histopatológico ainda não está disponível, porém será relevante para a construção de estatísticas da população indígena de Roraima.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente F.A.S., masculino, indígena da etnia Macuxi, 55 anos, encaminhado do município de Alto Alegre-RR devido a quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito (HCD) e flanco direito (FD), associado a vômitos e parada de eliminação de fezes com dois dias de evolução. Devido à suspeita e à piora do paciente, este foi levado ao Centro Cirúrgico para Laparotomia Exploradora de Urgência que confirmou a presença da invaginação ileo-cólica (Intussuscepção de íleo terminal através de válvula ileocecal) com evidente sofrimento vascular dos segmentos envolvidos. Após redução manual desta, realizou-se enterectomia segmentar de cerca de 20 cm de íleo e 20 cm de cólon ascendente e ceco e reconstrução imediata do trânsito intestinal por meio anastomose termino-lateral do íleo em cólon transverso. Ao analisar a peça cirúrgica no transoperatório, verificou-se um pólipos com cerca de 3 cm de diâmetro em íleo terminal. A peça foi enviada para análise anatomopatológica, a qual não teve o resultado disponibilizado até o envio deste resumo. O paciente iniciou alimentação após 3 dias da ressecção e evoluiu bem até sua alta após 7 dias.</p> <p>DISCUSSÃO: A intussuscepção é uma causa rara de obstrução intestinal presente em 5% dos casos em adultos. A idade média dos acometidos varia de 40 a 57 anos, não havendo predominância clara sobre um ou outro sexo. Os sintomas de intussuscepção no adulto, diferentemente da criança, são geralmente inespecíficos e crônicos, sugerindo obstrução intestinal na maioria das vezes. O tratamento instituído foi a ressecção cirúrgica, sem tentativa de redução prévia. Embora controverso, todos os autores concordam que a ressecção seja necessária, já que uma lesão patológica, provavelmente maligna, está presente na maioria dos casos.</p>	<p>URINOMA PÓS CIRÚRGICO: RELATO DE CASO</p> <p>Silas Fernandes Cunha Junior, Caroline Damas de Andrade Oliveira Damas de Andrade Oliveira, Gabriella Fernandes Trindade, Angélica Souza Duarte, Ellen Cristine Pacheco Ramos, João Paulo Santos Tenório, Vitor Vinicius Queiroz Sousa, Karoline Evangelista Souza</p> <p><i>Uniceplac - GAMA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Urinoma é formado através da deposição de urina em área retro peritoneal. É um evento incomum. Apresenta-se, muitas vezes, encapsulado o que permite a palpação de massa abdominal. Pode ser ocasionado por obstrução uretral, traumas renais ou perfurações no aparelho urinário. O diagnóstico clínico apresenta dor abdominal difusa, náusea, vômitos e distensão abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: JPB, 18 anos, masculino, submetido a laparotomia exploradora a cerca de 1 mês devido lesão por perfuração por arma de fogo - PAF - em região abdominal esquerda evoluiu com quadro de dor abdominal difusa. Exame físico apresentava abdome distendido com presença de tumoração palpável em região de hemicabdome esquerdo e mesogástrico, abdome doloroso a palpação difusa, timpânico a percussão. Toque retal sem presença de sangue em dedo de luva. Exame complementar ultrassonográfico determinou a presença de volumoso abscesso intracavitário. Foi encaminhado a uma laparotomia exploradora aonde foi realizado uma incisão mediana na qual observou-se grande coleção retroperitoneal e aderência entre alças do delgado. Realizou-se lavagem cavitária com SF 0,9%, posicionamento de dreno de penrose em retroperitônio com extremidade externa em flanco esquerdo, e revisão de intestino delgado e grosso a partir de alça fixando o ângulo de Treitz, não sendo observado lesões.</p> <p>DISCUSSÃO: O urinoma pode apresentar diversas etiologias, podendo ser causado por traumas renais, ureterolitiase, neoplasias do trato geniturinário, hiperplasia prostática benigna, fibrose retroperitoneal, ligadura iatrogênica do ureter, gravidez. O rompimento do fôrnix renal espontâneo é ocasionado pelo aumento da pressão dentro do sistema urinário. Entretanto apresenta rara manifestação. A gravidade da manifestação está relacionada com a causa principal associada, bem como o volume da coleção presente. Para diagnóstico é importante a utilização do ultrassom e da tomografia computadorizada com contraste, visto que possibilita a presença de hidronefrose e abscesso perirenal. O tratamento é cirúrgico no qual necessita-se efetuar a resolução do quadro patológico inicial bem como a inserção de dreno para retirada da coleção retroperitoneal. É muito importante que se tenha agilidade no diagnóstico e na identificação da causa principal ocasionante. A laparotomia exploradora é indicada para abordagem cirúrgica. É importante que se faça um exame físico detalhado visto que a abordagem fica mais direcionada. Os exames de imagem podem apresentar grande importância no diagnóstico.</p>
<p>PO 766-1</p> <p>TUMOR ESTROMAL DE INTESTINO DELGADO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CISTO COMPLEXO DE OVÁRIO: UM RELATO DE CASO</p> <p>RAFAEL SILVA DE ARAÚJO, EDUARDO IWANAGA LEÃO, RICARDO TADAYOSHI AKIBA, ERNESTO EVANGELISTA NETO, LUIZ FERNANDO PAES LEME, LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO, ISABELA DE PAULA TAVARES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO / ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais, também chamados de GIST, são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal; tais tumores são originários a partir das células intersticiais de Cajal, as quais são responsáveis pela motilidade intestinal e expressam a proteína c-Kit.</p> <p>RELATO DE CASO: Mulher de 49 anos, nega antecedentes patológicos. Em acompanhamento ambulatorial com a equipe de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Municipal Vereador José Stoporoli por conta de uma massa abdominal à direita à palpação, sem outras queixas. Realizou Ultrassonografia Transvaginal (08/01/18) que demonstrou imagem sugestiva de cisto anexial complexo à direita, medindo 97x69x70mm. No dia 30/05/18, foi submetida a uma laparotomia exploradora com incisão de Pfannenstiel, observando-se que a massa se tratava de um tumor de intestino delgado a 285cm da válvula ileo-cecal, medindo 100x80x60mm. Convocada a equipe de Cirurgia Geral do PS que optou em realizar uma enterectomia segmentar com 10cm de margem de segurança (proximal e distal), com anastomose manual término-terminal com prolene 3-0, seguida de apendicectomia por oportunidade. A paciente evoluiu bem após a cirurgia, recebendo alta no 5º dia de Pós-operatório. Anátolopatológico: c-KIT e CD34 positivos, com margens livres de tumor. KI-67 com alto índice de proliferação celular.</p> <p>DISCUSSÃO: Tumores localizados no intestino delgado em geral são raros, com uma prevalência de aproximadamente 1% a 3% de todos os tumores primários do TGI. O tratamento do GIST localizado é feito por ressecção cirúrgica completa, sendo nesta situação, a única forma de cura, consoante à conduta tomada pela equipe assistente.</p>	<p>PO 766-2</p> <p>TUMOR WILMS: CANCER RENAL ASSOCIAÇÃO COM CANCER TIREOIDE</p> <p>Rene Augusto Weirich, Cláudia Fernanda Camini, Marcelino Paiva Martins, Sílvia Casanova Baldissera, Flavio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG / CEONC - Hospital do Câncer - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O tumor de Wilms é a neoplasia renal mais comum em crianças e é um dos cânceres mais comuns na primeira infância. Possui origem mesodérmica, surgindo a partir do blastoma metanéfrico remanescente. Os subtipos histológicos mais frequentes dos cânceres de células renais são: células claras, papilífero e cromóforo. Em alguns casos, podem ocorrer metástases ao diagnóstico, sendo mais comum para o pulmão, mas podendo ocorrer em fígado, cérebro, ossos e linfonodos. O presente estudo tem por objetivo relatar um caso de uma possível e incomum metástase para glândula tireóide, originada de tumor de células renais.</p> <p>RELATO DE CASO: T.S.F. 17 anos Paciente com histórico de tratamento por tumor de wilms aos 6 anos de idade, na ocasião nefrectomia esquerda e metastasectomia pulmonar. Atualmente aos 17 anos apresenta lesão volumosa em glândula tireoide, PAAF = neoplasia papilífera. Submetida tireoidectomia total com linfadenectomia cervical nível 6. Anatomotológico com estadiamento pT2pN2. Tomografia tórax e abdômen sem evidências de demais lesões neoplásicas. Apenas tumor renal pode apresentar subtipo histológico carcinoma papilífero e considerando histórico paciente existe possibilidade tratar-se recidiva rara em glândula tireoide, não apenas outro tumor primário. Sendo assim paciente foi encaminhada para centro de genética para ser submetida teste genéticos e biomoleculares devido raridade comportamento tumoral. Até momento realizado iodoterapia e supressão TSH. Encontra-se em seguimento sem evidências de lesões neoplásicas em atividade até o momento.</p> <p>DISCUSSÃO: O tumor de Wilms ou nefroblastoma, é a neoplasia renal mais comum em crianças com aproximadamente 500 novos casos diagnosticados nos Estados Unidos a cada ano. As manifestações clínicas, em ordem de frequência, são a presença de massa palpável em região abdominal, hipertensão arterial, hematuria, dor abdominal, obstrução intestinal e infecção do trato urinário. O tumor é assintomático ou oligossintomático, possui origem mesodérmica, surgindo a partir do blastoma metanéfrico remanescente. Os subtipos histológicos mais frequentes dos cânceres de células renais são: células claras, papilífero e cromóforo. Como evidenciado na paciente em questão, em alguns casos, podem ocorrer metástases ao diagnóstico, sendo mais comum para o pulmão. Ao contrário do descrito em relação aos tumores de células renais, os tumores malignos de tireoide não são comuns em pacientes pediátricos. Estudos mostram números pequenos de pacientes pediátricos com câncer de tireoide, com uma incidência anual de 0,54 casos por 100.000 habitantes – equivalente a uma prevalência de 10 por 100.000 crianças de 1 a 18 anos. Apesar dessa pequena incidência, corrobora-se a hipótese da neoplasia de tireoide ser metástase por também ser carcinoma papilífero assim como o tumor renal de Wilms.</p>

PO 767-1	PO 767-2
<p>Tumor estromal gastrointestinal em um agricultor no extremo norte do país</p> <p>Ana Carolina Gonçalves Pires, Marcello Santos da Silva, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Levindo Alves de Oliveira, Larissa Erika Carla Negreiros Madureira, Adelle Nicolli Martins Gai Costa, Poliana Lucena dos Santos, Diego Guilherme Santos Portella</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) representam um tipo raro, entretanto, o mais frequente dentre as neoplasias mesenquimais identificadas no trato gastrointestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: R.B., 52 anos, masculino, natural de Mundo Novo – MT, proveniente de Carobe – RR, agricultor. Relatou que dia 21/01/18 iniciou dor em faixa no abdome superior, irradiada para o dorso, associada a constipação e que no dia 25/01 foi internado no HGR com medidas clínicas com sonda nasogástrica, sonda vesical de demora e hidratação venosa. TC do dia 26/01 revelou coleção líquida, de contornos lobulados, localizada em fossa ilíaca direita (FID), podendo estar relacionado a apêndice roto. 16 dias após internação, o paciente recebeu alta hospitalar. Entretanto, as dores abdominais retornaram associadas a massa crescente em FID. Dia 23/02, após detecção de um pseudocisto pancreático, o paciente foi submetido a nova internação, iniciando antibioticoterapia e medidas de suporte. Após o aguardo de 7 semanas para formação de cápsula cística o paciente recebeu alta no dia 14/03. No dia 29/04 o paciente deu nova entrada no HGR com dor abdominal semelhante às anteriores, levantando a hipótese de apendicite crônica, apresentando os seguintes resultados de exames: Leu 10,11; Neu 74%; Hb 15; PLT 184.000; Amilase 8; Lipase 16; GGT 64; FA 64; TGP 35; TGO 26; PCR 29; Cr 1,01; Ur 24; BD 0,16; BT 0,39; Glicose 89; após internação, foi iniciada antibioticoterapia e solicitada TC, que evidenciou dia 30/04, formação expansiva sólida, irregular e de contornos lobulados, centrada na região paramediana direita na região do mesogastro. Foi sugerida RM de abdome total para melhor avaliação do achado, evidenciando, no dia 05/05, presença de massa com realce heterogêneo pós contraste na região hipogástrica/FID, com áreas de restrição à difusão do contraste, medindo 11,2x7,7x9,3 cm, mantendo íntimo contato com as alças intestinais delgadas, adjacente a outra imagem de aspecto nodular, medindo no maior diâmetro 3,1cm. Levantada a hipótese de GIST, o paciente foi submetido a laparotomia exploratória no dia 16/05 expondo massa de consistência endurecida em FID, englobando ceco, apêndice cecal, parte do íleo terminal e apresentando aderências com omento, parede abdominal e polo superior da bexiga; foi realizada a dissecação do tumor; ressecção de íleo terminal a 10cm da válvula ileocecal e cólon transversal (1/3 proximal), com retirada do tumor em bloco; ressecção de tumor aderido à parede abdominal em FID e do polo superior da bexiga com retirada completa do tumor – cistectomia parcial.</p> <p>DISCUSSÃO: O presente relato, descreve o caso de um paciente que após 5 meses de vários episódios de internação hospitalar para investigação de dor abdominal, de difícil manejo, obteve diagnóstico de GIST. Destaca-se, o fato da ausência de queixas hemorrágicas, mesmo diante da grande área afetada e sua localização mais rara, no intestino grosso e omento.</p>	<p>GANGRENA DE FOURNIER SECUNDÁRIA A TRAUMA POR OSSO DE GALINHA</p> <p>Micaela Henriete Gaspar Souza, Luma Solidade Barreto, Monica Cristina Nascimento Silva, Luaca Carreiro de Freitas, Alice de Sá Ferreira, Tarcísia Bezerra de Alencar, Daniel Oliveira Coelho, Isabella Caldas Bastos</p> <p><i>CEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gangrena de Fournier (GF) é uma fasciíte necrosante de rápida progressão, que predomina em homens entre a 3ª e 6ª décadas de vida, que acomete a região genital e adjacências, caracterizada por endarterite obliterante e consequente trombose vascular subcutânea e necrose de tecidos. Ocasionalmente por uma infecção polimicrobiana, por germes como <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, entre outros, sendo comum a presença de comorbidades associadas como doenças renais e hepáticas, imunossupressão, diabetes mellitus (DM) e desnutrição. A apresentação clínica é variável, porém o quadro mais comumente encontrado é hiperemia, dor, crepitação, edema de região perineal que pode se estender para a parede abdominal e raiz da coxa, drenagem de secreção serosa com forte e repulsivo odor fétido, associada ou não a febre. A suspeita diagnóstica deve ser levantada quando esses sinais e sintomas evoluem com piora progressiva em poucos dias.</p> <p>RELATO DE CASO: SRRS, 62 anos, masculino, diabético, com história de 12 dias de dor anal e dificuldade para evacuar, tendo no decorrer destes dias manipulado a região, provocando sangramento. Procurou atendimento médico após fazer uso de laxantes por conta própria, em que eliminou corpo estranho (osso de galinha – SIC) por via retal, evoluindo com necrose e odor intenso. Deu entrada no pronto socorro, orientado e afebril. Ao exame físico urológico, lesão perineal necrótica extensa envolvendo testículos, ânus e edema em bolsa escrotal contendo grande quantidade de secreção purulenta. Necessitando de instituição de antibioticoterapia com Clindamicina e Ceftriaxone e drenagem cirúrgica imediata. Realizou-se desbridamento cirúrgico da região com exposição de ambos os testículos e colostomia em alça à nível do sigmoide. Sendo necessário novo desbridamento após 4 dias. Evoluindo com melhora clínica e laboratorial após procedimento, foi mantida a antibioticoterapia e curativo diário com placa de alginate.</p> <p>DISCUSSÃO: A GF apresenta-se como emergência cirúrgica pela sua rápida progressão que em geral inicia-se no pâncreo adiposo invadindo a fáscia muscular, associado à inflamação com disseminação do patógeno. Portanto, deve ser imediata a instituição de antibióticos de amplo espectro e intervenção cirúrgica para interrupção da progressão da infecção, podendo ser necessária uma nova abordagem cirúrgica, como no caso descrito. A taxa de mortalidade entre os pacientes não submetidos aos procedimentos supracitados é de 100%. De acordo com a gravidade, serão determinados procedimentos complementares ao desbridamento, como a colostomia que é indicada em casos que resultariam em uma infecção fecal, como na presença de infecção do esfíncter anal, ou perfuração do cólon. A oxigenioterapia hiperbárica pode ser associada e atua no controle da infecção acelerando a reparação tecidual. Quanto à orquiectomia, em geral não é necessário, pois a necrose testicular é rara, decorrente da independência do suprimento sanguíneo.</p>
<p>PO 768-1</p> <p>Abscesso em parede pélvica anterior após ingestão acidental de corpo estranho: um relato de caso no extremo norte do Brasil</p> <p>Marcello Santos da Silva, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Éder Rodrigo Figueira Ribeiro, Lucas Duarte, Larissa Erika Carla Negreiros Madureira, Ana Carolina Gonçalves Pires, Poliana Lucena dos Santos, Diego Guilherme Santos Portella</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A expressão abdome agudo refere-se a sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal, uma manifestação clínica que, em geral, requer terapia cirúrgica de emergência. Dentre as causas comuns de abdome agudo estão a perfuração intestinal por ingestão acidental de corpos estranhos pontiagudos, associados a alimentação e, também, a obstrução intestinal, caracterizada por síndrome clínica emergente ou urgente resultante de um obstáculo à progressão do conteúdo do trato gastrointestinal.</p> <p>RELATO DE CASO: R.A.P., sexo feminino, 65 anos, parda, viúva, dona de casa, natural e proveniente de Boa Vista, deu entrada no Hospital Geral de Roraima, no dia 19/10/2018, encaminhada do Hospital Coronel Mota (HCM) com queixa de dor e inchaço na barriga. Paciente relatou que dia 15/09/2018, à noite, sentiu dor na região pélvica, de intensidade 10/10, em pontada, com irradiação para epigástrico, associada a distensão abdominal, cessação das evacuações, náuseas, vômitos de coloração amarelada e febre (não aferida com termômetro). Para aliviar sintomas fez uso de Buscopan EV por conta própria (SIC). Após 10 dias do início dos sintomas, evacuou fezes endurecidas, de coloração semelhante a borra de café e odor fétido. Após 35 dias do início dos sintomas, a paciente procurou o serviço de saúde HCM portanto uma tomografia computadorizada de abdome que evidenciou coleção com centro liquefeito envolvendo a parede pélvica anterior e uma estrutura linear densa, de aproximadamente 3,0 cm de permeio as alterações, podendo-se considerar a possibilidade de corpo estranho. A paciente foi encaminhada ao HGR. Exame físico da entrada: paciente lúcida e orientada em tempo e espaço, regular estado geral, hipocorada +/4+, estável hemodinamicamente, afebril. Abdome: globoso, flácido, com nodulação palpável e dolorosa em hipogástrico. Sinal de Blumberg negativo. Após medidas gerais de cuidado e suporte à paciente, foi solicitada avaliação da cirurgia geral que decidiu por intervenção cirúrgica imediata. Laparotomia exploratória do dia 19/10/2018 evidenciou grande quantidade de pus em cavidade, área fibrótica e perfuração de 3 cm em região ileal (a 50 cm da válvula ileocecal) com bloqueio de alças por mesogástrico. Foram realizadas aspiração do conteúdo purulento, enterectomia de 20 cm do íleo distal e inserção de dreno em fossa ilíaca direita. No pós-operatório a paciente evoluiu com seroma infra umbilical, porém com boa progressão da dieta e tração do dreno. Recebeu alta no 8º dia pós-operatório sem demais intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: Observou-se, no presente relato, um caso de abdome obstrutivo com progressão subaguda. Após o primeiro sintoma de dor, possivelmente pela impação do corpo estranho ingerido (posteriormente identificado como uma espinha de peixe) no intestino delgado, a paciente evoluiu em aproximadamente 35 dias com abdome obstrutivo parcial devido inflamação local, somado a movimentação das alças intestinais junto ao mesentério formando um abscesso infra umbilical.</p>	<p>PO 769-1</p> <p>Hérnia epigástrica em paciente de origem venezuelana no hospital Roraima</p> <p>Diego Guilherme Santos Portella, Marcello Santos da Silva, Poliana Lucena dos Santos, Givaggo Henrique Rodrigues da Silva, Éder Rodrigo Figueira Ribeiro, Kyldery Wendell Moura Cavalcante, Adelle Nicolli Martins Gai Costa, Ana Carolina Gonçalves Pires</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - Boa Vista - Roraima - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Dentre as hérnias abdominais, as hérnias epigástricas se apresentam como um tipo raro principalmente em adultos. Nem sempre as hérnias apresentam sintomas, principalmente quando pequenas, porém quando começam a passar por orifícios da região abdominal podem ser reconhecidas por abaulamentos e muitas dores na região. Muitas vezes apresentam-se como um desafio diagnóstico aos médicos em sala de emergência, principalmente quando pequenas, pela ausência de sinais específicos ou quadros de longa evolução. Nesse relato, temos um caso singular de um idoso de 62 anos, originário da Venezuela, com queixa prévia de dor abdominal e hematocúezia, tratado cirurgicamente de hérnia epigástrica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente H.R.G.T, sexo masculino, deu entrada no pronto atendimento do Hospital Geral de Roraima no dia 24/01/2018, queixando-se de dor abdominal intensa e diarreia com sangue. O mesmo apresentou episódios de hematêmese e hematocúezia, associados a distensão abdominal progressiva, negou episódios prévios da mesma natureza. Ao exame físico: abdômen semi-globoso, hipertimpânico, difusamente doloroso a palpação. Exames laboratoriais: PCR, Uréia e Creatinina com valores acima da referência. Radiografia de abdômen revelou velamento na região direita do diafragma e alças intestinais hiperdensas. Paciente iniciou dieta zero e foi introduzida sonda nasogástrica. Laparotomia do dia 29/11 evidenciou grande quantidade de líquido sero-hemático e conteúdo intestinal em cavidade, com abaulamento de retroperitônio, em zona 1 e, presença de óstio em retroperitônio para-medial ao cólon ascendente juntamente com rotação de sigmoide sobre o próprio eixo. Foi realizada aspiração do líquido livre, ressecção de 150 cm de íleo terminal e anastomose ao jejuno. No pós-operatório, paciente de forma positiva obtendo alta após recuperação de dano cirúrgico. Nesse relato demonstramos um caso singular de um idoso de 62 anos, originário da Venezuela, com queixa prévia de dor abdominal e hematocúezia, tratado cirurgicamente de hérnia epigástrica.</p> <p>DISCUSSÃO: As hérnias epigástricas representaram 6,9% de todas as hérnias da parede abdominal anterior. Ocorrendo mais em homens entre os 26 e 55 anos de idade. Mais da metade das hérnias epigástricas são encarceradas, com conteúdo habitual de gordura pré-peritoneal. Além da maioria dos casos serem associados a hipertensão arterial sistêmica, seguido de doenças respiratórias e obesidade. Ou seja, por ser um tipo raro de hérnia em adultos e ser comumente associada a doenças metabólicas, a hérnia epigástrica é um caso em que se deve recordar dos sintomas e evolução, pois em cerca de 30% dos casos não diagnosticados precocemente, no qual paciente evoluiu com complicações pós-cirúrgicas e em 60% desses evoluem a óbito. Dessa forma é de suma importância o relato de tais casos, para que haja maior conhecimento e aprimoramento das taxas de diagnóstico precoce.</p>

PO 770-1	PO 770-2
<p>Tumor Neuroendócrino de Intestino Delgado: Relato de Caso</p> <p>Camilla Gatto de Oliveira Thomé, Caroline Barreto Cavalcanti, Patrícia Kimura de Lima Name, Sávio Arlindo Coelho Barbosa, Rachel Gonçalves Nihari, Pedro Paulo Gatto de Oliveira Thomé, Wendel dos Santos Furtado</p> <p><i>Centro universitario de brasil - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são originados de células enterocromafins do trato gastrointestinal, cujas são originárias de células-tronco pluripotentes neuroendócrinas, que se dispersam pelo corpo. De acordo com a OMS, o TNE apresenta dois tipos de células: um de origem nervosa (baixo potencial de malignidade) e outro de origem epitelial (alto potencial de malignidade), essa última formadora do parênquima tumoral e existente em algumas glândulas endócrinas (pituitária, tireoide, paratireoide). O TNE é classificado de acordo com as partes do trato digestivo: parte anterior (brônquios, estômago, duodeno, pâncreas), parte média (jejuno, íleo, apêndice, cólon ascendente e transverso) e parte posterior (cólon distal e reto). Os locais mais comuns de TNE são pulmões, reto, jejuno e íleo. O TNE de intestino delgado é raro e tem bom prognóstico. Sua incidência aumentou em 365% nos últimos 30 anos nos EUA devido as melhores técnicas diagnósticas, contudo, é comum o diagnóstico tardio, visto que os tumores primários são menores e assintomáticos, até que esses se expandem levando a obstrução parcial, tendo como consequências dor abdominal, sangramento ou metástase.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 75 anos, feminino, com queixa de dor abdominal e mudança no padrão evacuatório há 1 mês. Realizou USG de abdome total com presença de múltiplas nodulações hepáticas. Na TC de abdome com contraste foi evidenciada tumoração no mesogástrio, envolvendo o íleo e ovário direito. Foi submetida à laparotomia exploradora, com realização de enterectomia segmentar com anastomose primária. A biópsia da peça cirúrgica identificou tumor neuroendócrino bem diferenciado de delgado grau 2 e estágio IV (acometimento de linfonodos regionais e fígado). Atualmente, paciente segue em acompanhamento no ambulatório de Oncologia em uso de Octreotida, aguardando imunohistoquímica de biópsia de delgado e em investigação de neoplasia de mama.</p> <p>DISCUSSÃO: As neoplasias do intestino delgado são raras, representando 2-3% das neoplasias gastrointestinais. O TNE bem diferenciado apresenta um melhor prognóstico (67% de sobrevida). O diagnóstico é tardio devido a um quadro de sintomas inespecíficos. Na paciente do caso, as queixas de diarreia, obstrução intestinal, cólicas e dor abdominal intermitente podem fazer parte do quadro. O TNE de intestino delgado tem alto poder de malignidade e é indolente, podendo estar acompanhado de sítios de metástase para o fígado, mesentério e peritônio. O diagnóstico é clínico e envolve o estadiamento por meio de exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética. O tratamento indicado para tumores não funcionantes, diferenciados, com sintomatologia e menores que 2 cm (no presente caso foi de 1,5 cm) é a ressecção cirúrgica e gera um melhor prognóstico para o paciente, como ocorreu no caso citado e deve ser realizado em conjunto com o uso de terapias medicamentosas para controle do tumor.</p>	<p>LESÃO DESPERCEBIDA DE URETER POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: EVOLUÇÃO ATÍPICA.</p> <p>BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO, ANDRÉ MESQUITA ABREU, ANGELA LOPARDI NICOLATO, PEDRO HENRIQUE CARAZZA SILVA, PAULO CESAR FARIA JUNIOR, TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO, PEDRO JUNIOR ALVES SOUZA</p> <p><i>HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Apresentar o caso de um paciente admitido com quadro de tumoração e dor abdominal, diagnosticado em extensão propedéutica, como Urinoma, secundário a lesão despercebida de ureter por projétil de arma de fogo e, assim, discutir as implicações e possíveis abordagens terapêuticas do quadro.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 25 anos, vítima de trauma abdominal penetrante por projétil de arma de fogo em Março de 2018. Identificado orifício de entrada em flanco direito e, imagens radiográficas mostrando projétil alojado em fossa ilíaca esquerda. Na ocasião, submetido a laparotomia exploradora, em outro serviço, com relato de não haver lesões intracavitárias. Admitido após 05 meses do trauma com queixa de dor e distensão abdominal. À propedéutica de imagem na admissão, visualizadas duas coleções císticas volumosas em pelve e flanco esquerdo, que foram puncionadas e submetidas à análise bioquímica, mostraram-se compatíveis com urina. Submetido a cistoscopia, com cateterização de ureter esquerdo distal, porém sem progressão do cateter duplo J. Optada por realização de laparotomia por incisão de Gibson alargada, identificando-se então, lesão parcial do ureter esquerdo, com cotos distal e proximal afastados cerca de 2 centímetros entre si. Realizada ureteroplastia com reparo primário e proposta de manutenção do cateter de duplo J, por 12 semanas. Paciente recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas no quinto dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: As lesões ureterais são raras e, em sua maioria, associadas a lesões traumáticas penetrantes ou iatrogênicas. O diagnóstico é difícil, sem sinais ou sintomas específicos e, em sua maioria, tardios, devendo-se valorizar o mecanismo de trauma e a exploração minuciosa do retroperitônio em casos traumáticos. Estima-se que cerca de 38% das lesões traumáticas de ureter, são inicialmente subdiagnosticadas. O quadro clínico é variável, podendo-se manifestar como ascite, urinoma, fistula ureteral ou abscesso. Quando fala-se em lesão traumática, é sempre importante considerar-se o mecanismo do evento, em vez que acima de 90% dos pacientes apresenta outras lesões intracavitárias associadas. Anatomicamente, distingue-se o terço proximal como o principal sítio envolvido. Preconiza-se a correção cirúrgica como princípio geral para as lesões ureterais, a menos que isso seja inviável, pelas condições clínicas do paciente quando, então pode ser realizada a drenagem temporária do trato urinário. Estima-se que 97% das lesões necessitam de reconstrução cirúrgica que, deve ser, preferencialmente realizada, já primeira abordagem. Entre as opções disponíveis, a anastomose primária espatulada, com drenagem intraluminal com cateter de duplo J é a opção preferível na maioria das vezes, deixando outras técnicas mais complexas, como opções secundárias.</p>
<p>PO 771-1</p> <p>INTUSSUSCEPÇÃO CRÔNICA SECUNDÁRIA A LINFOMA NÃO-HODGKIN DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO</p> <p>LETICIA URZEDO RIBEIRO, AMANDA VIEIRA RUIZ, KAMYLA COUTO SANTANA, CIBELE MEDEIROS REIS, WASHINGTON DE MELO BENTO JUNIOR, ROSILEA DE ALMEIDA MATOS, NIRCE ALVES PEREIRA, RAUL FRANKLIN DURAND FARFAN</p> <p><i>Hospital Geral de Palmas - Palmas - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Linfomas são neoplasias oriundas de células linfóides normais classificados morfológicamente em Linfomas de Hodgkin (LH) e Linfoma não Hodgkin (LNH). O LNH pode provocar diferentes sinais e sintomas de acordo com o seu subtipo histológico e sua localização e extensão no corpo, os mais comuns envolvem aumento linfonodal e perda de peso. Os linfomas gastrointestinais primários são raros, contudo, correspondem à localização extranodal mais encontrada nos LNH. A intussuscepção é caracterizada pela invaginação do segmento proximal do intestino na luz do segmento adjacente, é rara nos adultos sendo responsável por 5% dos casos e 1% da obstruções intestinais. Na população pediátrica as manifestações da intussuscepção são principalmente agudas, já no adulto causam alterações subagudas e crônicas por diversas patologias que alteram a parede intestinal causando alterações do peristaltismo sendo o diagnóstico um desafio na prática médica. O objetivo deste estudo é relatar o caso raro de intussuscepção em um paciente adulto portador de linfoma não-Hodgkin com acometimento de íleo, admitido em um hospital público do Tocantins com um quadro de abdome obstrutivo.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 55 anos, deu entrada com queixa de dor abdominal pélvica do tipo cólica, recorrente nos últimos 5 anos. Refere associação com náuseas, vômitos e obstipação, perda ponderal de cerca de 4 kg nos últimos meses e ausência de evacuação há 2 dias. História de prostatectomia há 5 anos. Ao exame físico, bom estado geral, hipocorado e hidratado. Abdome distendido, timpânico e doloroso à palpação difusamente. Encaminhado ao centro cirúrgico para videolaparoscopia diagnóstica por abdome agudo obstrutivo, necessitando ser convertida, em laparotomia exploratória devido ao achado de tumoração medindo aproximadamente 20cm em seus maiores eixos, a 130cm do ângulo de Treitz e tumoração de aproximadamente 8cm, a 100 cm do ângulo de Treitz. Foi submetido a ressecção de tumores com enterectomia e enteroanastomose término-lateral. Apresentou resultado de anatomopatológico compatível com Linfoma não Hodgkin confirmado com imunohistoquímica.</p> <p>DISCUSSÃO: Este paciente, com idade acima dos 50 anos, relatava exposição a produtos químicos. O papel dos agrotóxicos no desenvolvimento de neoplasias já é reconhecido na literatura médica. O acometimento extranodal pode apresentar-se como nódulos, massas polipóides ou espessamento mural assimétrico ou concêntrico e, geralmente, pode promover dilatação aneurismática da alça acometida. O tratamento da intussuscepção consiste na estabilização hemodinâmica e a cirurgia apesar de ter papel limitado é indicada para as lesões intestinais localizadas e deve ser sempre considerada nos casos de intussuscepção por LNH envolvendo o intestino delgado devido à alta incidência de malignidade e à incapacidade de se diferenciar as causas não-benignas das malignas em intussuscepções entéricas.</p>	<p>PO 772-1</p> <p>DISPENSABILIDADE DE APENDICETOMIA REALIZADA EM DETRIMENTO DE DIAGNOSTICO TARDIO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO: RELATO DE CASO</p> <p>THASSIA RACHEL BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA, AYLLA ALVES MENDES, LUANA RIBEIRO PEREIRA, RAFAELLA FIGUENE DE BRITO FILGUEIRA, BIVAR OLYNTHO NOBREGA DE MELLO E SILVA, MARIA EDUARDA ARRUDA CARVALHO, ESTEPHANYE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, ROBERTO WAGNER LACERDA SOUSA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O angioedema hereditário (AEH) é uma doença genética rara, autossômica dominante, o que significa que os pais têm 50% de probabilidade de passar a mutação no gene que causa o AEH para os filhos. O AEH é causado pela deficiência ou função inadequada do inibidor de C1 esterase (C1 INH), sendo a deficiência genética mais comum do sistema imunológico. Seu diagnóstico tem grande importância, pois as crises de angioedema de lábios, pálpebras e face causam grande sofrimento aos pacientes e o edema de glote, levando à insuficiência respiratória aguda, que é a principal causa de morte do AEH. Apesar de não ser indicativo de cirurgia, procedimentos cirúrgicos são realizados em alguns casos devido à severidade da dor abdominal causada pelo angioedema de alças intestinais, confundida com outras causas de abdômen agudo cirúrgico, especialmente quando ainda não houve diagnóstico precoce de AEH.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente G.G.C, masculino, 40 anos, natural de Patos/PB, com história clínica de crises de angioedema recorrente em face, lábios e mãos, por vezes acompanhada de dor abdominal concomitante, há 8 anos. O paciente apresenta alergia a dipirona e antiinflamatórios não hormonais. Apresentou três episódios de dor abdominal aguda intensa, sendo um desses episódios diagnosticado como abdômen agudo e realizou-se apendicectomia, cujo resultado anatomopatológico não demonstrou sinais de patologia do apêndice retirado. Após a cirurgia, foi encaminhado para o alergologista, que confirmou o Diagnóstico de AEH através de exames laboratoriais com níveis diminuídos de C1INH (inibidor de C1 esterase) e de complemento C4. Após o diagnóstico de AEH, as crises de angioedema foram tratadas com Firazyr (icatibanto), pois não respondem a corticoide, adrenalina e anti histamínicos. Realizado tratamento de prevenção com andrógeno atenuado (danazol) em baixas doses, com controle do AEH.</p> <p>DISCUSSÃO: Assim como ocorre em algumas situações, comumente o angioedema hereditário é confundido com quadros de abdômen agudo, o que ocorre no presente caso relatado, no qual o paciente foi submetido a uma apendicectomia desnecessária, o que poderia ter sido evitado com diagnóstico correto e precoce. É comum os pacientes relatarem dor abdominal intensa secundária a edema de parede intestinal, associada a vômitos, particularmente antes dos ataques abdominais, podendo ocorrer quadros de constipação ou diarreia, especialmente ao final das referidas dores.</p>

PO 772-2	PO 773-1
<p>LEIOMIOSSARCOMA DE BEXIGA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Filipe Vieira Kwiatkowski, Amanda da Silva Anjos, Evelyn Carolina Suqueski Dib, Rafael Vieira Kwiatkowski, Brenno Giovanni Hernando Vidotti, Diego de Carvalho Duarte Mari</p> <p><i>Hospital do Rocio - Campo Largo - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O leiomiossarcoma (LMS) de bexiga é um tumor mesenquimal maligno desenvolvido à custa do músculo liso da bexiga. O LMS na bexiga é raro – apenas 5% dos tumores de bexiga são de origem epitelial e menos de 0,5% são leiomiossarcomas. Há cerca de 100 casos relatados na literatura, desde a primeira descrição feita há um século por Gushshaver. Manifesta-se por hematuria maciça (encontrada em 57% dos casos), associada ou não com massa hipogástrica e irritação da bexiga.</p> <p>RELATO DE CASO: Neste trabalho relatamos um caso de leiomiossarcoma de bexiga em um paciente do sexo masculino, de 43 anos. O paciente foi encaminhado ao serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital do Rocio em Campo Largo devido a presença de massa pélvica e um quadro clínico de dor abdominal, insuficiência renal aguda (IRA) e hematúria. O paciente possuía histórico de leiomiossarcoma vesical 6 anos antes e realizou uma ressecção transuretral (RTU). Paciente negou histórico familiar de neoplasia, é etilista, tabagista e tem hipertensão arterial (HAS). Uma tomografia computadorizada evidenciou lesão volumosa invadindo bexiga, próstata e reto e comprimindo o sistema pielocalicial, de dimensões 14x20 cm. A conduta terapêutica proposta foi a realização de uma cistectomia radical, prostatectomia, provável retossigmoidectomia e Bricker. No intraoperatório, evidenciou-se extensa massa proveniente da bexiga, hipervascularizada, envolvendo parede abdominal e comprimindo ureteres bilateralmente e artérias ilíacas. Prosseguiu-se com ressecção da extensa lesão em bexiga e próstata em monobloco, com realização de Bricker. Não foi necessária a realização de retossigmoidectomia. O material</p> <p>LEIOMIOSSARCOMA DE BEXIGA: UM RELATO DE CASO ressecado foi encaminhado para anatomopatológico, que revelou se tratar de um sarcoma fusocelular pleomórfico com necrose, de dimensões 30x25x13 cm e pesando 4,4 kg, infiltrando parede vesical externamente. O material foi encaminhado para a imunohistoquímica, que evidenciou leiomiossarcoma grau I, estágio II na classificação TNM.</p> <p>DISCUSSÃO: Consideramos importante a descrição desse caso devido a baixa incidência desse tipo de tumor. Além disso, a partir desse relato, é possível discutir as possíveis abordagens utilizadas na terapêutica dessa neoplasia, já que não há consenso a respeito do tratamento do LMS. Alguns estudos sugerem que a cistectomia total obtém os melhores resultados. A cistectomia radical é o procedimento mais comumente escolhido para abordagem de tumores invasivos de bexiga, como escolhido para o paciente do caso.</p>	<p>FISTULA DUODENAL ASSOCIADA A ABSCESSO INTRA-ABDOMINAL POS RESSECÇÃO CIRURGICA MESENTERICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Eduardo Augusto Borges Primo, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Melissa Giovanucci, Carlúcio Cristino Primo Júnior, Juliano Servato, Mateus da Silva Cândido</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As fístulas digestivas são uma comunicação anormal do tubo digestivo. Estas, podem ser internas ou externas, congênitas ou adquiridas. Por meio dessa comunicação ocorre drenagem de líquido digestivo. A maioria das fístulas digestivas adquiridas (75 - 85 %) são pós-operatórias. A mortalidade dos portadores de fístula digestiva é alta, oscilando entre 6,5% e 21%. Isto se deve à heterogeneidade dos pacientes e das fístulas. As fístulas duodenais estão relacionadas a um alto índice de focos de infecções, culminando em uma mortalidade de 30%. O presente trabalho tem por finalidade relatar um caso de fístula duodenal associada a abscesso intra-abdominal pós ressecção cirúrgica mesentérica.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente 44 anos, sexo feminino. Há três meses realizou cirurgia para retirada de cisto mesentérico no cólon direito. Recebeu alta quatro dias após a cirurgia. Dez dias após a alta hospitalar, iniciou quadro de dor abdominal, predominante em mesogástrico, sem irradiação, associada à febre não aferida. Negou distensão abdominal, náuseas e vômitos. Foi diagnosticada com abscesso intracavitário e a conduta terapêutica foi de drenagem cirúrgica. Após o procedimento cirúrgico, observou-se uma drenagem de líquido amarelo na bolsa alta. Foi diagnosticada clinicamente com fístula de alto débito. Foi adotado a conduta terapêutica cirúrgica de gastroenteroanastomose e clínica de reposição hidroeletrólítica e terapia nutricional.</p> <p>DISCUSSÃO: 85% das fístulas duodenais ocorrem após intervenções cirúrgicas como ressecções em cólon direito. A drenagem de líquido digestivo pode desencadear uma cascata de eventos: infecção localizada, formação de abscesso e, como resultado de um foco séptico, a formação da fístula. Isto ocorre devido a um ciclo vicioso de dano progressivo, contaminação e resposta inflamatória. A classificação fisiológica das fístulas leva em consideração o débito dessas em 24 horas. Essa classificação contribui para a avaliação prognóstica dos pacientes por identificar aqueles que possuem riscos para distúrbios hidroeletrólíticos graves. As fístulas são consideradas de baixo, médio e alto débito quando o volume drenado é inferior a 200mL, quando está entre 200 e 500mL e se é maior que 500mL por dia respectivamente. As fístulas duodenais geralmente são fístulas de alto débito. Este fato contribui para a sua alta morbimortalidade devido a importante perda hidroeletrólítica de bicarbonato, ocasionando acidose metabólica. As bases do tratamento do portador de fístula digestiva são condutas conservadoras: correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, terapia nutricional e cuidados com a pele. No caso, por se tratar de uma fístula de alto débito, o tratamento cirúrgico também foi instituído. Foi realizado um desvio do trato gastrointestinal por meio da gastroenteroanastomose. Esta conduta terapêutica tem como objetivo diminuir perda de secreção gastrointestinal e minimizar as consequências do processo hipermetabólico de um paciente com fístula de alto débito.</p>
<p>PO 774-1</p> <p>GIST EM UM PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA</p> <p>NAYARA PONTES DE ARAUJO, DÉBORA NAYARA MIRANDA SENA, BRUNO DOURADO KOVACS MACHADO COSTA, CAROLINE MOURA ULIANA, RODRIGO CUSTÓDIO RODRIGUES DE AGUIAR, BERNARDO FELIPE SANTANA DE MACEDO, DEIVID RAMOS DOS SANTOS, HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: De um modo geral, os tumores estromais (GISTs) são raros. Entretanto, são as neoplasias mesenquimais mais encontradas no trato gastrointestinal (TGI) e representam 0,1% a 3% dos tumores do trato gastrointestinal. Seu diagnóstico é baseado principalmente pela presença da proteína c-KIT, detectada por método imunohistoquímico. Na maioria dos casos, os pacientes são assintomáticos e, por isso, os tumores são descobertos incidentalmente em exames de imagem. O tratamento consiste em fazer a remoção cirúrgica completa do tumor. O prognóstico do paciente vai depender do tamanho do tumor e do seu índice mitótico. Por isso, propõe-se a relatar um caso de GIST.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.M.V.M., 53 anos de idade, sexo masculino, refere que há cinco dias iniciou quadro de sangramento digestivo baixo, associado a episódio de dor abdominal, febre e dispneia, procurando atendimento médico. Foi realizado transfusão de 05 unidades de concentrado de hemácias durante internação no pronto socorro. Nega comorbidades, alergias, internações ou cirurgias prévias. Nega uso de medicações de uso crônico. Antecedentes familiares: tio materno com histórico de câncer de estômago. Hábitos de vida: etilista esporádico há 20 anos, ex- tabagista, abstêmio há 27 anos. Ao exame físico abdominal: plano, normotenso, RHA aumentados, sem visceromegalias palpáveis, doloroso à palpação superficial em andar inferior do abdome. EXAMES: TC de Abdome Total: observou-se massa hipodensa heterogênea, com componentes císticos, apresentando calcificações de perimeio e realce heterogêneo, medindo cerca de 7,8 x 5,9 cm em topografia de flanco esquerdo. Foi indicada laparotomia exploradora para ressecção da massa encontrada TC de abdome total e realização de enteroscopia no intra-operatório. A cirurgia foi realizada em 02/12/16, sendo encontrada uma tumoração fixa em alça jejunal à cerca de 50cm de ângulo de Treitz. Foi realizada uma enterectomia segmentar de cerca de 10cm e realizado uma enteroscopia para exploração intraluminal, sendo encontrado moderada quantidade de sangue coletado, porém sem sangramentos ativos, e realizado uma entero-entero anastomose término-terminal, solicitado exame histopatológico e o paciente encaminhado para a UTI. Durante internação na UTI, evoluiu satisfatoriamente bem, com melhora do sangramento digestivo baixo, com boa aceitação da dieta oferecida. Anatomopatológico: peça sugestiva de tumor estromal gastrointestinal, devendo correlacionar com imunohistoquímica, com marcador c-KIT. Imunohistoquímica: positivo para os anticorpos: CD117 (produto do gene kit); Ki-67 (antígeno de proliferação celular) e DOG1 (ANO1/TMEM16A), confirmando o diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal com células fusiformes. Recebeu alta em bom estado, sem queixas clínicas.</p> <p>DISCUSSÃO: A importância dos GISTs deve ser reconhecida, pois pode atingir todo o TGI e a elucidação dos métodos de detecção assim como do marcador imunohistoquímico c-kit torna o diagnóstico mais rápido e preciso, evitando evoluções não favoráveis.</p>	<p>PO 774-2</p> <p>HEMATOMA SUBCAPSULAR RENAL APOS URETEROSCOPIA E LITOTRIPSIA A LASER: RELATO DE CASO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL</p> <p>Marcelo Regis Lima Corrêa, Olavo Matheus Batista Falqueti, Wilyan Dias Cosmo de Oliveira, Paulo César Vasconcelos, José Edson Puerari Benevides, Daniel Carlos Viana Cardoso, Alessandro Prudente, Eliakim Massuqueto Andrade Gomes de Souza</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Ureterolitripsia transureteroscópica (URL) com uso de laser é um método efetivo e seguro no manejo da ureterolitíase. Com avanços na endourologia, o uso do laser tornou-se técnica de escolha, com ureteroscópios de pequeno calibre, semirígidos e flexíveis, facilitando fragmentação da pedra com incidência de complicações inferiores a 0,1%. O hematoma perirenal (HPR) é complicação rara (0,15%), significativamente menor que outros tratamentos. Quadros de HPR pedem atenção, pois apesar de responderem de forma satisfatória ao tratamento conservador, possuem potencial de gravidade, podendo acarretar instabilidade hemodinâmica e perda de função renal. Descreve-se o sucesso no tratamento conservador do hematoma subcapsular renal (HSR) pós URL.</p> <p>RELATO DE CASO: LSC, 60 anos, hipertensa controlada, admitida por dor lombar súbita a esquerda com 48 horas de evolução, associada à náusea e vômitos, sendo medicada e submetida à tomografia computadorizada de abdômen (TC-A) sem uso de contraste endovenoso (CE), evidenciando ureterolitíase obstrutiva (URO) em junção ureterovesical, com cálculo de 10mm gerando leve hidronefrose à esquerda. Ainda, fora evidenciado como achado incidental volumoso cisto renal à direita (CRD) em cálice superior, medindo 7 x 6,5cm, sem aparente comunicação com sistema coletor. Realizada ureteroscopia sem dilatação uretral prévia, com irrigação contínua por solução salina a 0,9% posicionada 80cm acima da paciente e pressurizada por manguito, com pressão contínua de 150mmHg. Litíase localizada em terço distal de ureter, sendo realizada a litotripsia até restarem fragmentos de 1mm. Passado cateter duplo J 7F em ureter esquerdo, e realizada sondagem vesical de demora com silicone 16F. Durante procedimento a pressão arterial média manteve-se em 75mmHg. No quarto dia de PO foi realizada TC-A com CE para avaliação de CRD, sendo encontrado HSR à esquerda, com extensão de 2,8cm e sem evidencia de flush de contraste. Tratamento conservador foi instruído, visto que paciente mantinha-se estável.</p> <p>DISCUSSÃO: A relevância deste explica-se na contribuição para quadro semelhantes, motivando a investigação de queixas no PO de URL, o diagnóstico do HSR e abordagem terapêutica individualizada. A URO provoca hidronefrose, gerando aumento da pressão intra-renal e obstrução das veias capsulares, sendo abruptamente interrompido após a ureterolitripsia, promovendo recanalização ureteral e súbita expansão, com ruptura desses vasos, separação da cápsula do parênquima e formação do HSR. Há debate na literatura quanto a real taxa de incidência do HSR pós URL, visto que muitas queixas de lombalgia relatadas no PO são atribuídas a outras etiologias, como reação a cateter duplo J, não motivando investigação complementar. A maioria dos HSR apresentam resolução espontânea com tratamento conservador, porém a abordagem por punção ou cirúrgica pode ser necessária quando associada à sepse, comprometimento da função renal, instabilidade pressórica ou evidencia de flush de contraste à tomografia.</p>

PO 775-1	PO 775-2
<p>HERNIA DE AMYAND, DIFICIL DIAGNOSTICO</p> <p>BRASIL ALI MAHMOUD ALI, HORÁCIO JORGE MACÊDO NETO, BIANCA NOLETO MAHMOUD ALI, RÔMULO CÉZAR MOURA VIDAL, MATHEUS ALVES PEREIRA</p> <p>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: As hérnias possuem como localização mais frequente a área abdominal. Uma hérnia abdominal externa consiste na protrusão anormal de um ou mais órgãos ou de uma parte deles, através de orifícios adquiridos ou congênitos. A hérnia de Amyand é caracterizada pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal, que ocorre em apenas 0,08 a 0,13% dos casos. Esse tipo de hérnia se apresenta como um aumento de volume na região inguinal, sem conclusão clínica ou radiológica, o que pode sugerir uma obstrução gastrointestinal. O diagnóstico pré-operatório é raro, sendo que na maioria dos casos é realizado durante uma intervenção cirúrgica de emergência.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, A.F.P, 90 anos, homem, admitido no PS dia 06/12/2018 com queixa de febre, oligúria, hipotensão. Os exames demonstraram leucocitose, insuficiência renal e infecção urinária. Ex. Fis.: eupnéico, acianótico, abdome livre e sem sinais peritoneais. Evoluiu com vômitos e dor moderada em hipocôndrio direito e epigástrico. Na TC de abdome em 08/12/2018 foram visualizados sinais de semi-oclusão intestinal e espessamento em cólon ascendente, que pode ser associado a processo inflamatório infeccioso. Ex. fis.: abdome distendido, hipertimpânico, sem sinais de peritonite. Em 09/12/2018 o paciente referiu resolução dos vômitos, da dor abdominal e melhora da distensão abdominal. Evacuou com lavagem intestinal e eliminava gases normalmente. A TC de abdome evidenciou processo inflamatório / infeccioso em alça e gordura mesentérica com sinais de estreitamento e semi-oclusão em cólon descendente e ceco, com sinais de obstrução intestinal e conteúdo herniário em fossa ilíaca direita. Dia 10/12/2018 o paciente foi submetido a uma laparoscopia exploradora, onde foi encontrada uma apendicite de fase IV, na qual o apêndice se encontrava bloqueado em uma hérnia inguinal com peritonite e abscesso localizado. Foi realizada apendicetomia sem herniorrafia, devido ao abscesso encontrado no interior da hérnia. O paciente apresentou-se estável e com boa evolução no pós-operatório e se manteve sem complicações até o dia da alta, em 18/12/2018. O objetivo do relato de caso é apresentar aos cirurgiões um diagnóstico raro do abdome agudo e o seu tratamento adequado.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico diferencial de urgência inclui: hérnia encarcerada, epiplocele estrangulada, hérnia de richter, tumor testicular, orquite aguda, adenite inguinal e epididimite. A presença de irritação peritoneal e dor precoce em hérnia encarcerada podem sugerir apendicite dentro do saco herniário. A abordagem cirúrgica é obrigatória e, habitualmente, o tratamento consiste em apendicetomia e herniorrafia de emergência. Quando existe risco de complicações, a abordagem apendicular deve ser pré-peritoneal, impedindo o aparecimento de infecções da ferida e recorrência ou retorno da hérnia.</p>	<p>LINFANGIOMA ESCROTAL MACIÇO - RELATO DE CASO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL</p> <p>João Matheus Calixto Lins, Marcelo Regis Lima Corrêa, Olavo Matheus Batista Falqueti, Karina Negrão Zingra, Emily Tais de Souza Rodrigues, Daniel Carlos Viana Cardoso, Cid Olavo Scarpa Vasconcelos, Eliakim Massuqueto Andrade Gomes de Souza</p> <p>Faculdades Integradas Aparício Carvalho - Porto Velho - Rondonia - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Linfangioma é um tumor hamartomatoso benigno dos vasos linfáticos raro, somando cerca de 4% de todos os tumores benignos vasculares. É mais frequente em crianças nos primeiros anos de vida, possuindo uma incidência incerta quando se trata do sexo. Uma neoplasia assintomática, indolor e normalmente recorrente nas pessoas acometidas. Os linfangiomas capilares são uma rede de espaços revestidos por células endoteliais e não apresentam células sanguíneas. Os linfangiomas cavernosos (císticos) são compostos por espaços linfáticos dilatados e revestidos também por células endoteliais, sendo separados por estroma de tecido conjuntivo com agregados linfóides. Esta obra tem por objetivo relatar caso de linfangioma escrotal comparando a conduta tomada para tratamento com a literatura disponível.</p> <p>RELATO DE CASO: R.B.S, 30 anos, masculino, apresentou-se ao serviço com grande volume em bolsa escrotal, indolor, relatando cirurgias anteriores para retirada parcial da bolsa escrotal. Há 7 meses realizou tomografia computadorizada que apresentou bolsa escrotal preenchida por líquido, linfonodomegalia em região inguinal direita de até 1,5 cm e várias outras medindo até 2,0 cm por toda a cavidade pélvica. Paciente relatou inchaço da bolsa escrotal e enrijecimento da pele do órgão no momento de expulsão de pedras provenientes de ureterolitíase a laser. Foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde realizou ressecção parcial de testículo. Conteúdo levado à biópsia apresentou tumoração medindo 23 x 16,5 x 10 cm, parcialmente recoberta por pele acastanhada, irregular e rugosa. Anatomopatológico concluiu a existência de linfedema maciço de bolsa escrotal. Paciente relata leve crescimento de seus testículos após procedimento.</p> <p>DISCUSSÃO: Trata-se de caso raro de maciço tumor recorrente que se manifesta ainda na fase adulta. A retirada parcial da bolsa escrotal apresenta grande chance de novo crescimento, sendo a retirada completa do escroto um dos tratamentos com maior eficiência. Outros tipos de tratamento já estão sendo utilizados, como: a aspiração repetida do conteúdo cístico, uso de corticóides, radioterapia e a embolização percutânea do cisto utilizando substâncias esclerosantes como picivantal (OK-432). Dispõe-se como patologia de difícil diagnóstico, pois compartilha de diversos diagnósticos diferenciais: hidrocele, cisto epididimal, espermatocele, varicocele, hérnia, granuloma espermático, hematoma ou abscesso. Porém, ultrassonografia com Doppler, tomografia ou ressonância magnética auxiliam no diagnóstico de linfangioma, definindo a extensão da doença, permitindo o mapeamento dos limites da ressecção.</p>
<p>PO 776-1</p> <p>TUBERCULOSE ABDOMINAL, UM DIAGNOSTICO INTRA-OPERATORIO – RELATO DE CASO</p> <p>Bianca Faria Oliveira, Raissa do Carmo Viturino, Ian Ribeiro Rocha, Luigi Rodrigues Brianez, Alberto Bicudo Salomão, Rodrigo Fonseca Caetano, Glen Carlo De Arruda, Felix Valentin Orellana Meza</p> <p>Santa Casa de Misericórdia - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Apenas 1% dos pacientes com tuberculose pulmonar tem envolvimento intestinal. Ocorre na maioria dos casos em íleo terminal, seguido da válvula ileocecal e do jejuno, raramente a doença pode atingir outros órgãos abdominais. O bacilo localiza-se nas glândulas mucosas e se dissemina para as placas de Peyer, onde a inflamação, destruição e defesa local originam os sintomas, sendo os mais frequentes, dor abdominal, anorexia e diarreia. Microscopicamente a inflamação afeta as camadas mais profundas da parede visceral, resultando em edema, infiltração celular, hiperplasia linfoide e mais tarde fibrose. Segue o relato de tuberculose acometendo a vesícula biliar e linfonodos mesentéricos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, 37 anos, ex-institucionalizado, com clínica de hiporexia, febre vespertina, sudorese noturna, diarreia crônica e perda de 20 quilos em 2 meses, nega tosse. Por ultrassonografia com colelitíase paciente procurou ambulatório de cirurgia geral. Efetuado colecistectomia aberta e devido aos sintomas prévios, realizado investigação da cavidade identificando linfonodos mesentéricos espessados de aspecto caseosos, colhido material para biópsia. Anatomopatológico, colecistite aguda calculosa, úlcera com focos de necrose compatível com etiologia tuberculosa, linfonodos com linfadenite granulomatosa de etiologia tuberculosa. Após diagnóstico de tuberculose, em investigação, sorologia positiva para HIV. Iniciado tratamento para tuberculose, e 3 semanas após instituído o tratamento para HIV. Colonoscopia com área de mucosa hiperemiada, sugestiva de colite inespecífica, válvula ileocecal hiperemiada, friável e subestenosada, sugestivo de valvulite a esclarecer, anatomopatológico com colite crônica discreta. Paciente apresentou boa resposta ao tratamento, com melhora da diarreia após vancomicina via oral, seguindo com sulfametoxazol e trimetoprima de uso por longa data e ganho ponderal.</p> <p>DISCUSSÃO: O diagnóstico de tuberculose abdominal não costuma ser estabelecido no pré-operatório pois somente 50% dos pacientes têm sintomas pulmonares ativos, 45% dos testes cutâneos são negativos, associado ao quadro clínico inespecífico, sendo esses compatíveis com outras doenças intestinais, como a retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose e amebíase. De acordo com a literatura, em peças cirúrgicas, o encontro dos bacilos e de necrose caseosa não é constante, embora sejam encontrados nos linfonodos. As alterações mais frequentes na colonoscopia são indefinidas, como ulceração, estenose e deformidade na válvula ileocecal e parede do ceco, como no caso relatado que apresentava colite inespecífica associada à subestenose da válvula ileocecal. No caso apresentado além do acometimento linfonodal o paciente apresentou o acometimento da vesícula biliar, sendo este um acometimento incomum podendo ser um diagnóstico diferencial com carcinoma de vesícula biliar. A importância do relato se deve à dificuldade do diagnóstico de tuberculose abdominal, devido aos sintomas inespecíficos apresentados.</p>	<p>PO 776-2</p> <p>RELATO DE CASO DE PACIENTE COM ADENOMA ADRENAL EXPANSIVO NÃO PRODUTOR</p> <p>Karina Negrão Zingra, Marcelo Regis Lima Corrêa, João Matheus Calixto Lins, Michelly Alyce Gualarte Alexandre, Daniel Carlos Viana Cardoso, Cid Olavo Scarpa Vasconcelos, Alessandro Prudente, Eliakim Massuqueto Andrade Gomes de Souza</p> <p>Centro Universitário São Lucas - Porto Velho - Rondonia - Brasil</p> <p>INTRODUÇÃO: Incidentalomas adrenais (IA) constituem massas adrenais detectadas em exames de imagem, aparentemente, não relacionados com patologias de hormônios adrenais. Adenomas são bem mais frequentes do que carcinomas, e costumam ser pequenos, tendo diâmetro de 2 a 3 cm. A presença de metástases é frequente e deve ser considerada. O objetivo do relato é expor o caso clínico de paciente feminino com tumor de glândula suprarrenal, com grande volume, com diagnóstico de adenoma.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminino, 32 anos, casada, reside em Humaitá- AM, com queixa de dor abdominal. Dor iniciou após o parto cesáreo de seu filho, localizada em hipocôndrio direito, aliviada ao uso de analgésicos simples, associada a enjojo e sudorese. Fora realizada ultrassonografia que evidenciou massa ovalada, localizada no lobo direito, medindo 10 x 6 x 8 cm. Ao exame físico normocárdica, eupneica, com abdome plano e indolor e cicatriz de cesárea prévia. Laboratórios de perfil hormonal, com cortisol, aldosterona, metanefrinas fracionadas no plasma e fosfatase alcalina sem alterações. Em tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen fora evidenciado massas bilaterais, sendo à esquerda lesão triânguliforme na adrenal esquerda, medindo cerca de 2,4 x 2,1 x 2,2 cm e à direita volumosa lesão expansiva medindo cerca de 9,4 x 8,7 x 6,4 cm nos maiores eixos. Em ressonância magnética (RNM) mostrou formação expansiva sólida medindo 9,9 x 6,7 cm em topografia da adrenal direita deslocando veia cava e espessamento nodular de adrenal esquerda. Optou-se por realização de adrenalectomia direita e exame anatomopatológico evidenciou neoplasia cortical adrenal com achados compatíveis com adenoma. Não foi observado amostra de mitoses atípicas, bem como áreas de necrose e atípicas nucleares significativas.</p> <p>DISCUSSÃO: Os diagnósticos diferenciais aventados na investigação de IA são múltiplos, sendo que, diante de um paciente com incidentaloma adrenal, a primeira preocupação deve ser o comportamento da lesão. Para distinguir lesões benignas de malignas deve-se observar tamanho e características da lesão em exames de imagem. Quanto a função, é realizado perfil hormonal, sem alterações neste caso. Em relação ao tamanho, a maioria dos tumores < 3 cm sugerem ser benignos, enquanto lesões malignas apresentam, em geral, tamanho > 6 cm. No caso apresentado, apesar de a lesão da adrenal direita ter 9,9 cm em sua maior dimensão, o exame anatomopatológico evidenciou achados compatíveis de adenoma. Ainda existem divergências na literatura quanto ao tamanho a ser considerado para remoção cirúrgica de IA, e, para isso, há necessidade de estudos sobre a investigação de IA.</p>

PO 777-1	PO 777-2
<p>ATENDIMENTO DE URGENCIA COM DIAGNOSTICO DE DOENÇA DE CROHN EM QUADRO DE ABDOME AGUDO</p> <p>LAISA BRANDÃO CARVALHO, FERNANDO DA SILVA ZAMBONINI, PAULO SÉRGIO CHAIB, CLAUDIA NISHIDA HASIMOTO, MARCELA MARIA SILVINO CRAVEIRO, DANIEL MENDES SHIROMA</p> <p><i>Unesp - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - BOTUCATU - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O termo abdome agudo é uma abreviação para dor abdominal aguda, e se refere a qualquer dor súbita e intensa no abdome que leve o indivíduo a procurar o socorro médico. Na investigação inicial são solicitados exames como hemograma, beta-HCG, urinálise, amilase e radiografia de abdome. A depender dos achados, pode-se prosseguir investigação com ultrassonografia ou tomografia e até intervenções cirúrgicas para elucidação diagnóstica. Este relato mostra o caso de um paciente em investigação de abdome agudo, com diagnóstico final de doença de Crohn, inicialmente com baixa suspeição clínica para tal doença.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente masculino, 34 anos, deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal há 2 dias, difusa, tipo cólica, de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos, parada de evacuação e de eliminação de flatos. Relata episódios prévios com quadro clínico semelhante, com melhora espontânea. Sem cirurgias prévias e sem comorbidades conhecidas. Ao exame físico apresentava abdome distendido, hipertimpânico, doloroso difusamente a palpação profunda, porém sem sinais de peritonite, com ruidos hidroaéreos aumentados. Submetido à radiografia de abdome, houve visualização de distensão difusa de alças intestinais com níveis hidroaéreos. Exames laboratoriais dentro da normalidade. Como complementação diagnóstica, foi realizado exame tomográfico de abdome, que evidenciou dilatação de alças jejunais distais e ileais, ingurgitamento de vasos mesentéricos superiores, com colapso de alças à montante e à jusante com ponto de transição em comum entre porções colabadas e distendidas. Após paciente apresentar evacuação espontânea, solicitamos radiografia de trânsito intestinal que evidenciou íleo terminal afilado, com aspecto de "pedras de calçamento" e dois pontos de estreitamento, compatíveis com doença de Crohn. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial, complementação diagnóstica e tratamento específico.</p> <p>DISCUSSÃO: Doença de Crohn tem alta morbidade e mortalidade. Seu diagnóstico é difícil, pois a apresentação clínica é amplamente variável e inespecífica. Entre as queixas clínicas mais comuns estão dor abdominal, diarreia, emagrecimento, anorexia, astenia, náuseas, vômitos. Complicações mais comuns envolvem suboclusão intestinal, fístulas e abscessos perianais, abscessos abdominais ou pélvicos. Embora abdome agudo e suboclusão intestinal possam ser manifestações da doença de Crohn, a investigação inicial do abdome agudo em serviços de urgência e emergência priorizam inicialmente o diagnóstico de causas cirúrgicas, e muitas vezes não é levantada a hipótese dessa doença. Assim, mesmo em um serviço de urgência/emergência, sempre é necessário fazer uma anamnese e exames adequados, para que casos de exceção possam fazer parte das possibilidades diagnósticas.</p>	<p>SINDROME DE WUNDERLICH TRATADA DE FORMA NAO-CIRURGICA</p> <p>Vitoria Matos Bezerra, Amanda Casagrande Dias, Edimilson Santos Damasceno, Lucas Facco Silva, Luiz Nunes Rego Filho, Lecildo Lira Batista, Alberto Souza Paes, Thiago Afonso Teixeira</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O hematoma perirrenal espontâneo foi descrito em 1856 por Wunderlich, sendo esta uma doença infrequente, forma-se por meio de sangramento retroperitoneal sem história prévia de trauma. Possui diversas etiologias, sendo as neoplasias as mais frequentes, seguidas das causas vasculares, anticoagulação e infecções são causas incomuns, 6,7% possuem caráter idiopático. Sua manifestação clássica é composta pela tríade: dor abdominal, massa palpável, e hipovolemia ou anemia.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 22 anos, atendido em unidade de emergência apresentando intensa dor em flanco direito (intensidade 8/10), nega hematúria, lipotímia ou síncope, sem outras queixas ou sinais clínicos presentes, nega utilização de anticoagulantes, ou drogas sanguíneas. Ao exame físico de entrada, consciente, orientado e normocorado, sem presença de hematomas em parede tóraco-abdominal ou massas palpáveis. À análise laboratorial, hemoglobina de 15,5 g/dl e hematócrito de 47%, sem presença de leucocitose. Após suspeição de cólica renal atípica, foi solicitada avaliação urológica. O especialista com o exame de imagem adequado (tomografia computadorizada helicoidal de abdome e pelve com contraste) que demonstrou hematoma perirrenal direito, medindo 2,22cm de diâmetro axial. Optou-se pelo tratamento conservador não-cirúrgico em unidade semi-intensiva, com internação de cinco dias, após alta, acompanhamento mensal por 12 meses, com regressão completa do hematoma e confirmação do caráter espontâneo.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de ser um caso sem a presença da tríade clássica, os sintomas desta doença podem se apresentar de forma aguda ou insidiosa, explicando porque alguns fatores podem não ter se apresentado no momento do diagnóstico. Em relação ao tratamento há divergência na literatura, enquanto alguns autores sugerem a nefrectomia radical como primeira escolha (devido aos altos índices de malignidade oculta), outros preconizam o tratamento conservador no pré-operatório até definição da etiologia, sendo este último a conduta abordada no caso. Por se tratar de causa idiopática, sem achados sugestivos de patologias malignas ao acompanhamento ambulatorial, não houve a necessidade de intervenção cirúrgica.</p>
<p>PO 778-1</p> <p>HERNIA DE AMYAND</p> <p>Gabriela Ricardi, Victória Mutti Maia, Carlos Roberto Lima Filho, Nayra Castro Ledo, Gustavo Almeida Leão, Murilo Pereira Cappellesso, Tauã Lima Pereira, Thiago Melo Espírito Santo</p> <p><i>FASB - Barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Em 1735, foi descoberto o primeiro caso de apendicite perforada no saco de uma hérnia inguinal pelo cirurgião britânico Claudius Amyand, e foi definido que a hérnia de Amyand é um saco herniário contendo apêndice saudável, inflamado ou perfurado. A incidência global é de 0,28 a 1%. As manifestações clínicas são a presença de massa inguinal inflamada, tensa, hipersensibilizável, de tamanho variável, não redutível e associada à dor abdominal, vômito e muito raramente manifestações de apendicite verdadeira. O tratamento cirúrgico depende da apresentação do caso e dos achados intraoperatórios. É raramente relatado em mulheres. Aqui apresentamos um caso excepcionalmente raro de uma hérnia de Amyand contendo apendicite aguda.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 52 anos, admitida no Hospital do Oeste de Barreiras, queixando-se de abaulamento em região inguinal direita há 6 meses. Realizou primeira herniorrafia inguinal direita há 7 anos, com 3 recidivas locais e rejeição de pontos e tela de Marlex. Realizou última herniografia mais retirada de corpo estranho em fevereiro de 2008, evoluindo novamente com rejeição local, com saída de secreção purulenta de moderada quantidade, sem associação de febre e odor fétido. Ao exame apresentava abaulamento em região inguinal direita de aproximadamente 5x5cm, com presença de ferida aberta em porção superior de aproximadamente 1,5cm, com presença de tecido de granulação e saída de secreção purulenta. Apresentava ainda, outro ferimento em porção inferior de aproximadamente 0,5cm com mesmas características. Abaulamento não retrátil, sem aumento de volume a Manobra de Valsalva. Com o diagnóstico de Hérnia Inguinal Direita recidivada com presença de abscesso e granuloma, realizou-se intervenção cirúrgica com paciente sob raqui anestesia para resolução do caso. Após inguinitomia direita evidenciou-se abscesso em região inguinal direita com granuloma em tecido de tela e fios de prolene e anel herniário contendo cólon e apêndice cecal. O apêndice cecal foi retirado, procedendo então com debridamento da região inguinal direita com retirada de tela e fios e fechamento do anel herniário. Após lavagem exaustiva da região inguinal, realizou-se sutura com reforço do ligamento inguinal com tendão conjunto. Paciente apresentou evolução clínica satisfatória, recebendo alta hospitalar no 1º pós-operatório. Agora em acompanhamento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: A presença de um apêndice vermiforme encarcerado em uma hérnia inguinal é rara. Mais comum no sexo masculino e pode afetar qualquer idade. A sintomatologia da hérnia de Amyand é inespecífica e pode ser classificada em um quadro de abdome agudo, devido ao seu caráter inflamatório. Há controvérsias relacionadas a decisão da apendicectomia quando se encontra um apêndice normal. É importante que o diagnóstico seja realizado de forma rápida devido as complicações (estragulamento e/ou perfuração do apêndice cecal) que podem causar uma peritonite grave e levar o paciente a óbito.</p>	<p>PO 778-2</p> <p>BEXIGA NEUROGENICA E SINDROME DE OCHOA – RELATO DE CASO</p> <p>Guilherme Augusto Olly Souza Costa, Jose Carlos Delfino, Rayne Santos Souza, Thaynara Giovanna Tito Delfino, Bruno Vilalva Mestrinho</p> <p><i>UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A Bexiga Neurogênica (BN) é o mau funcionamento da bexiga e está ligado à disfunção do sistema nervoso central ou periférico. Há um distúrbio na inervação da bexiga e dos músculos pélvicos relacionados ao esfíncter urinário. Entretanto, a Síndrome de Ochoa é uma condição bastante incomum caracterizada pela uropatia obstrutiva associada a alterações faciais de padrão autossômico recessivo e a disfunção neurogênica da bexiga.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente, sexo masculino, 26 anos de idade admitido no Box de Emergência do Hospital Regional do Gama DF trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em estado pós ictal de crise convulsiva referiu quadro de bexiga neurogênica desde a infância com frequentes infecções do trato urinário e diagnóstico prévio de Síndrome Urofacial (Síndrome de Ochoa) sendo confirmada após a investigação completa de seu aparelho urinário com ultrassonografia renal e das vias urinárias, urocistografia miccional, tomografia computadorizada abdominal e Ressonância nuclear magnética. Apresentava um distúrbio miccional grave, com história de incontinência urinária e já apresentando hidroureteronefrose bilateral levando ao aparecimento de lesões cicatriciais no rim e a um grau de Insuficiência Renal Crônica.</p> <p>DISCUSSÃO: A bexiga neurogênica é secundária a outras doenças ou traumas e tem como principais fatores de risco as doenças neurológicas que podem acometer a região do plexo pélvico (S2 a S4) e a região do plexo hipogástrico (T10 a L2). Elas ser reversíveis ou irreversíveis e de caráter genético ou adquirido. A síndrome de Ochoa é a junção da disfunção miccional neurogênica obstrutiva com as alterações faciais típicas, quando sorriem parecem estar chorando, e possui caráter de herança autossômica recessiva relacionando com os genes HPSE2 e LRIG. Nesta síndrome, os episódios de infecção de vias urinárias são recorrentes provocando uma deterioração do trato urinário superior que pode evoluir a uma insuficiência renal crônica. O diagnóstico da síndrome urofacial é baseado em uma anamnese bem detalhada, exame físico minucioso, testes laboratoriais e exames de imagem como a ecografia. Na situação em que o comprometimento do trato urinário seja muito extenso, é necessária uma intervenção cirúrgica. Dessa maneira, é feita a derivação urinária continente sob o princípio de Mitrofanoff, a enteroplastia de aumento e apendicovesicostomia cutânea continente umbilical, na tentativa de reduzir a pressão vesical e facilitar o cateterismo pela via criada na derivação. Esse método é usado em crianças e pode ser aplicado em adultos, em várias situações, também com bons resultados. O apêndice é o tubo ideal para a aplicação dessa técnica, porém, em pacientes portadores de bexiga neurogênica os condutos ileais se mostraram excelentes alternativas, com as mesmas taxas de sucesso e complicações. O sucesso da cirurgia e a redução na incidência de complicações estão diretamente relacionados à indicação e ao preparo adequado do paciente e da família.</p>

PO 779-1	PO 780-1
<p>DIVERTICULO DE MECKEL, UM DESAFIO DIAGNOSTICO</p> <p>Marina Moares Lopes Soares, Kamila De Bessa Penteado, Marcela Maria Silvano Craveiro, Walmar Kercher de Oliveira, Rafael Cypriani, Daniel Mendes Shiroma, Fernando Da Silva Zambonini, Claudia Nishida Hasimoto</p> <p><i>UNESP - Botucatu - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é uma anomalia congênita mais comum do intestino, ele resulta da persistência parcial ou total do ducto onfalo-mesentérico, normalmente reabsorvido no terceiro mês de vida fetal. Em geral, não apresentam manifestações clínicas, dificilmente o diagnóstico ocorre na ausência de complicações. Este relato mostra a inespecificidade dos sintomas e a necessidade de investigação de forma organizada para identificação e alertar para o diagnóstico.</p> <p>RELATO DE CASO: C.A.A.S., 21 anos, masculino, com história única de valvopatia aórtica congênita, admitido no Hospital das Clínicas de Botucatu em 08/08/2018 com suspeita de Gastroenterite infecciosa. Devido a hipótese inicial, iniciada antibioticoterapia com associação de Ciprofloxacino e Metronidazol e pesquisado presença de C. difíce, posteriormente escalonada para associação de Cefepime e Vancomicina após hemoculturas positivas para S. Epidermidis Oxacilina Resistente devido suspeita de endocardite bacteriana, afastada por ecocardiograma. Durante internação apresentou enterorragia com instabilidade hemodinâmica, queda hematócritica e necessidade cristaloides e transfusão de hemoderivados. Prosseguiu investigação com Tomografia Computadorizada (TC) de abdome evidenciando pequena quantidade de líquido livre no recesso retrovesical. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) sem sinais de sangramento e ileocolonosopia normal. Após compensação clínica recebeu alta em 20/08. Realizou enteroscopia com óstio diverticular podendo corresponder a DM sem sinais de sangramento ativo e com algumas erosões em seu interior, realizado tatuagem com tinta nanquim. Paciente interna eletivamente em 08/10 para ressecção cirúrgica videoassistida, identificação intraoperatória de dilatação saculiforme em alça de delgado com telangiectasias previamente tatuada, sendo realizada enterectomia segmentar com enteroenteroanastomose laterolateral anisoperistáltica mecânica com grameador linear, cujo anatomopatológico confirmou DM com isquemia, ectopia de mucosa gástrica e ectasias vasculares. Paciente evoluiu bem, com alta no quarto pós operatório com seguimento ambulatorial.</p> <p>DISCUSSÃO: O DM é um divertículo verdadeiro com três camadas da parede intestinal, na borda antimesentérica do íleo. Em cerca de metade dos casos possui tecidos ectópicos, sendo os mais encontrados gástrico e pancreático. O diagnóstico é difícil pois raramente ocasiona sintomas, identificado quando há complicações como diverticulite, hemorragia ou perfuração. Exames de imagem auxiliam: ultrassonografia, TC, cintilografia e angiografia abdominais. No caso acima a investigação de sangramento digestivo baixo com exclusão de diagnósticos diferenciais por EDA e colonoscopia, com enteroscopia com sugestão de hipótese confirmada por patologia. O tratamento definitivo é cirúrgico. A laparoscopia ou laparotomia tem resultados semelhantes. Diverticulectomia simples pode ser realizada mas a técnica cirúrgica preferida, principalmente nos casos de complicações é a ressecção ileal segmentar.</p>	<p>ABDOME AGUDO POR LINFOMA NAO HODGKIN: RELATO DE CASO</p> <p>RAFAEL RODRIGUEZ TEIXEIRA DE CARVALHO, MARIANA BELMONT CARVALHO XAVIER CRUZ, NATÁLIA SAMPAIO FREITAS, JOSE ANDERSON ALMEIDA SILVA, STÉFANY LIMA PONTES, PAULO LEAO DE MENEZES, FLORA DE SOUZA BRANDÃO DOS REIS, MARCELO GONÇALVES SOUSA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Por se originar nas células do sistema linfático, o linfoma não Hodgkin (LNH) é um câncer que pode acometer qualquer parte do corpo. Embora seja mais prevalente em pessoas idosas, pode surgir em todas as idades, ocupando a 11ª colocação entre os cânceres mais frequentes no Brasil, em ambos os sexos. Estimam-se cerca de 10.180 casos para cada ano do biênio 2018-2019 no País, sendo 5.370 em homens e 4.810 nas mulheres, visto que os homens são mais predispostos que as mulheres.</p> <p>RELATO DE CASO: S. C. S., 57 anos, masculino, apresentou-se em Centro Hospitalar na cidade de João Pessoa-PB. O paciente referiu dor abdominal com sinais de abdome agudo obstrutivo, tendo em seu exame físico apresentado: Bom Estado Geral, Lúcido e Orientado em Tempo e Espaço, corado, hidratado e eupneico; a ausculta não apresentou alterações; o abdome apresentou-se flácido, indolor à palpação e com cicatriz mediana. O paciente foi submetido aos seguintes exames: Tomografia Computadorizada do tórax sem achados relevantes; Tomografia Computadorizada de abdome com achado de espessamento peritoneal associado com importante espessamento de cólon sigmoide; Colonoscopia sem alterações; Endoscopia Digestiva Alta com achado de gastrite de antro. Após os referidos exames, o paciente realizou uma Laparotomia Exploradora, a qual teve como achados: Moderada quantidade de ascite com espessamento difuso de peritônio e epiplon; Massa tumoral sangrante a 100cm da válvula íleo-cecal junto a um divertículo de Meckel. Diante disso, o paciente foi submetido à enterectomia, drenagem e fechamento por planos sem intercorrências. A peça foi enviada para biópsia com os seguintes achados, segmento de intestino delgado: Linfoma não-Hodgkin de células grandes e intermediárias infiltrando difusamente a parede intestinal e com ulceração da mucosa. 8,9 cm; Presença de divertículo de Meckel. Epiplon: Linfoma não-Hodgkin infiltrando difusamente o tecido adiposo. Mesentério: Linfoma não-Hodgkin de alto grau 20/23 e presença de extensão neoplásica extra nodal. Após 4 dias do procedimento, o paciente recebeu alta.</p> <p>DISCUSSÃO: O linfoma não Hodgkin é uma patologia rara e de desconhecida causa específica. Em lactentes e jovens, 95% desses linfomas são de origem idiopática, porém em adultos uma lesão orgânica é identificada em 80% dos casos e 46% tem doença maligna subjacente, ligados a causas intestinais malignas. Logo, apesar da grande extensão do intestino delgado, a presença de tumor nessa área é rara, geralmente diagnosticado em estado avançado e revelado por uma complicação local do tumor. Tem-se mais de 95% dos casos malignos: adenocarcinomas, tumores estromais gastrintestinais (GIST - gastrointestinal stromal tumors), carcinoides ou linfomas. Então, o caso relatado evidenciou quadro clínico de abdome agudo obstrutivo por linfoma não-Hodgkin, o qual só foi diagnosticado após laparotomia exploradora e estudo anatomopatológico da peça. O caso evoluiu bem, corroborando com os achados bibliográficos.</p>
<p>PO 780-2</p> <p>FISTULA SINFISIURINÁRIA</p> <p>Victor Hugo Nunes de Oliveira, Lucas de Oliveira Silva Santana, Déborah Carvalho Nascimento, Vanessa Ribeiro Lopes Vasconcelos, Bruno Vilalva Mestrinho</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Goiás - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A fístula sinfisiurária (FSU) é uma complicação rara após cirurgia, irradiação ou outras terapias para câncer de próstata. É caracterizada pela fistulação do trato urinário para a sínfise púbica. Foi descrita pela primeira vez em 1924 por Beer como uma sequela da prostatectomia simples, manifestando-se clinicamente com dor pélvica crônica do tipo debilitante, na região supra-púbica, envolvendo também o períneo, as virilhas e a pelve profunda, a depender da extensão da fístula. É classicamente descrito como um processo não supurativo; no entanto, os abscessos bacterianos foram citados em associação. O objetivo desse trabalho foi evidenciar que apesar de ser rara, a FSU é muito debilitante, pois pode causar diminuição da qualidade de vida, abscesso cavitário, sepsis pélvica crônica e morte.</p> <p>RELATO DE CASO: C. S. F., masculino, 71 anos, com histórico de Adenocarcinoma acinar usual de próstata. Foi submetido à prostatectomia radical (PTR) há 6 anos, associada a 36 sessões de radioterapia adjuvante. No pós-operatório, queixava-se de polaciúria, disúria e dor pélvica inespecífica progressivas, até realizar cistostomia de urgência, devido episódio de retenção urinária aguda, por estenose de uretra distal. Foi submetido a uretrotomia, porém persistiu com cistostomia e manteve quadro de dor pélvica crônica com agudizações recorrentes, refratária a opiáceos. Paciente teve como hipótese diagnóstica a FSU, devido ao quadro clínico, porém sem comprovação por exames de imagem.</p> <p>DISCUSSÃO: A FSU é uma complicação rara, com poucos casos descritos na literatura. Causa quadros mais graves que a osteíte, osteonecrose ou a osteomielite, que são as complicações mais frequentes após o tratamento de câncer de próstata. Segundo Bugeja et al., o quadro algóico é muito intenso e costuma não responder bem ao tratamento clínico conservador com o uso analgésicos de opiáceos. Tal evidência é compatível com o paciente deste relato, que apresentou uma refratariedade aos analgésicos de opiáceos oferecidos como terapia. De acordo com Hutchinson et. al., a ressonância magnética (RNM) vem ganhando destaque como ferramenta diagnóstica na investigação de fístulas envolvendo o trato urinário, pois apresenta como vantagens o fato de ser relativamente menos invasiva quando comparada a outros estudos e oferece excelente imagem de tecidos moles, que pode fornecer evidências de fístula mesmo quando o próprio trato urinário não é visualizado. Esta última, em especial, é bastante útil em situações que os achados físicos externos não estão presentes ou são indeterminados. O paciente do relato não foi submetido ao exame de RNM, devido a indisponibilidade no serviço, porém foi submetido a TC, que não evidenciou trajetos fistulosos. Porém, segundo Gerullis et al. e os outros estudos analisados, na maioria dos casos, o diagnóstico dos trajetos fistulosos foi feito por meio da RNM, em detrimento da TC. Dessa forma, não se pode excluir como hipótese diagnóstica a FSU.</p>	<p>PO 781-1</p> <p>ILEOLECTOMIA DIREITA SECUNDÁRIA A TROMBOSE VENOSA MESENTERICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Agripino Joaquim Melo Neto, Josemir Lessa Carvalho, Isabela Cristina Araujo Macedo</p> <p><i>Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A trombose venosa mesentérica (TVM) representa 5 a 15% dos casos de isquemia mesentérica. Em cerca de 3/4 dos casos identificam-se fatores etiológicos subjacentes. Nestes, incluem-se os estados de hipercoagulabilidade, processos inflamatórios adjacentes, hipertensão portal, traumatismo ou cirurgia abdominal. A apresentação clínica clássica é dor abdominal tipo cólica em mesogástrico. Náusea, vômito, anorexia e diarreia são comuns. Por sua natureza rara e inespecificidade de sintomas, muitos casos são identificados apenas após laparotomia exploratória (LE) ou necropsia, o que vem sendo modificado com o avanço nas novas técnicas de imagem. O tratamento de TVM sem evidência de necrose intestinal é a anticoagulação precoce. Já a cirurgia está indicada nos casos de perfuração ou isquemia intestinal. Complicações pós-operatórias incluem sepsis e síndrome do intestino curto. A TVM tem uma alta taxa de recorrência e a taxa de mortalidade varia de 20% a 50%.</p> <p>RELATO DE CASO: T.F.S, 21 anos, feminino, natural e procedente de Recife-PE, sem comorbidades ou cirurgias prévias, em uso irregular de ACO, deu entrada na emergência de hospital terciário em Recife com história de dor abdominal difusa intensa, associada a distensão abdominal, episódios eméticos e diarreia escurecida, há 6 dias. Evoluiu com vômitos escuros e fétidos, além de parada de eliminação das fezes. Foi, então, realizado USG abdominal, que demonstrou sinais sugestivos de obstrução intestinal e líquido livre na cavidade. Assim, foi submetida à LE de emergência, que evidenciou isquemia mesentérica, sendo realizado ileolectomia direita + jejunostomia + fístula mucosa de cólon transverso. Após procedimento, foi iniciado anticoagulação e permaneceu 9 dias na UTI. No 10º DPO, apresentou quadro de distensão abdominal associada a dor em região esquerda de abdome. Realizado, então, TC abdominal total, que mostrou líquido livre na cavidade. Assim, foi optado pela realização de nova LE, sendo feito toaleta cavitária. Posteriormente, paciente retornou para enfermaria, não apresentando novas intercorrências. Durante internamento foi diagnosticada com Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo, recebendo alta em uso de Varfarina, após alcançar o alvo do INR.</p> <p>DISCUSSÃO: A isquemia mesentérica, condição mais comum em mulheres, tem como fatores de risco estados pro-trombóticos e uso de ACO, presentes no relato. A TVM apresenta-se sob forma aguda (mais rara), subaguda ou crônica. Na forma aguda, apresentada no caso, a sintomatologia inicial é exuberante e desproporcional aos achados no exame físico, com rápida evolução. A oclusão intestinal é uma forma rara de manifestação de TVM que resulta de uma estenose isquêmica. Apesar do acometimento preferencial pelo jejuno, conforme literatura médica, foi observado acometimento de todo o íleo e cólon ascendente. Por se tratar de condição rara e com alto risco, a consideração diagnóstica e avaliação precoces em pacientes com dor abdominal são fundamentais para o diagnóstico oportuno e melhores desfechos.</p>

PO 781-2	PO 782-2
<p>CRIPTORQUIDIA ECTOPICA POS-TRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO</p> <p>Samira SOLEDADE SILVA, Hilda Mariana Costa Clementino, José Hidelbrand Cavalcante de Farias, Camile Gonçalves Amorim, Leandro Araújo Albuquerque, Talita Vasconcelos Silva dos Santos</p> <p><i>UFMA - Pinheiro - Maranhão - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Criptorquidia é a ausência de pelo menos um testículo na bolsa escrotal, condição frequente na população pediátrica. É a malformação urológica congênita masculina mais comum, presente em 1 a 2% dos recém-nascidos. Raramente ocorre fora da faixa etária prevalente, caracterizando o criptorquidismo adquirido, conhecido como luxação testicular ou testículo ectópico, em decorrência, na maioria das vezes, de um trauma escrotal, por acidentes motociclísticos com contusão direta sobre o guidão ou contra o tanque de gasolina. Levando à pressão externa direta ao perineo, deslocando o testículo para o tecido mole adjacente, tipicamente a virilha. Assim, devido sua rara ocorrência, há poucos relatos descritos na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem de 22 anos, sem complicações neonatais, normodesenvolvido, sem morbidades e cirurgias prévias. Vítima de colisão de motociclística, referindo contusão da região pélvica com o guidão da moto. Buscou atendimento hospitalar de emergência, apresentando fratura diafisária do rádio direito e ausência de testículos na bolsa escrotal. No exame físico, o paciente apresentava-se assintomático, com testículos palpáveis ao nível dos anéis inguinais superficiais e características sexuais secundárias presentes, sem necessidade de exame de imagem inicial. A correção cirúrgica da Criptorquidia ocorreu um mês após a osteossintese do rádio. O acesso ao canal inguinal deu-se pela incisão de Davis bilateral, diérese por planos, dissecação do orifício inguinal externo, identificação de elementos do cordão e liberação de testículos ectópicos no canal inguinal bilateral. Em seguida, realizou-se orquidopexia bilateral, fixação dos testículos na bolsa subdática e síntese por planos com reconstrução de anel inguinal superficial, finalizando com curativo e suspensório escrotal.</p> <p>DISCUSSÃO: O criptorquidismo adquirido, diferente do congênito, permanece como uma anormalidade rara, principalmente a forma bilateral. Podendo ter seus números subestimados, devido à alta incidência de acidentes com motocicletas, levando a subnotificação. O paciente em estudo apresentou ao exame físico, testículos palpáveis ao nível dos anéis inguinais superficiais, coincidindo com dados da literatura, que indicam este, o local mais comum para o deslocamento testicular, em 40-50% dos casos, diferindo quanto ao aspecto doloroso, ausente no paciente em estudo. A luxação testicular pode ser bilateral, em até 30% dos casos, a maioria ocorre imediatamente após o trauma, podendo se desenvolver dias ou até semanas após, o que reforça a quantidade diminuída de casos descritos. Devido ao fato do paciente encontrar-se normal e mentalmente competente, era improvável que se tratasse de um caso congênito, além do que apresentava testículos normais no intra-operatório, sem o processo vaginal e nenhum remanescente fibroso.</p>	<p>DIGENESIA GONADAL PURA: FENOTIPO FEMININO COM CARIOTIPO MASCULINO: UM ENIGMA CLÍNICO</p> <p>Karine Furtado Meyer, Anna Karoline da Rocha, Karina Ilhéu da Silva, Camila Neumann Pereira, João Augusto dos Reis Guerra, Leonardo Getulio Piovesan, Ana Carolina Fleig, Joao Victor Mendes</p> <p>INTRODUÇÃO: INTRODUÇÃO: Em humanos, sexo feminino e masculino são caracterizados por um cariótipo XX e XY, respectivamente. Pacientes femininas com insensibilidade androgênica (AIS) e disgenesia gonadal pura tem um cariótipo XY. Swyer descreveu a síndrome hoje conhecida como disgenesia gonadal pura. A maioria das pacientes são diagnosticadas na puberdade na ausência de menarca. Na nossa realidade do SUS, a confirmação do diagnóstico pelo cariótipo chega a levar 5 anos na espera. OBJETIVOS: Descrição de três casos de pacientes femininas com cariótipo XY encaminhados tardiamente para acompanhamento em ambulatório de urologia pediátrica. MATERIAIS E MÉTODOS: Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários, exames, registro fotográfico dos pacientes e revisão da literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso 1: Paciente de 30 anos de idade encaminhada aos 15 anos por amenorréia primária. Com 25 anos teve um episódio de sangramento vaginal de pouco volume, com ausência de ciclos menstruais. Cariótipo evidenciou a presença de par cromossômico sexual XY, sem qualquer outra alteração numérica ou morfológica. Feito diagnóstico de Disgenesia Gonadal Pura. Realizado gonadectomia bilateral videolaparoscópica, sem intercorrências. Útero de aspecto infantil. Caso 2: Paciente com 21 anos de idade, diagnosticada através do cariótipo como XY. Aos 19 anos veio em consulta pela primeira vez por amenorréia primária. Ultrassonografia pélvica com útero e ovários não individualizados. A ressonância magnética pélvica com hipoplasia útero-vaginal, ovários não caracterizados e de difícil diferenciação entre agenesia ou hipoplasia acentuada. A tomografia de pelve revelou tecido denso e alongado na topografia do útero e vagina, representando tecido hipoplásico, ausência de tecidos gonadais na cavidade pélvica. Feito diagnóstico de Disgenesia Gonadal Pura. Realizado gonadectomia bilateral videolaparoscópica, sem intercorrências. Útero de aspecto infantil. Caso 3: Paciente com 17 anos de idade, com queixa inicial de atraso puberal, onde foi solicitado exames de imagem e cariótipo. RNM evidencia útero hipoplásico e não identificação das gônadas. Cariótipo XY. Feito diagnóstico de Disgenesia Gonadal Pura. Realizado gonadectomia bilateral videolaparoscópica, sem intercorrências. Útero de aspecto infantil.</p> <p>DISCUSSÃO: CONCLUSÃO: mulheres com cariótipo XY compõe um grupo muito heterogêneo. Mulheres com disgenesia gonadal expressam ovários disgenéticos, enquanto AIS possuem testículos. São muitas as similaridades, mas devem ser tratadas de maneira diferente. Estas mulheres com disgenesia gonadal têm útero, e podem, ao contrário da AIS, ficar grávidas usando doação de óvulo. Todas devem ser encaminhadas para gonadectomia pelo risco de malignização. Nós médicos devemos estar preparados para diagnosticar, tratar e oferecer conforto para estas pacientes. Elas frequentemente se apresentam com graves problemas de identidade quando são diagnosticadas geneticamente homens na fase puberal ou pós-puberal.</p>
<p>PO 783-1</p> <p>PERFURAÇÃO PUNTIFORME EM JEJUNO SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Agripino Joaquim Melo Neto, Isabela Cristina Araujo Macedo, José Isnack Pontes Alencar Filho</p> <p><i>Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: No trauma abdominal contuso (TAC), as lesões de órgãos ocos, como o intestino, e a injúria mesentérica são encontrados em 3-5% dos pacientes. Os principais mecanismos associados às lesões intestinais são impacto direto, desaceleração e aumento da pressão intra-luminal. Para o diagnóstico, o exame clínico tem um papel de extrema importância, sobretudo na diferenciação das lesões que permitem um manejo não cirúrgico daquelas que necessitam de intervenção cirúrgica imediata, como hemorragias ativas, isquemias e perfurações. Exames complementares tem papel essencial naqueles pacientes que se encontram hemodinamicamente estáveis, sendo a tomografia computadorizada de abdome o estudo radiológico mais utilizado. Já em pacientes hemodinamicamente instáveis, a intervenção cirúrgica é normalmente utilizada. A taxa de mortalidade em pacientes com lesões intestinais e mesentérica variam entre 10 e 23%, com o prognóstico sendo afetado pelo atraso no intervalo entre o trauma e a intervenção terapêutica.</p> <p>RELATO DE CASO: W.R.O.M.G, 31 anos, masculino, natural e procedente de Recife - PE, sem comorbidades, procurou serviço de emergência de hospital terciário em Recife com relato de dor abdominal difusa intensa, associada a vômitos, após trauma abdominal contuso por cassetete há 24 horas da admissão. Após avaliação inicial, na qual apresentava sinais de irritação peritoneal e taquicardia, foi optado por abordagem cirúrgica, sendo realizada laparotomia exploradora de emergência, com achado de grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, de aspecto entérico, intenso bloqueio de omento e alças de delgado, assim como lesão puntiforme a 10 cm do ângulo de Treitz, com saída de secreção entérica. Foi, então, realizada enterografia e toilette cavitária, sem intercorrências durante procedimento. Paciente evoluiu clinicamente estável, com boa aceitação alimentar e hábito intestinal normal, recebendo alta no 5º dia pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: As lesões em intestino delgado após um TAC são a terceira em ordem de frequência, depois de injúria hepática e esplênica. Mais comumente se apresentam com um envolvimento igual das porções de jejuno, como acometido no caso relatado, e íleo. Já lesões na porção duodenal são menos comuns, representando apenas 10% do total de injúrias. Os achados cirúrgicos nas lesões de intestino delgado podem ser diversos, sendo mais comuns as rupturas serosas ou seromusculares. Por outro lado, as perfurações da parede intestinal, que podem ser puntiformes, como descritas no paciente, ou de sua espessura total são relativamente incomuns nos TAC, representando apenas cerca de 0,3% dos casos. A intervenção cirúrgica precoce, como preconizado pela literatura, mostrou-se eficaz no manejo terapêutico do paciente relatado, enfatizando que, apesar da suspeição clínica ser difícil nesses casos devido à sua baixa incidência, lesões perfurantes em intestino delgado necessitam de abordagem cirúrgica rápida para que possam haver melhores desfechos.</p>	<p>PO 783-2</p> <p>REGRESSÃO CAUDAL: IMPLICAÇÕES UROLÓGICAS</p> <p>Karine Furtado Meyer, Anna Karoline da Rocha, Camila Neuman Pereira, João Augusto dos Reis Guerra, Leonardo Getulio Piovesan, Joao Victor Mendes, Ana Carolina Fleig, Joao Francisco Petry</p> <p><i>Hospital Santa Isabel e Hospital Santo Antonio - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: INTRODUÇÃO: Síndrome da Regressão Caudal (SRC) é rara, ocasionada por uma falha na blastogênese envolvendo o mesoderma caudal. Cursa com anormalidades vertebrais e da medula espinhal associadas com alterações genitourinárias, anorretais, cardiopulmonar e de membros inferiores. OBJETIVOS: demonstrar e relatar algumas das diversas implicações urológicas que cursam com a SRC. MATERIAIS E MÉTODOS: dados obtidos por meio de revisão de prontuários, exames, registro fotográfico dos pacientes e revisão da literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Caso I: Masculino, 2 anos e 9 meses, branco, nascido com IG de 35 semanas. Diagnosticado com SRC na 20ª semana gestacional. A radiografia da coluna demonstra ausência de cóccix, sacro, vértebras lombares e de T12. Ultrassonografia de vias urinárias: hidronefrose à esquerda em grau leve com hiperdistensão vesical. No exame físico há sinais de escoliose e malformação de membros inferiores. Cursa com bexiga neurogênica e constipação crônica. Incontinência fecal e urinária. Caso II: RN, sexo feminino, branca, nascida com IG de 34 semanas, pesando cerca de 2300g, parto cesárea, bradicárdico e ausência de movimentos respiratórios ao nascimento. Na 21ª semana o USG morfológico demonstrou evidências de espinha bifida, onfalocèle e pé torto congênito. Logo ao nascimento feito diagnóstico de extrofia de cloaca, onfalocèle rota e pentalogia de Cantrell e encaminhada à sala de cirurgia. Na exploração da cavidade abdominal, afastando o fígado exposto, estava o coração- havia agenesia de diafragma. Evoluiu para parada cardiopulmonar não responsiva a manobras. Caso III: masculino, 3 meses de idade, nascido com IG de 34 semanas, pesando 2430 gramas, parto cesárea. Nascido com malformações múltiplas de membros inferiores, má formação de 1º quírodactilo esquerdo, rim único, nistagmo, micrognatia, assimetria cervical, ânus imperfurado, hipospádia peniana e pênis com escroto bifido. Uretrocistografia miccional contrasta a bexiga e o reto terminando na bexiga em posição alta.</p> <p>DISCUSSÃO: CONCLUSÃO: A Síndrome da Regressão Caudal apresenta-se sob variadas apresentações clínicas, no que tange a sintomatologia e má formações. Em todos os casos descritos há concomitância de alterações urológicas. Sendo assim, é necessária a compreensão do médico neonatologista do paciente como um todo, a fim de evitar complicações e tratar as condições associadas. Estes pacientes precisam ser encaminhados precocemente para investigação urológica apropriada.</p>

PO 784-1	PO 784-2
<p>TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE JEJUNO – RELATO DE CASO</p> <p>RODOLFO KALIL DE NOVAES SANTOS, ANA ELISA SANTOS DUARTE, FÁBIO PIMENTEL MARTINS, FERNANDA RODRIGUES DO ESPÍRITO SANTO, GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREIA LIMA, JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JÚNIOR, JULIANO PAIVA BARBOSA, MELISSA PEREIRA DE OLIVEIRA</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O GIST é o tumor de origem mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal. São lesões subepiteliais, geralmente achados incidentais, que acometem com maior frequência o estômago, e mais raramente intestino delgado e reto. O objetivo deste foi relatar o caso de um paciente portador de GIST de intestino delgado (jejuno), um local raro de acometimento deste, tratado com sucesso em hospital público de Belo Horizonte em Minas Gerais.</p> <p>RELATO DE CASO: J.F.C., 71 anos, masculino, apresentando quadro de dor e massa abdominal, associado a disúria, algúria, de início há um ano. Negou perda ponderal. Solicitado TC de abdome e pelve em 30/05/2018 que evidenciou massa retrovesical e supra-prostática de 12,5 x 9,9 x 7,6 cm, ovalada, heterogênea, densidade predominantemente líquida, com paredes espessadas, com realce pelo contraste, sem plano de clivagem bem definido com alças intestinais ileais. Exames laboratoriais evidenciando CEA de 4,9 e CA 19.9 de 32,89. Admitido na Santa Casa BH em 17/10 e realizado laparotomia exploradora em 19/10 que foi evidenciado grande massa tumoral originada de segmento de jejuno, com invasão da transição de retossigmoide e parede posterior da bexiga, associado ainda à duas lesões no epíplon, sugestivas de implante secundário. Realizado ressecção tumoral em bloco associado cistectomia parcial e retossigmoidectomia à Hartmann. Encaminhado ao CTI em pós-operatório imediato, permanecendo por 10 dias, encontrando-se em condições de alta hospitalar no 15º DPO. Estudo anatomopatológico evidenciou presença de células fusiformes, sugestivas de GIST, sendo solicitado imunohistoquímica com expressão dos genes Ki-97, CD117 e MIB1, compatíveis com tumor do estroma gastrointestinal, com índice de proliferação mitótica de cerca de 5%. Realizou tomografias de estadiamento para complementação medicamentosa com Imatinibe, porém foi visualizado lesão de 7,4 cm no maior eixo no segmento V do fígado, com proposta atualmente de tratamento medicamentoso por 3 meses e nova propedéutica para posterior hepatectomia segmentar e reconstrução de trânsito intestinal.</p> <p>DISCUSSÃO: Embora constituam as neoplasias mesenquimatosas mais comuns do trato gastrintestinal, os GISTS são raros. Podem se apresentar desde tumores indolentes a neoplasias agressivas. A unidade progenitora dos GISTS é uma célula intersticial do intestino, conhecidas como células de Cajal, que expressam na parede um receptor conhecido como KIT, responsável pela proliferação, adesão e apoptose. Em virtude de algumas mutações, ocorre alteração na proteína tirosina quinase que estimula a fase proliferativa e inibe a apoptose, expressando o c-KIT (CD117), resultando na doença. A ressecção cirúrgica é o principal tratamento do GIST, e em casos avançados, é necessária complementação com Imatinibe. O presente caso foi abordado de forma rápida, com ressecção cirúrgica conforme na literatura, apesar da extensão tumoral, resultando em resultados satisfatórios e a eficácia terapêutica depende exclusivamente do comportamento tumoral.</p>	<p>ADENOCARCINOMA DE PROSTATA COM EXPRESSÃO NEUROENDOCRINA E METASTASE CEREBRAL: RELATO DE CASO</p> <p>Nathalya de Souza Gonçalves, Pedro Henrique de Carvalho Mota, Patrick Castelo Branco Ramada Campos, Davi di Cavalcanti Sampaio, Virginia Brasil Dantas Feitosa, Carlos Eduardo Lopes Soares, Annya Costa Araújo de Macedo Goes, Alexandre Sabóia Leitão Júnior</p> <p><i>UFC - FORTALEZA - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de próstata é o tipo de tumor maligno mais comum em homens no mundo, excluindo-se o câncer de pele, e o segundo com maior mortalidade, atrás apenas do câncer de pulmão. Dentre os tipos de CA de próstata, o adenocarcinoma é a variante histológica mais comum, tendo prevalência em até 95% dos casos. Outra histologia existente é o adenocarcinoma com diferenciação neuroendócrina, bastante estudada devido sua agressividade e ausência de tratamentos realmente efetivos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 74 anos, em jun/2015 apresentou sintomas de obstrução do trato urinário inferior (LUTS), sendo atendido em sistema de saúde pública em cidade do interior do Ceará. Foi diagnosticado com adenocarcinoma de próstata, sendo então submetido a prostatectomia radical. Anatomopatológico mostrou adenoCA acinar usual (Gleason 5+4) com infiltração perivascular, invasão de filetes nervosos, margem uretral comprometida, margem vesical livre, vesículas seminais livres de invasão e ausência de metástases linfonodais – pT2cN0. Paciente acreditava ser benigna sua doença e, por tal motivo, não retornou para consultas de seguimento. Em ago/2018, procurou atendimento novamente em hospital no interior do Ceará, dessa vez queixando-se de quadros convulsivos e de parésia à esquerda, sendo tratado com carbamazepina 600 mg/dia. Realizada RNM de crânio, revelando lesão cística frontal à esquerda; TC de tórax, evidenciando nódulos residuais em pulmão esquerdo (maior medindo 1,3 cm) e cistos hepáticos de até 1,3 cm, e USG abdominal, mostrando cisto simples renal. Então, foi submetido a ressecção cirúrgica de lesão cerebral 13/08/18. Anatomopatológico mostrou lesão maligna indiferenciada. Foi solicitado o imunohistoquímico (IHQ) do tumor e paciente foi encaminhado para centro especializado em Fortaleza-CE. Resultado do IHQ mostrou metástase de adenoCA de próstata com expressão neuroendócrina. Após isso, foi iniciada whole brain radiotherapy (WBRT) e feito encaminhamento para Urologia. Em atendimento, negou LUTS, ao toque retal, apresentou loja prostática vazia com leve espessamento, PSA 3 ng/mL e cintilografia óssea com aumento de atividade osteogênica em ombro esquerdo.</p> <p>DISCUSSÃO: É comum que adenocarcinomas apresentem focos de diferenciação neuroendócrina, evidenciados por ensaios imunohistoquímicos, os quais utilizam como marcadores a cromogranina, sinaptofisina, enolase específica de neurônios e o CD56, por exemplo. Essa diferenciação pode ser vista em cerca 47% dos pacientes com adenocarcinomas prostático. No caso, como nosso paciente apresentou lesão tumoral Gleason 9 (muito indiferenciado) e não foi realizado ensaio imunohistoquímico, entende-se o porquê do diagnóstico da variante neuroendócrina não ter sido dado. O adenocarcinoma com expressão neuroendócrina costuma apresentar alta incidência de metástases em parênquima cerebral e em ossos, principalmente de caráter osteolíticas, apesar do paciente apresentar a forma osteoblástica.</p>
<p>PO 785-1</p> <p>TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE DELGADO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Jéssica Anjos Huang, André Luís Aquino Carvalho, Pollyana Lopes Araújo, Adryelle Carolyne Nogueira Luetz, Victor Mateus Xavier Santana, Lívia Zaiden Carvalho Martins Sá, Nadja Gabriela Soares Azevedo</p> <p><i>Hospital Regional da Asa Norte - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) são entidades clínicas raras, compondo 0,2% de todos os tumores do trato gastrointestinal (TGI) e 0,04% das neoplasias de intestino delgado. É uma condição que pode acometer qualquer sítio do TGI, sendo mais comumente encontrados no estômago (40-60%) e jejuno/íleo (25-30%). O diagnóstico pode ser dificultado devido a variedade de apresentação clínica, incluindo sintomas inespecíficos.</p> <p>RELATO DE CASO: EPS, 51 anos, masculino, deu entrada no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) referindo dor abdominal difusa, há 1 dia, em mesogástrico e hipogástrico, associada à febre com calafrios e redução do débito urinário. Negava náuseas, vômitos ou alteração no padrão intestinal. Ao exame físico, revelou-se dor abdominal à palpação profunda de fossa ilíaca direita com descompressão brusca dolorosa. Realizado exames laboratoriais, evidenciando leucocitose, e solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome, que constatou lesão expansiva sólida em alça intestinal delgada de 67mmx43mmx44mm. Submetido à laparotomia exploratória de urgência por abdome agudo inflamatório e, ao inventário de cavidade, identificada lesão pediculada (cerca de 10cmx5cm) em delgado à 60 cm do ângulo de Treitz, em borda anti-mesentérica, revestido por serosa da alça opacificada e congesta. Procedido enterectomia segmentar e aspiração de líquido ascítico para exame citológico, bem como separação de material para anatomopatológico, que evidenciou superfície heterogênea, índice mitótico de 2mitoses/50 CGA subtipo misto, de baixo grau e estadiamento pT3pNxMx. Diagnóstico confirmado por método imunohistoquímico com positividade para os marcadores CD117 (c-kit), DOG1 e CD34. No momento, paciente em seguimento com oncologia clínica e em terapia adjuvante com Imatinibe (Glivec® - NOVARTIS).</p> <p>DISCUSSÃO: A manifestação clínica mais comum do GIST de intestino delgado é dor abdominal, sangramento gastrintestinal, obstrução intestinal e massa palpável. O exame de imagem de escolha é a Tomografia Computadorizada abdominal e pélvica com contraste e a punção por agulha fina não é recomendada pelo risco de ruptura do tumor. O diagnóstico definitivo é realizado pelo exame histopatológico e imunohistoquímico, mais especificamente pelos marcadores CD117 e DOG1. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa do tumor, com margens livres e o Imatinibe é atualmente indicado como terapia adjuvante por 3-4 anos em tumores com alto risco, não sendo bem definido seu uso em tumores de risco intermediário.</p>	<p>PO 785-2</p> <p>SARCOMA GRANULOCITICO EM BASE DE PENIS EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA</p> <p>Pedro Henrique de Carvalho Mota, Nathalya de Souza Gonçalves, Carlos Eduardo Lopes Soares, Ariane Lima dos Santos, Valeska Alves Holanda, Matheus Augusto Mesquita Fernandes, Annya Costa Araújo de Macedo Goes, Rommel Prata Regadas</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Sarcoma Granulocítico (SG) é uma massa tumoral com predomínio de células precursoras de granulócitos (blastos) que ocorre em qualquer sítio fora da medula óssea, sendo mais frequente na pele, linfonodos, trato digestivo, partes moles e ossos. Trata-se de uma neoplasia rara que está associada a Leucemia Mieloide Aguda (LMA) em 2 a 8% dos casos.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 49 anos, diagnosticado com LMA secundária a Leucemia Mielomonocítica Crônica (LMMC) há 3 anos. Realizou Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) alogênico, mas evoluiu com recaída da doença. Mielograma do último ano evidenciou a aspirado medular hiper celular com 43% de blastos compatível com leucose aguda e a imunofenotipagem indicou LMA com maturação (LMA M2). Durante a recaída, notou a presença de lesão infiltrativa em base de pênis associada a hemorragia no local, hematúria, disúria, polaciúria e gotejamento urinário, o que o levou a procurar atendimento ambulatorial. Realizou ressonância magnética que evidenciou espessamento acometendo pele, fásia de Bucks e túnica albugínea à direita associada a aumento do volume de corpo cavernoso correspondente. A biópsia da lesão foi compatível com neoplasia pouco diferenciada sugestiva de Sarcoma Granulocítico. Tendo como base o diagnóstico e decisão do paciente e familiares, optou-se por quimioterapia paliativa com acompanhamento nos serviços de hematologia e urologia.</p> <p>DISCUSSÃO: Também conhecido como mieloblastoma, sarcoma linfóide e cloroma, está relacionado principalmente com os subtipos M4 e M5 de LMA. Geralmente ocorre precedendo uma LMA, durante seu curso ou após sua remissão, sendo associado à fator de mau prognóstico. O SG tem aproximadamente a mesma taxa de ocorrência em homens e mulheres. O diagnóstico é difícil, sendo obtido pelo anatomopatológico e imunohistoquímica, pois os exames de imagem são inespecíficos e podem sugerir um diagnóstico equivocado. Na imunohistoquímica, na qual a mieloperoxidase, lisozima e o CD43 mostram-se positivos. Apesar de ser um tumor extremamente raro no pênis, sua agressividade e capacidade de metástase são elevadas, sendo os principais alvos da metástase a distância: pulmão, ossos e fígado. Fator que sugere um prognóstico ruim. A terapêutica para casos de sarcoma granulocítico envolve divergências na literatura, sendo as principais indicações a quimioterapia, radioterapia e, em casos de compressão por efeito de massa do tumor, cirurgia. O SG geralmente apresenta boa resposta à radiação, no entanto, a quimioterapia sistêmica tem sido considerada a melhor estratégia terapêutica no SG, para evitar essas possíveis complicações e prolongar a sobrevida, como no caso apresentado. O comprometimento do sistema urogenital por SG é raro e as informações disponíveis na literatura são escassas, por isso, a importância de se conhecer a experiência no tratamento desse caso em urologia.</p>

PO 786-1	PO 786-2
<p>MUCOCELE GIGANTE DE APENDICE CECAL – RELATO DE CASO</p> <p>RODOLFO KALIL DE NOVAES SANTOS, ANA ELISA SANTOS DUARTE, FÁBIO PIMENTEL MARTINS, FERNANDA RODRIGUES DO ESPIRITO SANTO, GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREIA LIMA, JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JÚNIOR, JULIANO PAIVA BARBOSA, MÍRIAN ROSELI DE CARVALHO</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A mucoccele de apêndice cecal consiste em dilatação do apêndice devido a secreção mucoide acumulada. Abrange de 0,2 a 0,4% de todas as apendicectomias realizadas e é mais observada no sexo feminino. Ocorre com mais frequência na sexta década de vida e é assintomática em cerca de 25% dos casos, sendo, em grande parte, um achado incidental. O tratamento é cirúrgico, sendo a apendicectomia realizada na maior parte dos casos, e em alguns, a hemicolectomia direita. O objetivo deste trabalho foi relatar uma mucoccele gigante do apêndice, em um paciente do sexo masculino, tratada com sucesso em hospital privado de Belo Horizonte em Minas Gerais.</p> <p>RELATO DE CASO: G.S.P.C., 54 anos, masculino, submetido há dois anos à colecistectomia videolaparoscópica devido à colelitíase. Durante o procedimento, foi notada dilatação importante do apêndice cecal, não sendo realizado apendicectomia concomitantemente, uma vez que o paciente não apresentava sintomas. Posteriormente, realizou extensão de propedêutica com ultrassonografia de abdome total em 26/10/2017 evidenciando imagem anecoica, de conteúdo heterogêneo na fossa ilíaca direita de 14 cm de comprimento longitudinal. Complementou propedêutica com ressonância magnética de abdome e pelve em 26/12/2017 que confirmou uma formação cística e alongada com origem no ceco, de calibre de 3,7 cm, com extensão para pelve, sugestiva de mucoccele de apêndice. Colonoscopia sem alterações. Submetido em 04/07/2018 à videolaparoscopia, sendo evidenciado volumoso apêndice cecal, sem acometimento de base de ceco. Em virtude do tamanho da lesão, optou-se por exteriorização da mesma e realizado apendicectomia e ressecção de base de ceco, com auxílio de grameador linear cortante. Evoluiu clinicamente estável, recebendo alta no 1º dia pós-operatório. Estudo anatomopatológico do dia 06/07/2018 confirmou neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau. Atualmente, o paciente está em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva da doença.</p> <p>DISCUSSÃO: A mucoccele de apêndice pode ser classificada em quatro tipos histológicos: cisto mucinoso de retenção, mucoccele hiperplásica, cistoadenoma mucinoso e cistoadenocarcinoma mucinoso e pode ser diagnosticada ocasionalmente através de exames de imagem como ultrassonografia, tomografia e ressonância ou outro durante a realização de procedimentos cirúrgicos, como no caso acima. As complicações que podem ocorrer devido a mucoccele incluem sangramentos, obstrução intestinal e melena. A pior complicação da doença é o pseudomixoma peritoneal que consiste na disseminação de epitélio mucinoso quando ocorre ruptura do apêndice. O tratamento da mucoccele de apêndice é cirúrgico, podendo ser utilizados laparoscopia ou laparotomia exploradora, dependendo da experiência do cirurgião. Em contrapartida com a literatura, o paciente era do sexo masculino, porém se enquadrava na faixa etária, e com ausência de sintomatologia, descritas na literatura. Felizmente, o mesmo foi abordado de maneira eficaz, contribuindo para o sucesso do tratamento.</p>	<p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DE CALCULO CORALIFORME: RELATO DE CASO</p> <p>Rafael Costa De Lima, Ingrid Albuquerque Egito, Juan Fernando Ferreira Maldonado, Rony Mafrá Lima</p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Os cálculos coraliformes são cálculos que ocupam total ou parcialmente a pelve renal em vários ou todos os cálices. Eles são formados, em sua maioria, por estruvita (fosfato de amônio magnésio) e/ou carbonato de cálcio. Grande parte dos cálculos permanece infectada assim, há associação com infecções do trato urinário e risco de desenvolver sepse. Os cálculos coraliformes podem crescer rapidamente e, na ausência de tratamento, deterioram progressivamente a função renal, levando a doença renal terminal. A terapia intervencionista é mandatória.</p> <p>RELATO DE CASO: F.C.N, 36 anos, sexo masculino, é admitido em Hospital Público do Distrito Federal com lombalgia intensa e hematúria há três dias. Relato de internações prévias com quadro semelhante e infecções urinárias de repetição. Ao exame, apresentava sinal de Giordano bilateralmente. Foi submetido a tomografia de abdome sem contraste que evidenciou cálculo coraliforme no grupamento calciano inferior do rim direito de cerca de 30 mm e microlitíase menor que 2 mm no grupamento calciano superior do rim esquerdo. Evoluiu com dor refratária à analgesia otimizada. As técnicas cirúrgicas possíveis para abordagem do caso foram discutidas, sendo levantadas três alternativas: nefrolitotripsia percutânea, piololitotomia aberta ou videolaparoscópica. Diante da dificuldade logística de realizar o procedimento percutâneo ou laparoscópico no âmbito do serviço público de saúde, optou-se, em conjunto com o paciente, pela cirurgia aberta, sendo esclarecidas a técnica e suas possíveis complicações. Após o procedimento, o paciente evoluiu em bom estado geral, recebendo alta com orientações.</p> <p>DISCUSSÃO: Nas últimas duas décadas, houve avanço significativo no tratamento clínico-cirúrgico da litíase biliar. Os cálculos coraliformes comumente determinam a necessidade de terapia cirúrgica em virtude de seu tamanho, localização e relação com infecção. As principais técnicas cirúrgicas utilizadas são: Nefrolitotomia Percutânea (NLPC), Litotripsia por ondas de choque, Cirurgia Ureterorrenal Aberta ou Videolaparoscópica. Além da característica do cálculo, outros fatores influenciam na escolha terapêutica, como: comorbidades, particularidades anatômicas, meios técnicos disponíveis e custo-benefício. Sabe-se que a abordagem minimamente invasiva têm sido preferida à modalidade aberta, pois mantém o sucesso desta com benefícios adicionais na eficácia, custos e redução importante da morbidade associada. O procedimento padrão-ouro para cálculos renais de grandes dimensões como os coraliformes é a NLPC uma vez que garante a retirada completa do cálculo, identificação/remoção de pequenos fragmentos e inspeções repetidas além de ser rápida e encurtar o tempo de internação. A abordagem aberta é exceção, sendo reservada aos casos de remoção de rim unilateral, cronicamente infectado, atrófico ou disfuncionante. Diante das inúmeras vantagens da NLPC, torna-se imprescindível sua ampla disponibilidade nos Hospitais especializados.</p>
<p>PO 787-1</p> <p>ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO</p> <p>Mariana Angelica Berardi Cioffi, João Gabriel Mello Ramos, Gabriela Diesel Silveira, Paulo Eduardo Macedo Caruso, Alexandre Deves, Marco Aurelio Azevedo Casanova, Leonardo Castilho, Mara Regina Campello</p> <p><i>Hospital Universitario Dr Miguel Riet Correa Junior - Rio Grande - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O íleo biliar (IB) é a obstrução mecânica do trato gastrointestinal provocado pela impactação de um ou mais cálculos na luz intestinal. Condição rara, responsável por 1 a 3% das obstruções intestinais não malignas, e 25% dos casos de obstrução em pacientes com mais de 65 anos¹. Na maioria dos casos a doença calculosa biliar é assintomática, tendo o diagnóstico acidental em exames de imagem².</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 75 anos, diabética, hipertensa, obesa, com história prévia de colelitíase, admitida no Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Universitário, com queixa de dor em hipocôndrio direito tipo cólica associada a náuseas, vômitos e febre. Apresentava sinal de Murphy positivo e leucocitose com desvio. Foi internada para tratamento clínico de colecistite aguda. No terceiro dia de internação, iniciou quadro de distensão abdominal, com dor difusa, sem sinais de irritação peritoneal, com parada de eliminação de gases e fezes, também apresentava rebaixamento de sensório. Nos exames laboratoriais apresentava distúrbios hidroeletrólitos. No raio-x de abdome evidenciou-se distensão de alças com níveis hidroaéreos e na tomografia de abdome constatou-se aerobilia e cálculo de aproximadamente 3cm impactado em íleo terminal. Com o diagnóstico de íleo biliar, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora. No procedimento cirúrgico optou-se por enterolitotomia com enterorrafia, sem manipulação da vesícula biliar. O cálculo de aproximadamente 3 cm de diâmetro foi encontrado em íleo terminal, não havendo sinais de sofrimento em alça, após a remoção do cálculo foi realizada ordenha do segmento intestinal para a retirada de cálculos menores. A antibioticoterapia foi feita com a utilização de Ampicilina, Metronidazol e Gentamicina, com doses ajustadas conforme a função renal. A paciente permaneceu no pós-operatório em UTI, devido ao seu estado clínico (sepse e insuficiência renal). Recebeu alta no trigésimo quinto dia pós-operatório em bom estado geral e manteve acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.</p> <p>DISCUSSÃO: O IB ocorre predominantemente no sexo feminino, devido a maior incidência de litíase vesicular¹. O diagnóstico do IB é difícil de ser feito clinicamente devido a inespecificidade dos sintomas, que podem ser facilmente confundidos com colecistite. O diagnóstico pré-operatório é em torno de 20 a 50%. O raio-x de abdome agudo é uma importante ferramenta no diagnóstico de obstrução, mostrando distensão de alças, padrão empilhamento de moedas, níveis hidroaéreos e ar na topografia da VB. O exame tomográfico tem uma sensibilidade de 93%, mostrando cálculos ectópicos e pneumobilia³. Além da enterolitotomia, recomenda-se a abordagem da fistula colecistoentérica no mesmo tempo cirúrgico, já que existe a possibilidade de íleo recorrente, colecistite, colangite e carcinoma de vesícula biliar. Porém, na presença de processo inflamatório intenso existe o risco de lesões iatrogênicas graves⁴.</p>	<p>PO 787-2</p> <p>CARCINOMA ESCAMOCELULAR EM REGIÃO PENIANA INVASIVO EM ÁREAS ATÍPICAS E DIFERENCIADO: RELATO DE CASO</p> <p>Isabella Cristina Muniz Honorato, Daniel Amorim Ricarte Oliveira, Laís Angélica Diniz Souto, Stephania Kiyoka Mine Mesquita, Natália Ribeiro Viana, Tássia Campos Lima e Silva</p> <p><i>UNIPÊ - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de pênis é uma neoplasia rara e de etiologia multifatorial. A incidência está relacionada ao diagnóstico tardio, a falta ou fragilidade das ações de educação em saúde em certas localidades e também pelas condições socioeconômicas precárias que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde. Portanto, pela relevância, tem-se o intuito de relatar o caso e aprofundar sobre o tema.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 48 anos, técnico de refrigeração, natural e procedente de Recife-PE, sem comorbidades, PS KARNOFSKY 90%. Na admissão, o paciente apresentava dor intensa e edema em testículo esquerdo e referia presença de nódulo palpável em corpo de pênis há anos. Retornou ao serviço após cistostomia cirúrgica realizada em junho de 2018. Antecedentes: trauma genital corto-contuso há três anos com episódios recorrentes de retenção urinária aguda. No exame físico apresentava abdome flácido, indolor, sem massa palpável ou irritação peritoneal. Massa palpável endurecida ao longo do corpo peniano e em base. Testículos e epidídimos palpáveis. Linfonodos inguinais palpáveis bilateralmente. USG de bolsa escrotal com doppler, com coleção de 3,3 X 2,2 cm em região inferior de bolsa escrotal e perineal. RNM com contraste, evidenciando múltiplas formações de aspecto lobulado e expansivo localizadas nos corpos cavernosos e esponjoso difusamente, inclusive na base do pênis. Lesão com extensão além túnica albugínea para a pele e também com sinais de acometimento de uretra bulbar e peniana. Acometimento extrapeniano na região junto à base do pênis e inferiormente na linha média, além de gordura perineal, parte posterior e rafe de bolsa escrotal. Múltiplos linfonodos megálicos nas cadeias ilíacas externas bilateralmente e em ambas as regiões inguinais de até 1,4 cm. Hidrocele bilateral. Realizada uretoscopia com biópsia de lesão de corpo cavernoso e região perineal, com saída de 30ml de secreção purulenta. O histopatológico evidenciou carcinoma escamocelular invasivo bem diferenciado com reação inflamatória crônica adjacente ao períneo. A conduta foi a emasculação com linfadenectomia inguinal bilateral.</p> <p>DISCUSSÃO: conforme sistema de classificação Tumor Nódulo Metástase o estadiamento depende das estruturas anatômicas acometidas. O caso em questão torna-se raro, pois geralmente o tumor peniano acomete de forma vegetante e é mais comum em idosos. Apesar de baixas evidências científicas devido a um número limitado de publicações, o tratamento mais indicado para lesões extensas de Câncer de pênis é a amputação parcial ou total. Portanto, a conduta adotada está de acordo com o guidelines National Comprehensive Cancer Network 2018, constituindo a emasculação e linfadenectomia inguinal bilateral. Assim, é importante ressaltar que em alguns casos há a associação com radioterapia e quimioterapia, porém nesse caso não houve a necessidade de terapia adjuvante, já que a peça retirada no estudo anatomopatológico possuía bordas livres.</p>

PO 788-1	PO 789-1
<p>GOSSIPIBOMA MANIFESTADO POS HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO</p> <p>JANDERSON ALMEIDA, RÔMULO CÉZAR MOURA VIDAL, BIANCA NOLETO MAHMOUD ALI, MATHEUS ALVES PEREIRA</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Gossipiboma é uma iatrogenia que consiste em uma tumoração originada a partir de uma matriz de algodão envolta por uma reação inflamatória do tipo granulomatosa. O corpo estranho pode servir para a proliferação de microorganismos, sendo a resposta primária uma produção asséptica de fibrina com formação de aderências e a secundária, exsudativa, com formação de abscessos e fístulas. Sua incidência está em torno de 0,15% a 0,2% e a taxa de mortalidade varia de 10% a 18%. As manifestações clínicas incluem: febre, íleo com motilidade diminuída, massa palpável com ou sem reação peritoneal, episódio de semioclusão intestinal e abscessos e fístulas abdominais espontâneos. Dentre as complicações encontram-se a formação de fístula, a septicemia e o abscesso intrabdominal, sendo o último mais frequente e com necessidade de remoção cirúrgica. O objetivo desse trabalho é ratificar a apresentação do gossipiboma e a dimensão de seus diagnósticos diferenciais.</p> <p>RELATO DE CASO: I.C.F.S, mulher, 54 anos, foi ao consultório com queixa principal de dor à palpação localizada no flanco direito, colelitíase e hérnia umbilical. Ex. fis.: tumoração dolorosa em flanco direito. Relatou, em sua história prévia, histerectomia há 4 anos, cirurgia prévia de tumor uterino hemorrágico, 2 cesarianas e herniorrafia de hiato há 7 anos. A Ressonância Magnética do abdome e pelve demonstrou lesão intraperitoneal com contornos regulares e bem definidos, localizada no flanco direito, lateral à bifurcação das ilíacas, exibindo sinal heterogêneo nas imagens ponderadas em T2. Vesícula Biliar contendo cálculo, medindo 88 x 65 x 87 mm e volume de 265 cm3. Pequena hérnia hiatal. Pequena hérnia umbilical de 10 mm. Foi realizada laparoscopia exploradora com incisões na cicatriz umbilical, apêndice xifóide e subcostal direita, com exérese de corpo estranho, identificado como material têxtil de cor branca, semelhante a uma compressa cirúrgica, esquecido na histerectomia há 4 anos. Houve aderência em pequena parte do jejuno que teve de ser ressecada durante a laparoscopia.</p> <p>DISCUSSÃO: Um importante aspecto da presença de um gossipiboma é a existência de uma reação inflamatória bacteriana intensa, originada de um corpo estranho contaminado deixado na cavidade abdominal e que pode levar a isquemia e necrose do tecido. Os principais diagnósticos diferenciais incluem lesões neoplásicas, fecalomas, abscessos, hematomas, aderências pós-operatórias, paniculite mesentérica, invaginação intestinal e materiais hemostáticos absorvíveis. Os métodos operatórios necessitam de mais cautela e novas tecnologias preventivas, como a utilização de códigos de barras nos materiais específicos, a fim de evitar o esquecimento e a dupla contagem de materiais.</p>	<p>RELATO DE CASO: GIST EM DELGADO</p> <p>FERNANDA CASTRILLON LEIVA ROLIM, EDUARDO GARCIA ARRUDA, ANDRE LUIS SILVA AMARAL, RENATA FORNACIARI LARA</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR.ANTONIO FONTES - CÁCERES - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: EMBORA RELATIVAMENTE RAROS, OS TUMORES ESTROMAIS DO TRATO GASTROINTESTINAL COMPREENDEM A MAIORIA DOS TUMORES MESENUQUAIS DO TRATO DIGESTÓRIO, COM PREDOMÍNIO ENTRE A QUINTA E SÉTIMA DÉCADA DE VIDA, DISTRIBUIÇÃO SIMILAR ENTRE HOMENS E MULHERES. APRESENTAM COM UMA AMPLA VARIEDADE DE APRESENTAÇÃO CLÍNICA, DESDE TUMORES ASSINTOMÁTICOS, DIAGNOSTICADOS INCIDENTALMENTE, BEM COMO TUMORES DE COMPORTAMENTO AGRESSIVO. RELATA-SE UM CASO CLÍNICO DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL(GIST) DE INTESTINO DELGADO EM PACIENTE IDOSO QUE SE APRESENTOU COM QUADRO DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO.</p> <p>RELATO DE CASO: PACIENTE P.R.M,57 ANOS,BRANCO,CASADO, APOSENTADO, COMERCIANTE, HIPERTENSO, DIABÉTICO ADMITIDO NO HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES COM HISTÓRICO DE DOR EM FID ASSOCIADA A FEBRE, ASTENIA, HIPOREXIA E HEMATOQUEZIA HA OITO DIAS. NEGA QUEIXAS URINARIAS, NEGA PERDA PONDERAL,NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.NEGA ETILISMO OU TABAGISMO. AO EXAME FÍSICO: BOM ESTADO GERAL, LÚCIDO,ORIENTADO,EUPNEICO, HIPOCORADO +4+, AFEBRIL, HIDRATADO, CARDIO-VASCULAR E RESPIRATÓRIO SEM ANORMALIDADES, ABDOME SEMIGLOBOSO,FLÁCIDO, HERNIA UMBILICAL REDUTIVEL APROX 1,5CM, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, DOR A PALPAÇÃO EM FID, BLUMBERG+. SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGLOBINA 10,2 ,HEMATOCRITO 31,6; LEUC 8600, BASTOES 0%, PCR 24,0, USG DE ABDOME INCONCLUSIVO. SEM UM DIAGNÓSTICO FIRMADO,FOI PROGRAMADA UMA LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA. DURANTE INVENTÁRIO DA CAVIDADE IDENTIFICADA PRESENÇA DE TUMORAÇÃO EM DELGADO À 40CM DO ANGULO DE TREITZ, BLOQUEADO POR OMENTO E APENDICE VERMIFORME.SUBMETIDO A RESSECÇÃO EM BLOCO E COM MARGEM DA TUMORAÇÃO DE DELGADO,OMENTECTOMIA E APENDICECTOMIA, EM SEGUIDA REALIZADA ENTEROANASTOMOSE. A IMUNOISTOQUIMICA TEVE RESULTADO POSITIVO PARA C-KIT(CD117), AML(1A4). OS ACHADOS IMUNOISTOQUÍMICOS ASSOCIADOS AOS ACHADOS HISTOLÓGICOS FORAM COMPATÍVEIS COM TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL COM CÉLULAS FUSIFORMES E EPITELÓIDES. PACIENTE APRESENTOU BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA,TENDO ALTA NO 9º POS OPERATÓRIO COM ENCAMINHAMENTO PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL.</p> <p>DISCUSSÃO: OS TUMORES GASTROESTROMAIS COMPREENDE EM MENOS DE 1% DOS TUMORES DO TRATO GASTROINTESTINAL SENDO SINTOMÁTICOS NA MAIORIA DOS CASOS. ENTRE OS PRINCIPAIS SINTOMAS INCLUEM MASSA ABDOMINAL PALPÁVEL, HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL E DOR ABDOMINAL. NESTE CASO APRESENTADO TIVEMOS UM PACIENTE DENTRO DA FAIXA ETÁRIA MAIS COMUM,APRESENTANDO QUADRO DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO ASSOCIADO A MELENA.DURANTE LAPAROTOMIA SENDO IDENTIFICADA MASSA EM DELGADO, POSTERIORMENTE CONFIRMADO GIST PELA IMUNOISTOQUIMICA. CONCLUINDO,PODEMOS TER O GIST COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS.</p>
<p>PO 789-2</p> <p>ADENOMA DE COLON SIMULANDO TUMOR DE ÚRACO</p> <p>Adriana Cristina Vianna Alvarenga, Aline Vaz Borges, Nayara de Arruda Cáceres, Bruno Cesar Dias, Matheus Vieira Dos Santos, Gustavo Paiva, Julia Paula de Sant'anna Fabris, Felipe Guilherme Mann</p> <p><i>Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O câncer de uraco tem incidência mundial de 0,01% e representa 0,34% dos tumores de bexiga. Acomete preferencialmente homens, brancos, entre a 5ª e 6ª década, sem relação clara com o tabagismo. Cerca de 90% são adenocarcinomas, com diferenciação e comportamento próximos ao epitélio intestinal, sendo diagnosticados em estágios avançados pela pobreza de sintomas. O objetivo desse estudo é relatar o caso atípico de uma paciente com carcinoma de uraco.</p> <p>RELATO DE CASO: N.S.B., 43 anos, feminino, procurou o HSPE devido a quadro de dor tipo cólica recidivante em flancos, intensidade moderada, associada a três episódios de hematúria macroscópica iniciados há três meses, associado a perda de 16 kg. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com dor a palpação de hipogástrio, sem sinais de peritonite. Presença de massa aderida em região hipogástrica com diâmetro aproximado de 10x10 cm. A ultrassonografia de abdome evidenciou volumosa massa heterogênea sólido-cística de contornos irregulares, ocupando toda região pélvica. Tomografia de abdome e ressonância, mostraram lesão expansiva sólida e heterogênea, anterior na cavidade pélvica, superior a bexiga urinária e anterior ao útero, medindo 10,6x9,8 x9,5 cm, sem nítidos planos de clivagem com a bexiga urinária, com a fásia posterior do reto abdominal e com a serosa uterina anterior, e envolve ainda o cólon sigmoide e alças de delgado adjacentes. Colonoscopia evidenciou compressão extrínseca em sigmoide. Tomografia de tórax sem alterações. CEA, CA19.9 e CA 125 normais. A cistoscopia identificou lesão em cúpula vesical, com aspecto infiltrativo eritematoso. Durante a cirurgia, evidenciou-se infiltração da cúpula vesical, corpo uterino e cólon sigmoide. Realizada ressecção em bloco da cúpula vesical, histerectomia subtotal, salpingooforectomia bilateral e retossigmoidectomia. Após o procedimento, permaneceu 3 dias na UTI. Retorno ao transit intestinal no 8º dia, e alta hospitalar com sonda vesical no 10ºPO, sendo retirada no 30ºPO. A anatomia patológica demonstrou adenoma tubular com displasia de baixo grau.</p> <p>DISCUSSÃO: Recomenda-se para o diagnóstico a cistoscopia com biópsia, tomografia e ressonância magnética de abdome e pelve, somada a imagem do tórax, para exclusão de metástase pulmonar (Behrendt et al). O achado de calcificação do tumor, espessamento da bexiga ou massa heterogênea em topografia de uraco podem sugerir o diagnóstico. Pode haver elevação do CA19.9, CA 125, CEA. Recomenda-se que pacientes com tumor infiltrativo, localizado em cúpula da bexiga associados a hematúria e classificados como adenocarcinoma, sejam conduzidos como neoplasia de uraco até biópsia. Nesse caso, o achado pré-maligno não permitiu estadiamento. O tratamento padrão é cirúrgico, com ressecção incluindo cúpula da bexiga, uraco e umbigo. A linfadenectomia não é consenso. Nesta paciente, não se optou pela linfadenectomia, com objetivo de preservar autonomia, reduzir o tempo cirúrgico e o prejuízo estético.</p>	<p>PO 790-1</p> <p>RELATO DE DOIS CASOS DE LIPOSSARCOMA</p> <p>Sérgio Mariano Zuazo, Rafael Gobbato Bandão Cavalcanti, Pedro Victor Gomes Oliveira, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira, Ana Virginia Ferreira Figueira, Adriano Pamplona Torres, Larissa Machado e Silva Gormide</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O lipossarcoma é uma neoplasia maligna rara do tecido adiposo. Pouco mais de 1/3 dos lipossarcomas se encontra na cavidade abdominal e, devido à lenta taxa de crescimento e poucos sinais clínicos, podem se tornar tumores volumosos, levando a complicações locais e à invasão da cavidade pélvica ou torácica. A ressecção cirúrgica completa ainda é o tratamento mais efetivo. Contudo, a taxa de recidiva é superior a 70%, sendo a causa mais comum de mortalidade nesses pacientes. Nessa série de casos, avaliamos 2 pacientes, cada um representando uma característica dos lipossarcomas de cavidade abdominal.</p> <p>RELATO DE CASO: A.F.F, 70 anos, masculino, sem comorbidades, admitido no centro de pronto atendimento do hospital universitário de Brasília, com queixa de dor em hipocôndrio direito, associado a dispnéia, febre vespertina e perda ponderal de 10 kg nos últimos 6 meses. Tomografias computadorizadas de tórax e abdome evidenciavam: lesão expansiva sólida gordurosa em epigastro, localizada anterior ao estômago e superior ao cólon transverso, e componente que insinua-se pelo hiato esofágico para a cavidade torácica. O componente intra abdominal mede 22x12x18cm e o intra torácico 10x7x10cm. Realizada laparotomia exploradora, esternotomia e cervicotomia para retirada de lipossarcoma. No 12o dia pós operatório (DPO), foi reabordado quadro de fístula duodenal, corrigido com sutura e jejunostomia. Evoluiu mal no pós operatório em UTI, com seps e insuficiência renal aguda, falecendo no 42o DPO. G.F.R, 52 anos, masculino, sem comorbidades prévias. Em 2013, após quadro de dor abdominal e massa palpável, foi submetido a cirurgia para exérese de uma lesão retroperitoneal em hipocôndrio esquerdo. Exame anatomopatológico da lesão a identificou como lipossarcoma bem diferenciado. Desde então, foram necessárias 4 reabordagens cirúrgicas devido a recidivas. Associadas às exéreses das lesões, foram necessárias a realização de uma pancreatocomia distal e esplenectomia, devido ao acometimento dessas estruturas pelo lipossarcoma. O paciente se encontra assintomático desde o primeiro procedimento e evoluiu bem durante as operações e nos pós operatórios.</p> <p>DISCUSSÃO: O Lipossarcoma intra-abdominal é uma doença maligna, e apresenta um comportamento deletério à homeostase dos pacientes por ela acometidos. Este trabalho pôde evidenciar aspectos importantes para o entendimento desta patologia, como: crescimento, recidiva e invasão compartimental. Entende-se - com isso - que essas 3 marcas complicam o manejo dos pacientes, podendo acarretar em desdobramentos outros além exérese da massa tumoral isolada. Uma investigação diagnóstica assertiva para melhor abordagem de cada caso se faz necessária, a fim de tratar a doença de base e controlar os sintomas, proporcionando qualidade de vida ao paciente.</p>

PO 791-1	PO 791-2
<p>COLECTOMIA TOTAL E ILEOSTOMIA EM PACIENTE ADULTO COM INTUSSUSCEPÇÃO POR NEOPLASIA COLORRETAL: UM RELATO DE CASO</p> <p>JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, DRIELLY NUNES RIBEIRO, RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS, JOÃO PEREIRA DE ASSIS NETO, Naiaily Nunes RIBEIRO, KERGINALDO GONDIM DOS SANTOS FILHO, Adriano Dias TRAJANO</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é definida pela invaginação de um segmento do intestino proximal para lúmen do segmento intestinal adjacente, comumente encontrado em crianças e raramente ocorrendo em adultos (<5%). Em qualquer faixa etária ocorre mais comumente no intestino delgado, sendo caráter maligno mais comum no adulto. O diagnóstico precoce é difícil em virtude da sintomatologia abdominal inespecífica, sendo que poucos casos se apresentam com a tríade clássica de vômitos, dor abdominal e sangramento retal.</p> <p>RELATO DE CASO: D.F.S., 45 anos, masculino, pardo, natural de João Pessoa - PB, morador de rua, deu entrada no Pronto-Socorro do Complexo Hospitalar Mangabeira Tarcisio Burty (CHMTB), com queixa de dor abdominal difusa há dois dias, associado a náuseas, vômitos e diarreia mucossanguinolenta. Antecedentes de etilismo e tabagismo crônico. Amputação pós trauma de membro inferior direito há 5 anos. Ao exame físico: estado geral regular, lúcido e orientado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico, corado, desidratado. Aparelho cardiopulmonar sem alterações, abdome semi-globoso, distendido, doloroso a palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Presença de massa palpável em quadrante inferior esquerdo, ruídos hidroaéreos normoativos. Ao toque retal com sangue em dedo de luva. Exames laboratoriais demonstraram discreta hiponatremia e hipocalcemia e tomografia computadorizada de abdome evidenciava um sinal radiológico "em alvo", indicativo de intussuscepção colorretal. Por fim, o paciente foi submetido à laparotomia exploratória que teve como achado um tumor de ceco invaginado até a parte superior do reto. Foi optado por realização de colectomia total e ileostomia terminal. Paciente evoluiu sem intercorrências, com melhora progressiva, recebendo alta por volta do 6 dia de pós-operatório com orientações sobre seu retorno.</p> <p>DISCUSSÃO: Frente as séries atuais, em média 90% dos pacientes adultos existe uma causa anatômica ou patológica subjacente há intussuscepção; ficando às lesões do segmento distal do intestino mais comum acometimento; o caso abordado refere-se a porção colorretal, o que fala a favor de etiologia maligna. No padrão de achados do caso, a dor abdominal predomina como o sintoma mais comum, seguido de inespecíficos fezes mucossanguinolentas (ou hematoquezia) e náuseas, respeitando a tríade clássica dos intercorrentes. Ao exame de imagem gastrointestinal contrastado ou ultrassonográfico é possível visualização do clássico "sinal do alvo/mola em espiral", o qual embora não seja patognomônico é um critério forte indutivo ao diagnóstico, corroborando com a clínica do paciente. Em relação ao tratamento, embora ainda dubitável na literatura, instituiu-se a ressecção cirúrgica, seguindo os protocolos da cirurgia oncológica, levando em pauta ser lesão patológica provavelmente maligna, tornando-se ineficiente redução prévia, devido chance de disseminação tumoral intraluminal/venosa durante manipulação.</p>	<p>RELATO DE CASO CARCINOMA RENAL SARCOMATOIDE: TUMOR AGRESSIVO E INCOMUM</p> <p>Cláudia Fernanda Camini, Henrique Augusto Spies Adamy, Marcelino Paiva Martins, Rene Augusto Weirich, Sílvia Casanova Baldissera, Flávio Luise Bressan</p> <p><i>Centro Universitário FAG/ CEONC - Cascavel - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Carcinoma Renal Sarcomatoide (CRS) faz parte de um grupo raro e com alta malignidade do Carcinoma Renal, que engloba de 5-7% dos casos. Possui características morfológicas e/ou Imunohistoquímicas que evidenciam tanto componentes epiteliais (carcinomatosos) quanto mesenquimais (sarcomatoides), o que os diferenciam do sarcoma renal propriamente dito. São frequentemente estudados devido ao seu fenótipo agressivo, aliado ao diagnóstico tardio e à baixa taxa de sobrevivência dos pacientes por ele acometidos. Além disso, o CRS tem uma baixa resposta à quimioterapia citotóxica, citocinas e outras terapias adjuvantes. Dessa forma, este trabalho objetiva descrever um desses casos, em que foi diagnosticado um CRS.</p> <p>RELATO DE CASO: O paciente J.J.S de 72 anos, procurou atendimento de saúde com um quadro de hematúria macroscópica por um período de dois meses o qual foi confirmado por um exame de urina tipo 1. Foram realizados também exames como cistoscopia e Antígeno Prostático Específico (PSA) cujos resultados foram normal e <2.5 respectivamente. Além desses exames, foi solicitada uma tomografia de abdome a qual evidenciou a presença de massa tumoral no rim direito, associado a adenomegalias retroperitoneais aorto-cavais. O paciente foi então submetido a uma nefrectomia radical com linfadenectomia retroperitoneal aorto-caval, bem como dos vasos ilíacos ipsilaterais. O exame anatomopatológico evidenciou a presença de carcinoma sarcomatoide pT2 (in situ) pN1 (com comprometimento dos linfonodos regionais). Atualmente, o paciente encontra-se em tratamento oncológico adjuvante.</p> <p>DISCUSSÃO: Sabe-se que o CRS é uma oncopatologia bastante agressiva, e suas manifestações clínicas se dão, em grande parte, em estágios avançados da doença. Por apresentar-se de tal maneira, seu tratamento deve ser realizado logo após o diagnóstico e, na maioria das situações, recomenda-se a nefrectomia associada a terapia oncológica adjuvante. Entretanto, sua resposta aos tratamentos eventuais não tem se mostrado muito eficiente, conferindo, em média, uma sobrevida que varia de 6 meses a 5 anos. Sendo assim, devido à baixa incidência dessa doença entre os tipos de câncer renal e em virtude da baixa resposta aos tratamentos hoje disponibilizados, nota-se a relevância deste caso.</p>
<p>PO 792-1</p> <p>TRATAMENTO DE SÍNDROME DO INTESTINO CURTO COM APENAS DIETA ORAL: RELATO DE CASO</p> <p>Gabriela Lima Alves, Guilherme Eustáquio Rodrigues, Felipe Massão Estima, Felipe Cândido Borges, Yan Barreto Jardim, Gabriele Castro Marçal, Everton Dias Junior</p> <p><i>Universidade de Uberaba - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A síndrome do intestino curto (SIC) resulta de um comprimento total de intestino delgado que é inadequado para manter as necessidades nutricionais básicas. Em adultos, cerca de 75% dos casos de SIC devem-se às ressecções intestinais máciças, relacionadas a infarto mesentérico, vôlvo de intestino delgado, lesão traumática dos vasos mesentéricos e bridas. Em geral, observa-se a síndrome em pacientes com ressecções maiores que 70% de delgado ou remanescente menor que 200 cm, com pior prognóstico se associado ao comprometimento do íleo terminal. Um intestino remanescente com comprimento inferior à 50 cm de jejuno-íleo em adultos, está associado à uma mortalidade de 43% em 5 anos. Diante disso, o objetivo deste relato é apresentar um caso de SIC com evolução pós-operatória favorável.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J. I. A. de 57 anos, sem comorbidades, com história de episódios recorrentes de semi-oclusão intestinal associado à resposta parcial ao tratamento clínico há cerca de quatro anos. Possuindo antecedente de três procedimentos cirúrgicos abdominais prévios. Deu entrada em nosso serviço em vigência de novo episódio de dor abdominal difusa tipo cólica, associada a distensão e vômitos de conteúdo entérico há dois dias, porém mantendo flatos. Negava febre, alterações urinárias e ginecológicas. Ao exame, apresentava distensão abdominal, dor difusa à palpação, timpanismo, ruídos hidroaéreos aumentados, sem massas ou visceromegalias. Sem sinais de peritonite. Durante a propedêutica, rotina laboratorial sem alterações significativas. Radiografia de abdome agudo evidenciando distensão e níveis hidroaéreos em alças de delgado e ausência de ar em ampola retal. Iniciadas medidas clínicas, com resposta não satisfatória. Realizou-se tomografia computadorizada de abdome total com contraste, com sinais de abdome agudo obstrutivo, sem identificação de ponto exato de obstrução. Indicada a laparotomia exploradora sendo observado alças de delgado bloqueadas por extensas aderências rígidas. Procedeu-se a enterectomia com preservação de 75 cm de jejuno e anastomose latero-lateral ao cólon transversal. Paciente apresentou evolução favorável sem necessidade de dieta parenteral ou enteral, com alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório. Mantém acompanhamento nutricional ambulatorial sem alterações laboratoriais importantes.</p> <p>DISCUSSÃO: As consequências fisiopatológicas após ressecção intestinal dependem do comprimento e do local da ressecção. A preservação de menos de 100 cm de delgado provavelmente resultará na necessidade de nutrição parenteral. Entretanto, quando se mantém pelo menos 50 cm de jejuno-íleo com anastomose ao cólon a provável via de nutrição final será a oral. Enfim, associa-se a evolução favorável da paciente, apesar da extensa ressecção intestinal, à preservação de grande parte do cólon com anastomose primária. A literatura para os cuidados nutricionais pós-operatórios de pacientes com SIC ainda é escassa. Ressalta-se a necessidade de mais estudos.</p>	<p>PO 792-2</p> <p>INFARTO TESTICULAR SEGMENTAR: UM RELATO DE CASO</p> <p>Júlia Paula de Sant'Anna Fabris, Aline Vaz Borges, Julia Kranich, André Emanuel Lunkes de Oliveira, Fernando Meyer, Matheus Vieira dos Santos, Nayara de Arruda Cáceres, Felipe Guilherme Mann</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O infarto testicular segmentar é uma condição rara que geralmente acomete pacientes entre 20 e 40 anos. Considerado, clínica e radiologicamente, semelhante a um tumor, a etiologia desse infarto é principalmente idiopática, mas pode apresentar fatores predisponentes como epididimorquite aguda, distúrbios vasculares locais, aneige de hipersensibilidade, trauma ou complicação pós-cirúrgica. O diagnóstico é feito com base em exames de imagem, sendo o Eco Doppler o exame de escolha, mas podendo ser necessários outros exames para complementação diagnóstica.</p> <p>RELATO DE CASO: Masculino, 35 anos, história familiar não relevante. Nega tabagismo e é etilista social. Relata orquialgia súbita à direita, com 8 horas de evolução. Sem queixas urinárias ou trauma testicular prévio e sem sintomas semelhantes no passado. Na consulta, relatou dor de menor intensidade em relação ao quadro inicial sem uso de analgésicos. Ao exame físico, referiu dor à palpação do testículo direito e dor à elevação testicular (Sinal de Prehn ausente). Foi realizado Eco Doppler escrotal, o qual constatou textura heterogênea e um nódulo sólido testicular direito, ocupando os terços inferiores do parênquima e de dimensões 3,8 x 2,5 x 2,5cm. Também evidenciou alteração do fluxo do parênquima, delineando a imagem nodular. Em seguida, foi realizada ressonância magnética de abdome e pelve, que identificou nódulo ovalado e lobulado do testículo direito, de dimensões 4 x 3cm, com hipersinal heterogêneo na sequência em T2 e hiposinal em T1, com impregnação periférica ao contraste IV. Na tomografia de tórax não houve evidência de metástase. Exames laboratoriais demonstraram elevação da PCR ultrassensível (3,51mg/dL) e demais exames laboratoriais normais. Assim, foi decidido pela realização da orquiectomia radical com prótese testicular. Ao exame anatomopatológico observou-se lesão totalmente necrótica, sem invasão vascular, perineural e capsular, constatando o infarto testicular segmentar. Epididímo e rede testis estavam livres de lesão e o parênquima testicular residual atrófico.</p> <p>DISCUSSÃO: O infarto testicular segmentar é uma causa de simulação de tumor do testículo e deve ser pensado como diagnóstico diferencial em casos de massas testiculares. Um início agudo da orquialgia com níveis normais de marcadores tumorais e inflamatórios, associado a presença de lesão heterogênea hipoeica avascular em forma de cunha no Eco Doppler colorido é altamente sugestivo de infarto testicular segmentar. Os achados deste estudo confluem com achados de Aquino et al, e trabalhos anteriores, que entendem que os aspectos clínicos e radiológicos de um caso devem ser bem considerados para evitar orquiectomia desnecessária, indicada apenas em casos selecionados ou em caso de dúvida diagnóstica. Comumente, o diagnóstico será incerto, sendo o ideal, de acordo com Ernst et al (2018), a exploração cirúrgica com exame de congelamento para descartar malignidade seguramente e, em caso de tecido vital suficiente, deve ser preservado o testículo.</p>

PO 793-1	PO 794-1
<p>TÍTULO: EVISCERAÇÃO TRANSVAGINAL - RELATO DE CASO TEMA: URGÊNCIAS NAO-TRAUMÁTICAS, INTESTINO DELGADO FORMA DE APRESENTAÇÃO: POSTER-RELATO DE CASO AUTORES: TERESA CRISTINA ALVES DUARTE¹; SERGIO MARIANO ZUAZO¹; FERNANDO FONTES SOUSA²; ANDREA PEDROSA</p> <p>Sérgio Mariano Zuazo, Teresa Cristina Alves Duarte, Fernando Fontes Sousa, Andrea Pedrosa Ribeiro Alves, Stênio Meirelles de Carvalho</p> <p><i>Hospital Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A evisceração transvaginal é uma complicação rara, em geral secundária a Histerectomia Transvaginal (HTV)¹. A HTV é aceita na literatura como primeira escolha para manejo cirúrgico de afecções uterinas benignas², apresentando menores taxas de complicações e menor tempo de internação³.</p> <p>RELATO DE CASO: CFB, 67 anos, sexo feminino, viúva, compareceu ao pronto socorro de ginecologia do HUB em 01/02/2019 com queixa de dor intensa em baixo ventre, com início após crise de tosse há 4 horas, e extrusão de bexiga (sic) pela vagina. Apresentava como comorbidades HAS e DM de longa data e miocardiopatia dilatada de etiologia não-chagásica, FEVE 52%, em uso de Metformina, Carvedilol, Amiodarona e manipulado de Valsartana, Furosemida, Anlodipino e Espironolactona. G6P4C0A2, todos os partos domiciliares, sem assistência médica. Referia HTV em 2006 devido sangramento uterino anormal secundário a miomatose, refratário ao tratamento clínico. Ademais, fazia acompanhamento em serviço particular no interior da Bahia devido cistocele, já tratada previamente por meio de sling transobturatório em 2012, com recorrência dos sintomas de incontinência urinária de esforço, dor em peso em baixo ventre e eventual sangramento vaginal desde 2013. Negava vida sexual ativa e introdução de corpos estranhos transvaginais ou alterações de hábito intestinal, com evacuações diárias, sem sangramentos ou constipação. Ao exame físico apresentava ainda dor à palpação em abdome inferior, sem estigmas de peritonite. À inspeção vaginal foi observada extrusão de alça intestinal por introito vaginal. Em avaliação pela Cirurgia Geral optou-se por laparotomia exploradora de urgência. Ao inventário observou-se hérnia incisional perineal com conteúdo de íleo terminal, sem sinais de sofrimento, irredutível à manobras. Realizada enterectomia segmentar de 25cm de íleo terminal em introito vaginal, com redução de cotos ileais e posterior anastomose íleo-íleal término-terminal a 15cm da válvula ileocecal, com boa viabilidade de alças, sem vazamentos. Identificada abertura ampla na cúpula vaginal, por onde extruía o conteúdo herniário, e realizada síntese com Poliglecaprone 3-0. Paciente evoluiu com bom estado geral em PO, com aceitação da progressão de dieta, afebril (à antibióticoterapia), recebendo alta após 5 dias de internação.</p> <p>DISCUSSÃO: Até 2010 havia, de forma ampla na literatura, 87 casos relatados de evisceração pós-HTV⁴ sendo falha de técnica, infecção de sítio cirúrgico, coito precoce e manobra de valsalva as principais causas de deiscência¹. Sua ocorrência tardia associa-se a distopias genitais e à pós-menopausa¹. A técnica mais apropriada para reparo cirúrgico não é definida, com associações de abordagem transvaginal e abdominal, tal qual a aplicada, apresentando respaldo na literatura⁵⁻⁶. Novas técnicas associadas a laparoscopia já foram realizadas⁵, porém mais relatos são necessários para avaliação de melhor conduta definitiva.</p>	<p>OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR SARCOMA GRANULOCÍTICO EM INTESTINO DELGADO DE PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO</p> <p>CAMYLA LEMOS BUDIB, RAISSA DO CARMO OLIVEIRA, BIANCA FARIA OLIVEIRA, KAUE ESCOBAR DE CARVALHO, AGUIAR FARINA, JOÃO LEÃO PINHO NETO</p> <p><i>HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ - CUIABÁ - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O Sarcoma Granulocítico, também conhecido como Cloroma ou Sarcoma Mieloide é uma rara neoplasia sólida de tecidos extramedulares composta por células imaturas da série mielóide. Manifesta-se, mais comumente, na pele e linfonodos, sendo incomum no trato gastrointestinal, no qual ocorre apenas em 6,5% dos casos. Pode se manifestar por meio de queixas inespecíficas até quadros de obstrução intestinal, como no caso relatado. Ocorre com maior frequência em adultos jovens e salienta-se, assim, a apresentação rara do caso em discussão, no qual a patologia afeta o intestino delgado de paciente idosa.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 62 anos de idade, deu entrada com dor abdominal em quadrantes superiores, icterícia 2+/4+ e vômitos biliosos. À admissão, leucocitose (14.550), bilirrubina total: 5, com predomínio de bilirrubina direta e amilase: 900. Apresentou melhora com dieta zero, hidratação, analgesia e passagem de sonda nasogástrica, permanecendo anictérica por 3 dias. A colangiorensonância evidenciou lesão infiltrativa em segunda e terceira porções duodenais, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, e linfonodos locais. A endoscopia com biópsia evidenciou lesão infiltrante substenosante em segunda porção duodenal. Paciente, após 3 dias, evoluiu com sinais de abdome agudo obstrutivo e icterícia, sendo submetida à laparotomia. Notou-se um tumor infiltrativo da segunda porção duodenal até o ângulo de Treitz com obstrução total da luz intestinal, linfonodos retroperitoneais, dilatação de vias biliares e diversas lesões tumorais intestinais até o íleo. Realizada anastomose biliodigestiva com íleo e gastroenteroanastomose com alça eferente do íleo. A imunohistoquímica revelou neoplasia com diferenciação mielóide de alto índice proliferativo. Após recuperação em unidade de terapia intensiva e, posteriormente, cuidados pós-operatórios em enfermaria, recebeu alta hospitalar com acompanhamento da hematologia e oncologia clínica para seguimento propedêutico e terapêutico.</p> <p>DISCUSSÃO: O Sarcoma Granulocítico é uma rara neoplasia que coexiste ou pode ser precursora da Leucemia Mieloide Aguda (LMA) em 2 a 9% dos casos, sendo que desses, 6,5% ocorrem no trato gastrointestinal, ou mais incomumente, pode se manifestar em paciente sem desordens mieloproliferativas. É relatado em todas as faixas etárias, sendo mais frequente em adultos jovens, ao contrário do caso exposto, que foi diagnosticado em paciente idosa. O diagnóstico é feito através da imuno-histoquímica em que se observa infiltração difusa de células mielóides, além da identificação de marcadores específicos, como a mieloperoxidase, também positiva no caso relatado. A ausência da suspeita clínica de LMA torna o diagnóstico difícil e a presença do sarcoma granulocítico define um prognóstico reservado. Embora seja um desafio diagnóstico, devido à baixíssima frequência de apresentação, é necessário conhecimento da afecção visando diagnóstico precoce e tratamento adequado.</p>
<p>PO 795-2</p> <p>EXTROFIA DE BEXIGA COM DISSOCIAÇÃO PELVICA SECUNDARIA: RELATO DE CASO</p> <p>Esdras Fernandes Furtado, Gustavo Furtado Figueirêdo, Pedro Henrique Costa Lucena, Rigoberto Rodrigues Lima Filho, Paulo Leão Menezes, Marcus Augusto Pereira Brito, Matheus Menezes Furtado, Gabriel Luiz Rocha Bruno</p> <p><i>Clínica TOP - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A dissociação pélvica secundária, é comum em pacientes portadores de extrofia de bexiga, e no século passado, foi muito utilizado o procedimento cirúrgico de osteostomia pélvica. Já hodiernamente, após correção da extrofia de bexiga, a disfunção pélvica pode ser tratada apenas com acompanhamento, haja vista que, em muitos casos, permite uma vida normal, sem limitações e desconfortos experienciados pelo paciente.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 14 anos, parda, apresentou-se para avaliação ambulatorial com queixa de dor lombar intensa e suspeita de litíase renal. A análise da radiografia da bacia confirmou a suspeita de litíase e evidenciou possível luxação da sínfise púbica, e, então, foi encaminhada ao serviço ortopédico. Tratava-se de paciente com histórico de extrofia na bexiga tratada, na infância, cirurgicamente por urologista. No serviço de cirurgia de quadril, a análise radiográfica evidenciou a deformidade na sínfise púbica, mas constatou-se que se tratava de uma dissociação pélvica secundária, que é normal em um paciente com histórico de extrofia na bexiga, descartando o diagnóstico de luxação da sínfise púbica. A paciente relata que não apresentou nenhuma complicação ou restrição durante a infância, queixando-se apenas de dor lombar e de poliúria decorrentes da litíase renal. A constatação da deformidade pélvica foi acidental.</p> <p>DISCUSSÃO: Pode-se perceber a partir desse caso que a extrofia de bexiga encaminhou para dissociação pélvica secundária, no qual o exame radiográfico fez-se imprescindível nesse contexto, sendo o método padrão-ouro para elucidação diagnóstica. A partir deste consegue-se dá seguimento à terapêutica e avaliar o prognóstico real da patologia. Após a cirurgia, a paciente apresentou boa recuperação, permitindo seguir uma vida normal, sem limitações.</p>	<p>PO 797-1</p> <p>USO INDISCRIMINADO DE FITOTERÁPICOS LEVANDO A ABDOME AGUDO PERFORATIVO ESPONTANEO: UM RELATO DE CASO</p> <p>Eric de Oliveira Soares Júnior, Camila Fecury Cerqueira, João Victor Pereira Gomes, Paulo Henrique Dias Moraes, Maria Katarina de Moraes D'Caminha, Sabra Mariela Fernandes Falcão, Camila Monteiro da Rocha, Caroline Moraes Feitosa</p> <p><i>UNITPAC - Tocantins - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: O uso indiscriminado de medicações sem prescrição médica trás grandes riscos à saúde dos pacientes que fazem seu consumo, mesmo que sejam elas de cunho fitoterápico. Tais medicações possuem efeitos adversos que não são levados em conta por aqueles que a consomem, podendo inclusive leva à um quadro de abdome agudo. Neste relato de caso temos o uso indiscriminado de um fitoterápico (Tintura jalapa Sobral) levando um quadro de vômitos e diarreia à um abdome agudo por perfuração espontânea de delgado.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente J.C.M. do sexo masculino, pardo, 58 anos, caminhoneiro deu entrada no Hospital de Referência de Araguaína - TO, com quadro de dor abdominal em hipogástrico a 3 dias associado a vômitos e episódio único hematemese, após quadro de diarreia tratada com uso de analgésico e medicação fitoterápica (Tintura jalapa Sobral) há 4 dias, nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico apresenta-se lúcido e orientado em tempo e espaço, regular estado geral, desidratado, hipocorado, taquipneico (22 lpm), taquicárdico (105 bpm), anictérico, acianótico, afebril, abdome com ruído hidroaéreos adventícios diminuídos, doloroso a palpação profunda em andar inferior do abdome com Blumberg positivo. A USG de abdome total evidenciou sinais ecográficos sugestivos de apendicite aguda na fossa ilíaca direita, esteatose hepática difusa grau II. Na endoscopia digestiva alta realizada foi evidenciado esofagite erosiva distal: grau "B" de Los Angeles; hérnia hiatal de deslizamento pequeno; pangastrite enantimática moderada. A rotina radiológica de abdômen agudo demonstrava a presença do sinal de Chilaiditi. Os exames laboratoriais demonstram leucocitose com moderado desvio a esquerda e leve hipercalemia. Com diagnóstico de abdome agudo perfurativo paciente foi submetido à laparotomia exploradora mostrou bloqueio de alças de delgado e cólon descendente em fossa ilíaca esquerda com fibrina e secreção purulenta em pequena quantidade. Observou-se também lesão transfixante circular circunscrita a 1,20 cm do ângulo Treitz. As demais estruturas apresentaram-se sem alterações, além de ausência de líquido livre ou contaminação da cavidade. Realizada liberação do bloqueio, seguida de enterorrafia em dois planos e retirada de borda para biópsia. Finalizando com limpeza de cavidade abundante e fechamento de parede por planos. Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no 15º dia de pós-operatório.</p> <p>DISCUSSÃO: Apesar de drogas fitoterápicas não estarem frequentemente associadas às perfurações intestinais, seu uso deve ser questionado aos pacientes tendo em visto que no caso acima a automedicação do doente com esse fitoterápico agravou e o levou ao quadro supracitado.</p>

PO 797-2	PO 798-1
<p>SCHWANNOMA DE GLANDE, UM TUMOR RARO: RELATO DE CASO</p> <p>Vitória Matos Bezerra, Amanda Casagrande Dias, Alberto Souza Paes, Lecildo Lira Batista, Thiago Afonso Teixeira</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Schwannomas são tumores, em sua maioria benignos, que podem ocorrer em qualquer parte do corpo, contudo, estão entre as apresentações menos comuns no aparelho genitourinário, existindo poucos casos relatados na literatura.</p> <p>RELATO DE CASO: Homem, 57 anos, chega ao urologista com queixa de lesões nodulares em prepúcio, apresentando aspecto gorduroso e amarelado ao exame físico, não relatava queixas relacionadas, negando dor ou outros sinais flogísticos, informou ao cirurgião especialista querer retirar o nódulo por questões estéticas. Em sua história clínica, fazia o uso de antiagregantes plaquetários, e referiu o uso de testosterona exógena, possuía PSA de 0,48 ng/ml. Após retirada do tumor de glândula, e consequente avaliação anatomopatológica, foi revelado no painel imuno-histoquímico aspectos histológicos associados de schwannoma plexiforme. O paciente obteve alta cirúrgica e acompanhamento ambulatorial, possuindo resolução completa do caso sem manifestações de malignidade, comprovando o caráter benigno do tumor.</p> <p>DISCUSSÃO: Schwannomas de glândula são raros, contudo são de extrema importância aos urologistas, pois podem mimetizar outras patologias, confundindo os diagnósticos iniciais, devem ser abordados cirurgicamente, mesmo que a grande maioria dos casos sejam benignos alguns casos podem apresentar perfil de malignidade.</p>	<p>FORMAÇÃO DE ABSCESSOS INTRA-ABDOMINAIS RECORRENTES EM PACIENTE COM PERITONITE FECAL E CHOQUE SEPTICO POR LESÃO DE ILEO TERMINAL: RELATO DE CASO</p> <p>SARA DE PAULA VASCONCELOS, WANESSA FERNANDES VELOSO, GABRIEL MONICI VIEIRA, VICTOR MANABU YANO</p> <p><i>Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: Lesões intestinais acidentais não reconhecidas intra-operatório levam à contaminação da cavidade abdominal, ocasionando peritonite fecal secundária, polimicrobiana, difusa, que pode gerar abscessos intraperitoniais complexos, recidivantes a despeito de diversas abordagens cirúrgicas e farmacológicas. O objetivo deste relato é identificar as variáveis clínicas que influem na recorrência dos abscessos Intra-abdominais (IA) no pós-operatório de uma paciente com peritonite fecal e choque séptico por lesão de ileo terminal em histerectomia.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente LFCS, 62 anos, feminino, no 13º dia após a realização de histerectomia laparoscópica foi submetida a Laparotomia Exploradora (LE), encontrando abscessos em região subfrênica, pélvica e entre alças do intestino delgado e lesão em ileo terminal com saída de secreção entérica e realizada enterectomia terminal com colectomia direita e ileostomia terminal. Iniciado antibioticoterapia (ATB) com ciprofloxacino e metronidazol, logo substituídos por meropenem e polimixina; posteriormente, foram suspensos e iniciou-se vancomicina, imipenem e anidulafungina. No 13º dia de internação hospitalar (DIH), a Tomografia Computadorizada (TC) mostrou abscessos peritoniais, o maior na goteira parieto-cólica direita com extensão para a pelve. No 14º DIH submetida a nova LE, com lavagem de cavidade abdominal e colocação de dreno tubo-laminar em trajeto de goteira parieto-cólica à direita. No 21º DIH em nova LE identificou-se abscessos em fossa ilíaca esquerda e flanco direito. Associou-se amicacina à ATB e logo imipenem substituído por tigeiclina devido crises convulsivas. No 40º DIH retirou-se dreno abdominal com escape desprezível. No 43º DIH, TC de abdome total com contraste mostrou diversas coleções IA. No 51º DIH associou-se Polimixina B à ATB. Exames físicos e de imagem subsequentes indicavam resolução do quadro abdominal, porém a paciente apresentava sinais de infecção grave, e no 61º DIH descobriu-se infecção urinária por KPC, foi tratada e a alta hospitalar foi no 77º DIH.</p> <p>DISCUSSÃO: A causa subjacente à peritonite secundária e a resposta fisiológica do paciente à infecção são fatores que influenciam no prognóstico dos pacientes. Considerando que a paciente do caso foi submetida a drenagem cirúrgica adequada e ATB tem baixa penetração nos abscessos, outros fatores como perfil de resistência bacteriana local, seleção ou dose inadequadas, disfunções orgânicas e imunossupressão associadas podem levar à falha terapêutica. Ademais, retardo na intervenção inicial, elevados scores de Acute Physiology and Chronic Health evaluation II, idade avançada, hipoalbuminemia, peritonite difusa, abscessos complexos e possível infecção fúngica associada também são preditores de falha no controle de infecção IA. Ressalta-se que cirurgiões devem atentar-se aos fatores de risco relacionados à formação recorrente dos abscessos IA, visto que geralmente há necessidade de intervenções cirúrgicas múltiplas e maior duração de ATB.</p>
<p>PO 799-1</p> <p>HERNIA INTERNA TRANSMESENTERICA CONGENITA: DESFECHO DA ABORDAGEM TERAPEUTICA TARDIA</p> <p>Carlos Humberto Da Silva Júnior, Paulo Victor Nunes Rosa, Lucas Zaiden Cardoso de Lima, Camila Leles Nascimento, Vanessa Maria Monteiro, Júnior César Marciano da Silva, Silas Rocha Neto, Kelly Martins Kawakami</p> <p><i>Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: As Hérnias Internas (HI) são afecções raras e de difícil diagnóstico. Este, na maioria das vezes, ocorre durante a laparotomia. As HI são protusões de órgãos abdominais através de uma abertura peritoneal ou mesentérica normal ou anômala. Podem ser adquiridas, após traumatismos e procedimentos cirúrgicos, ou congênitas. A Hérnia Transmesentérica (HT) é um dos tipos de HI. Os segmentos herniados podem sofrer estrangulamento e isquemia. O objetivo desse trabalho é relatar sobre a dificuldade diagnóstica e o desfecho da abordagem terapêutica tardia em um caso de HT.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 53 anos, foi encaminhado para o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) com história de dor abdominal aguda, de forte intensidade em todo abdome. O quadro iniciou-se cerca de 36 horas antes de sua chegada no HCU. Paciente procurou atendimento médico após 12 horas do início dos sintomas, que incluíam dor abdominal de forte intensidade com início em região hipogástrica tornando-se difusa em todo abdome, associada a náuseas e vômitos, além de anúria e obstrução intestinal. Ao exame físico, o paciente estava acianótico, normocorado, hidratado, pressão arterial 130x80mmHg, saturação de oxigênio 85%, abdome tenso, ausência de ruídos hidroaéres, hipertimpânico, dor à palpação superficial e profunda. A ultrassonografia mostrava ascite de volume moderado e tomografia computadorizada com achado de afilamento de sigmóide, dilatação a montante com grande quantidade de líquido, ambos exames feitos no serviço anterior. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora com achado de moderada quantidade de líquido sanguinolento em cavidade, hérnia interna transmesentérica com herniação de segmento de jejuno, íleo e sigmóide. Observou-se 140cm de jejuno com boa perfusão, 20 cm de íleo terminal com perfusão adequada. Foram realizados: enterectomia de segmentos necrosados, exereses de segmento necrosado do sigmóide. Paciente foi encaminhado para UTI, no 8º dia pós operatório foi reabordado cirurgicamente devido anatomose entero-entero e extravasamento de conteúdo entérico, foi então realizado colectomia direita. Paciente recebeu alta 47 dias após sua admissão.</p> <p>DISCUSSÃO: A HI é uma causa rara de obstrução intestinal em adultos. Pode ser adquirida ou congênita. No grupo congênito, a HT representa menos de 10% do total. A apresentação clínica pode variar de leve desconforto abdominal, associado a diarreia e vômito, a casos muito graves de dor abdominal, choque e morte súbita. No caso clínico em questão, devido à ausência de traumas ou cirurgias abdominais, provavelmente se trata de uma HT congênita. Os exames clínicos e de imagem não diagnosticaram o quadro clínico de HI, reforçando sua dificuldade diagnóstica. O atraso na abordagem cirúrgica resultou em desfecho desfavorável devido ao quadro de isquemia intestinal e consequente perda dos segmentos lesionados. Esse caso clínico expõe uma patologia rara que necessita de suspeição clínica e abordagem cirúrgica precoces.</p>	<p>PO 799-2</p> <p>NEFRECTOMIA ESQUERDA EM PUERPERA COM HEMORRAGIA URETRAL CRONICA SECUNDARIA A TUMOR RENAL POR ESCLEROSE TUBEROSA : UM RELATO DE CASO</p> <p>BRUNA LUISA FERRAÇO LIMA, EVELIN SANTOS FIGUEIREDO LIMA, LORENA DE VASCONCELLOS CECCOTTI MACHADO, BRUNO ROCHA PEIXOTO, HISRAELA RIBEIRO DOS ANJOS, GABRIEL BARBOSA LIMA SAYEGH, ALESSANDRO CÁSSIO GALVÃO MACEDO, LEVY MACEDO</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO - COLATINA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>INTRODUÇÃO: A esclerose tuberosa (ET) é uma enfermidade rara e de difícil diagnóstico do grupo das facomatoses. Também conhecida como síndrome de Bourneville-pringle trata-se de uma desordem genética autossômica dominante causada por anomalia nos genes tsc1 ou tsc2 dos cromossomos 9q34 e 16p13. Evoluindo como uma doença degenerativa causadora de tumores benignos hamartomatosos que pode afetar diversos órgãos em especial cérebro, rins, coração, olhos, pele e pulmões.</p> <p>RELATO DE CASO: Paciente feminina, 34 anos, sem comorbidades prévias, G4 P3 A0, 29 semanas de gestação, foi encaminhada ao hospital devido sangramento. Queixava-se de dor em baixo ventre e sangramento intenso. Ao exame físico apresentava adenomas sebáceos em região malar, Giordano positivo à esquerda e ao exame ginecológico, não constava sangramento vaginal, mas uretral. Foi internada, houve necessidade de múltiplas hemotrasfusões para a estabilização clínica devido à hemorragia. No seguimento foi realizado tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve que demonstrou volumoso hematoma no terço superior do rim esquerdo, medindo 10,7x9,1x9,6cm, volume de 490ml, sinais de pseudoaneurisma no interior e sangramento recente. Rins de dimensões aumentadas com múltiplas nodulações com atenuação de gordura, configurando lipomatose e múltiplos angiomiolipomas, o maior no terço superior do rim esquerdo, medindo 8,0cm, além de nódulo hipervascular, sólido, heterogêneo, medindo 5,0cm, podendo corresponder a neoplasia primária (carcinoma de células renais). A TC de crânio revelou múltiplos nódulos subependimários calcificados, medindo até 1,0 cm, tênue área hipoatenuante corticocortical frontal direita podendo corresponder a tuber cortical. Com achados característicos de ET de acometimento renal, cerebral e cutâneo, optou-se por aguardar a resolução da gestação, com controles clínicos diários, para posterior intervenção cirúrgica. Na 31ª semana de gestação a paciente evoluiu com parto normal espontâneo. No 5º dia pós parto a equipe de cirurgia vascular executou a embolização do pseudoaneurisma de artéria renal esquerda e no 9º dia pós parto foi realizada nefrectomia esquerda e esplenectomia pela urologia sem intercorrências ou complicações.</p> <p>DISCUSSÃO: A Esclerose Tuberosa (ET) é a segunda facomatose mais frequente na prática médica, superada pela neurofibromatose tipo 01. O diagnóstico é dado por critérios clínicos, radiológicos, histopatológicos. Uma de suas primordiais características clínicas é a injúria ao sistema nervoso central demonstrada na tríade retardo mental, epilepsia e adenoma sebáceo. O quadro neurológico da ET variam desde sintomas leves/ inexistente, até quadros graves com sequelas irreversíveis. No entanto, no caso descrito, a paciente abriu o quadro de manifestações renais com angiomiolipoma de 8 cm3, e quadro neurológico inexistente. A intervenção cirúrgica foi essencial para estabilização hemodinâmica, devido a complicação que a doença desenvolveu, uma hemorragia intensa e crônica ameaçando a vida da paciente.</p>

PO 800-1

RELATO DE CASO: TUMOR GASTROINTESTINAL (GIST)

Adriano Pamplona Pamplona Torres, Jéssica Danielle Oliveira da Silva, Marina Prado e Silva Gonçalves Rosa

unb - Brasília - Distrito Federal – Brasil

INTRODUÇÃO: GIST é um tipo raro de tumor, 60% apresenta-se no estômago, seguido pelo intestino delgado com 20 a 30%. O entendimento da participação de genes como KIT, PDGFRA, HRAS, NRAS, BRAF e NF1 elucidam a fisiopatologia desse tumor, permitindo melhores estratégias para diagnóstico e seguimento. Exames voltados para o aparelho gastrointestinal podem evidenciar GIST assintomáticos, sendo este um achado incidental.

RELATO DE CASO: Z.B.F.A, gênero feminino, 64 anos, procedente de Vitória-ES, residente de Planaltina-DF. Viúva, do lar. Iniciou dor em cólica há 4 anos localizada em toda região do abdome e associada a náuseas, êmese e melena. Apresenta piora à ingestão de alimentos como pimenta e café, relata melhora parcial da dor após evacuar. Durante os episódios, necessitou de internação e hemotransusão. Apresenta hábito intestinal irregular alternando entre diarreia e constipação. Iniciou acompanhamento pela gastroenterologia em Outubro de 2018, diagnosticada com tumor estromal gastrointestinal (GIST) em jejuno. Nega febre e perda de peso. Paciente ainda apresenta comorbidades: HAS, insuficiência cardíaca, diabetes e hipercolesterolemia. Ao exame, paciente apresentava dor à palpação profunda em epigastro e FIE, sem visceromegalias. Os demais sistemas encontravam-se dentro da normalidade. Em TC de abdome realizada em agosto de 2018: Massa lobulada medindo 48 x 57 x 47 mm à direita da linha média em íntimo contato com alças de jejuno regionais, provavelmente originando-se das mesmas. Esta massa apresenta realce hipervascular na fase arterial com diversos vasos nutridores que se originam da artérias mesentérica superior e também

DISCUSSÃO: O quadro clínico de GIST é caracterizado por sangramento do trato gastrointestinal, distensão abdominal e sintomas compressivos. Dada a localização do tumor a nível de submucosa e característica não invasiva em relação a outras lesões carcinomatosas, o paciente pode permanecer assintomático até que atinja estágios mais avançados, momento em que geralmente o diagnóstico é feito. A faixa etária de diagnóstico ocorre sobretudo aos 60 anos, porém não apresenta faixa etária modal de incidência. O GIST, com poucas exceções, apresenta comportamento indolente, de progressão lenta e sem invasão linfonodal. Além, a metástase para áreas extra-abdominais é rara no estágio inicial da capacidade metastática. A conduta para GIST sintomático é a ressecção cirúrgica, como indicado para a paciente. A localização em jejuno e seu tamanho indicam a cirurgia. Pacientes assintomáticos apresentam condutas a depender das características da lesão. O diagnóstico é conclusivo após análise anatomopatológica e imunohistoquímica. Os guidelines não apresentam total concordância no seguimento após a cirurgia, o intervalo de realização de TC dependerá do risco de recorrência e da terapia adjuvante.

TEMAS LIVRES POSTERS NÃO RELATO DE CASO

PO 001-1	PO 002-1
<p>TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO PÂNCREAS: ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Arthur Almeida Marinho, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO, Thomas Di Nardi Medeiros, Tâmara Azevedo de Medeiros, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Maria Luiza de Holanda Balbino, João Luís Gomes da Silva</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: REALIZAR REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DOS TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO PÂNCREAS.</p> <p>MÉTODO: Este trabalho consistiu em uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science. Os dados foram coletados em relatos de casos, estudos de coorte e revisões literárias, revisão sistemática, ensaios clínicos randomizados e metanálise usando as palavras-chave "tumores neuroendócrinos, pâncreas, marcadores bioquímicos, radiografia, endoscopia digestiva, endossonografia"</p> <p>RESULTADOS: Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNETs) são raros. Em pacientes com PNETs funcionais, o excesso de hormônios produzidos leva a uma variedade de sintomas relacionados a hormônios. Os tumores não funcionantes não produzem hormônios indutores de sintomas. Portanto, eles são frequentemente descobertos em estágio avançado com grandes tumores e disseminação metastática. PNETs têm uma aparência variável em exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Com a maioria dos PNETs em funcionamento, a tomografia computadorizada dinâmica e a ressonância magnética mostram tumores pequenos hipervasculares bem definidos. Imaging de outros tipos de PNETs como tumores císticos ou sólidos puramente císticos, complexos. A imagem funcional é útil tanto para detectar a lesão primária como para encenar a doença. Também é útil selecionar candidatos para o tratamento radiometabólico do receptor peptídico. A cintilografia com receptores de somatostatina é a técnica de imagem funcional mais disponível. A tomografia por emissão de pósitrons analógica com gálio 68-SST é mais sensível, e espera-se que seja o futuro da imagem funcional para PNETs. 18 A PET / CT com FDG é útil para tumores pouco diferenciados. A sensibilidade da F-FDOPA PET / CT assistida por Carbidopa18 é melhor do que a cintilografia de receptores de somatostatina para detectar PNETs não funcionais. A ultrassonografia endoscópica é superior à tomografia computadorizada dinâmica para identificar o PNETs. A ultrassonografia endoscópica com aspiração por agulha fina oferece alta precisão para o diagnóstico de PNETs. No entanto, tumores localizados na cabeça do pâncreas e tumores com fibrose estromal rica estão associados à redução da adequação amostral da ultrassonografia endoscópica - aspiração por agulha fina. Alguns pacientes com PNETs pouco diferenciados apresentam invasão do ducto pancreático. A pancreatografia por colangio retrógrada endoscópica é útil para avaliar esses pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são heterogêneos grupo de neoplasias que geralmente são de crescimento lento. Contudo, eles podem se tornar incuráveis se progredirem para irremediável doença metastática. Uma combinação de US, tomografia computadorizada, ressonância magnética, técnicas de imagem radiofarmacêutica e endoscópica técnicas são úteis para o diagnóstico e classificação de pacientes com PNETs.</p>	<p>COLECISTITE ACALCULOSA AGUDA EM PACIENTES CRÍTICOS: FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO MENESES RÊGO, Maria Luiza de Holanda Balbino, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Tâmara Azevedo de Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, João Luís Gomes da Silva, Thomas Di Nardi Medeiros</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este artigo é uma revisão bibliográfica atualizada sobre a etiologia, diagnóstico e manejo terapêutico da colecistite acalculosa aguda.</p> <p>MÉTODO: Os artigos foram selecionados seguindo pesquisa nas bases de dados PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science usando as palavras-chave colecistite aguda, doenças da vesícula biliar, colecistite acalculosa, cuidados intensivos cirúrgicos, cuidados com pacientes, cuidados intensivos.</p> <p>RESULTADOS: A taxa de mortalidade de pacientes com colecistite acalculosa aguda permanece alta e se deve principalmente às condições médicas subjacentes graves e à rápida progressão da doença para gangrena e perfuração. A terapia definitiva é uma colecistectomia e a drenagem de abscessos que ocorrem durante o curso clínico da doença.</p> <p>CONCLUSÕES: Independentemente do tratamento escolhido, a taxa de mortalidade de pacientes com colecistite acalculosa aguda permanece elevada, principalmente devido às condições médicas subjacentes graves e à rápida progressão da doença para gangrena e perfuração. Embora seja uma patologia rara e de difícil identificação, com uma avaliação inicial detalhada e exames complementares, é possível obter um bom diagnóstico. O tratamento terapêutico definitivo envolve colecistectomia, com drenagem de qualquer abscesso associado, embora a colecistostomia seja frequentemente preferida devido ao seu caráter menos invasivo. O número de trabalhos publicados sobre essa patologia limita nosso conhecimento sobre colecistite acalculosa aguda e indica que pesquisas futuras são necessárias para melhorar a compreensão atual de sua fisiopatologia, fatores de risco e tratamento, visando uma compreensão mais clara dos vários aspectos da doença.</p>
<p>PO 002-3</p> <p>SÍNDROME DE POLAND E SEUS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MAMÁRIOS</p> <p>Lucas França Dib Ferreira Gomes</p> <p><i>Souza Marques - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Maior aprofundamento teórico dos procedimentos cirúrgicos mamários que podem ser usadas na Síndrome de Poland.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica por um estudo exploratório baseado em quinze artigos científicos sobre procedimentos cirúrgicos mamários realizados na Síndrome de Poland, disponíveis online em textos completos nas línguas portuguesas e inglesas. Tais artigos foram acessados nas bases de dados Scielo no período de 1991 a 2018. Descritores: Síndrome de Poland, cirurgia mamária.</p> <p>RESULTADOS: A Síndrome de Poland (SP) é um conjunto raro de malformações congênitas. Os mais comuns são a ausência parcial ou total dos músculos peitoral maior, peitoral menor, serrátil e de mama, e do complexo areolopapilar. Os menos comuns são defeitos da cartilagem e costelas, hipoplasia de tecidos subcutâneos da parede torácica, braquissindactilia ipsilateral e alopecia da região axilar e mamária. Tais achados podem ser bilaterais, mais frequentes do lado direito; com maior prevalência nos homens. A teoria mais aceita sobre sua etiologia, é que há hipoplasia da artéria subclávia ou de seus ramos, alterando o crescimento da musculatura torácica e da mão correspondente. Logo, várias práticas cirúrgicas podem ser usadas para reparar a mama esteticamente e funcionalmente. Utiliza-se outros músculos torácico para a reconstrução da parede torácica, como o retalho pediculado do músculo grande dorsal ou o retalho miocutâneo, se houver necessidade de mastoplastia de aumento. Dessa forma, realiza-se a lipoenxertia para a assimetria torácica, tendo baixas complicações como: cistos oleosos, esteatonecrose, infecções e risco de carcinogênese. O maior problema é a taxa de reabsorção do enxerto e a falta de comprovação científica do melhor método de coleta, tratamento e transferência do tecido. Outra técnica é do retalho do omento por videolaparoscopia. O omento é um tecido gorduroso, altamente vascularizado, que acompanha a grande curvatura do estômago. Ele pode ser utilizado como retalho livre ou pediculado, transposto por um túnel que atravessa a aponeurose da parede abdominal, alcançando a região mamária. Assim, promove mínima agressão à parede abdominal, menor período de internação; além de uma reconstrução harmoniosa e menos traumática ao paciente. Já outro procedimento seria o expansor mamário e a prótese definitiva. Tais correções cirúrgicas podem prevenir a escoliose progressiva, restrição cardiopulmonar ao esforço e desenvolvimento psicológico adverso. Apesar da literatura não abordar casos de reabsorção óssea e regional secundária à prótese mamária. Sabe-se que a compressão leva em absorção óssea e ao remodelamento ósseo.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora, a síndrome de Poland configura uma gama de alterações clínicas que comprometa, até certa instância, o funcionamento e o psicológico do paciente, há na literatura, cirurgias mamárias que possibilitam reparar tais deformações, com suas complicações e benefícios ao paciente, podendo ser realizados em conjunto para assim, terem melhores resultados.</p>	<p>PO 003-1</p> <p>COLECISTECTOMIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</p> <p>Lara Inês Martins Dantas, Daiany Pereira de Castro, Liliane Kellen Costa Quaresma de Sousa, Bruno de oliveira araujo Sousa</p> <p><i>ITPAC - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Sendo a obesidade uma doença complexa, relacionada com a colelitíase, busca-se avaliar a colecistectomia, analisando os riscos e benefícios das condutas preventivas e seletivas em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Além de relacionar a perda de peso devido ao by-pass gástrico em Y de Roux (BGYR) com o maior risco de formação de cálculos biliares.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma pesquisa literária no período de novembro de 2018 até janeiro de 2019, nas bases eletrônicas do PubMed e Medical Journal. Os descritores utilizados foram "obesity", "cholecystectomy" e "bariatric surgery". Os critérios de inclusão para os artigos encontrados foram: publicação com no máximo cinco anos. Foram excluídos os artigos que não relacionam a colecistectomia com a cirurgia bariátrica ou que não contemplaram os critérios de inclusão.</p> <p>RESULTADOS: Em obesos mórvidos a colecistopatia calculosa chega a mais de 20% dos pacientes, além dos casos que podem acontecer nos primeiros meses do pós-operatório. Na pesquisa de Schneider et al. (2018) com 1225 pacientes submetidos a bypass gástrico em Y de Roux foram detectados colelitíase em 222 pacientes. JUO, YY et al.; TUSTUMI, F. et al.; e AMSTUTZ, S. et al. concordam que a colecistectomia profilática antes da cirurgia bariátrica não é justificável e que a melhor opção para o tratamento da colelitíase é concomitante com o by-pass gástrico. Já a matéria do NEWS.MED.BR (2017) com base em dados cruzados do Swedish Register for Cholecystectomy and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (GallRiks; 79.386 pacientes) e do Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg; 36.098 pacientes), concluiu que a colecistectomia deve ser feita antes, e não durante ou após a realização da cirurgia bariátrica. No estudo de Della Penna et al. (2019), de 704 pacientes, 61 apresentavam colelitíase assintomática, sendo tratados após cirurgia bariátrica com ácido ursodesoxicólico (UDCA) por 6 meses. Após esse período 96,8% destes permaneceram assintomáticos sob a terapia. Mostrando-se uma alternativa para a colecistectomia.</p> <p>CONCLUSÕES: Levando em consideração que os estudos ainda são controversos, e o quão comum é a associação de cálculos biliares com a cirurgia bariátrica. Precisa-se de mais estudos nessa área, além de avaliar novas alternativas, como o uso de ácido ursodesoxicólico.</p>

PO 004-1	PO 006-3
<p>TAXAS DE MORTALIDADE POR CANCER DE PANCREAS, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Vinicius Carvalhêdo Cunha, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Rebeca Lima Miranda, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever as taxas de mortalidade por câncer de pâncreas, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos ao câncer de pâncreas representados pelo código CID-10 C25. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: um total de 166.129 óbitos foram registrados, 85.217 óbitos com câncer de pâncreas para o sexo masculino e 80.849 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de óbito por câncer de pâncreas, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (28,73%) são os mais acometidos e mulheres entre 70 e 79 anos (29,30%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciamos: taxa bruta para homens de 2,91; taxa padrão mundial de 3,82; taxa padrão Brasil de 4,08 e taxa bruta para mulheres de 2,68; taxa padrão mundial de 2,98; taxa padrão Brasil de 3,25.</p> <p>CONCLUSÕES: o presente estudo evidenciou que o sexo masculino (51,30%) apresenta mais óbitos por câncer de pâncreas do que o sexo feminino (48,70%) na análise dos últimos 37 anos. A idade mais prevalente de óbito para o câncer de pâncreas no sexo masculino foi entre os 60 e 69 anos e para o sexo feminino entre 70 e 79 anos de idade. O Brasil ainda apresenta taxas de óbitos maiores do que as taxas de óbitos mundial para ambos os sexos.</p>	<p>TECNICAS CIRURGICAS PARA REPARAÇÃO DE FISSURA LABIOPALATINA EM CRIANÇAS</p> <p>Geovanna Ferreira Silvs, Juliana Larissa Lauriano Ramos, Kim Tavares Mesquita, Larissa Soares Cardoso, Lucas Grangeiro Fin, Ana Iara Costa Ferreira</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo busca analisar as principais técnicas de cirurgia reparatória utilizadas em crianças que apresentam fissura labiopalatina. Essas crianças apresentam alterações de fácies e dificuldades na alimentação, as quais causam sobrecarga psico-econômica-social e de bem-estar aos pacientes e seus familiares, assim sendo justificada a importância do desenvolvimento trabalhos acerca do tema.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo foi realizado através de uma revisão de literatura, utilizando material já publicado nas bases de dados Scielo, PubMed, Google Acadêmico e Science Direct. Para a pesquisa os seguintes descritores foram utilizados: cirurgia, fenda labial e fissura palatina. Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados nas línguas portuguesa ou inglesa, no período de 2011 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: A fissura labiopalatina é uma das malformações mais comuns observadas em neonatos. As técnicas de cirurgia reparatória buscam atingir a simetria facial, reparar o músculo orbicular da boca e obter a continuidade alveolar. O tratamento é complexo, visto que se espera um equilíbrio entre os fatores estéticos, os da fala e os do crescimento facial. As cirurgias primárias incluem as práticas de queiloplastia e palatoplastia. Existem vários protocolos para determinar em qual momento do desenvolvimento da criança deve-se iniciar os procedimentos, cada um indicando diferentes formas de proceder quanto a qual estrutura deve ser reparada primeiro. Isso ocorre porque há muitas variações tanto em características da fissura quanto do paciente, sendo assim, a escolha do método cabe ao cirurgião ou a um protocolo institucional preestabelecido. No entanto, na busca pela padronização da idade ideal para a realização do procedimento, deu-se origem à chamada "Regra dos 10", na qual a criança deve apresentar no mínimo 10 semanas de vida, 10 libras (aproximadamente 5 quilos) e hemoglobina igual ou superior a 10g/Dl. Além disso, segundo dados nacionais e internacionais, as técnicas de queiloplastia de Millard, de Mulliken e de Manchester e a palatoplastia de Veau são as mais realizadas e apresentam os melhores resultados a curto e longo prazo.</p> <p>CONCLUSÕES: As técnicas de cirurgia reparatória para fissuras labiopalatinas variam de acordo com os protocolos empregados pelos centros de saúde e com a preferência e experiência do profissional. Até o momento não existe nenhuma padronização oficial em relação aos métodos, sendo que as variações se dão devido às características da fissura e do paciente. Contudo, já está claro que um tratamento cirúrgico precoce evita o sofrimento pelo estigma social e melhora a qualidade de vida da criança.</p>
<p>PO 007-1</p> <p>COLECISTOSTOMIA: UMA ALTERNATIVA A CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA?</p> <p>Lara Inês Martins Dantas, Cesar Auladino Leite Filho, Daiany Pereira de Castro, Jessica Fernanda Ferreira Martins, Bruno de Oliveira Araújo Sousa</p> <p><i>ITPAC Porto Nacional - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Um estudo comparativo a fim de avaliar a colecistostomia como uma alternativa a colecistectomia no tratamento de colecistite grave.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão bibliográfica, com levantamento de dados dos últimos cinco anos. Realizou-se busca eletrônica nas bases de dados Medline, Embase, Scielo, Cochrane, PubMed e Lilacs. Os descritores utilizados foram "Cholecystostomy", "cholecystectomy" e "cholecystitis" para selecionar dezessete resumos, dos quais foram escolhidos os cinco artigos que comparavam as duas técnicas.</p> <p>RESULTADOS: A colecistite é uma doença frequente, a qual o tratamento preferencial é colecistectomia por vídeo-laparoscopia. Porém em doentes graves a terapêutica percutânea deve ser considerada. Nesse sentido o estudo de Lee W. (2013) analisa o procedimento de drenagem, quando a operação não é indicada devido à sepse ou velhice. Outro trabalho desse mesmo autor avaliando os octogenários mostrou maiores taxas de complicação e mortalidade após o tratamento cirúrgico em colecistite. As pesquisas de Irojah B, Bell T, Grim R, Martin J, Ahuja V (2017) concordam com as complicações em idosos e veem a colecistostomia como escolha terapêutica. Os relatos de FARAH, José Francisco de Mattos (2014) referem 60%- 70% de sucesso com colecistostomia percutânea para colecistite aguda grave. Já Shin MS, Park SH (2018) avaliaram 205 pacientes e as taxas de complicação e conversão não foram significativamente diferentes entre os grupos etários, porém pacientes extremamente idosos, a avaliação pré-operatória e a laparoscopia eletiva eram necessárias.</p> <p>CONCLUSÕES: Tendo em vista os aspectos observados, pode-se concluir que a colecistostomia é uma boa alternativa frente ao risco de realizar um procedimento padrão em pacientes graves, principalmente idosos ou pacientes com sepse onde o princípio da beneficência (diminuir o risco de mortalidade proporcionando alívio dos sintomas) se sobrepõe ao de não maleficência (possibilidade de recidiva).</p>	<p>PO 008-3</p> <p>TAXAS DE MORTALIDADE POR MELANOMA MALIGNO DA PELE, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Vinicius Carvalhêdo Cunha, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as taxas de mortalidade por melanoma maligno de pele, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos ao melanoma maligno de pele representados pelo código CID-10 C43. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: Um total de 34.313 óbitos foram registrados, 19.612 óbitos com melanoma maligno de pele para o sexo masculino e 14.690 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de óbito por melanoma maligno da pele, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (21,87%) são os mais acometidos e mulheres entre 70 e 79 anos (18,60%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciamos: taxa bruta para homens de 0,67; taxa padrão mundial de 0,83; taxa padrão Brasil de 0,9 e taxa bruta para mulheres de 0,49; taxa padrão mundial de 0,53; taxa padrão Brasil de 0,58.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo evidenciou que o sexo masculino (57,15%) apresenta mais óbitos por melanoma maligno de pele do que o sexo feminino (42,81%) na análise dos últimos 37 anos. A idade mais prevalente de óbito pelo melanoma maligno da pele para o sexo masculino foi entre os 60 e 69 anos e para o sexo feminino entre 70 e 79 anos de idade. O Brasil ainda apresenta taxas de óbitos maiores do que as taxas de óbitos mundial para ambos os sexos.</p>

PO 010-3	PO 011-2
<p>ANÁLISE DE REDUÇÃO MAMÁRIA CIRÚRGICA EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTIRETROVIRAIS</p> <p>Giovanna Vidal Belo, Thaís Lemos de Souza Macêdo, Carolina Pereira, Bryan Morais, Isabella Sant'Ana, Patrick Lopes, Adriana Rodrigues Ferraz</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A lipodistrofia é um importante efeito colateral nos usuários de antirretrovirais, causando uma alteração na distribuição de gordura corporal que pode acometer diferentes regiões de tecido adiposo, inclusive, mamas. Esse distúrbio com o uso dos procedimentos cirúrgicos reduz o impacto negativo aos pacientes, possibilitando uma melhora da autoestima e maior adesão ao tratamento. O estudo objetiva estudar os números dos procedimentos que beneficiam os pacientes portadores dessa alteração.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Produção Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2014 a outubro de 2018, avaliando número de internações, número de óbitos, taxa de mortalidade, distribuição geográfica dos casos e óbitos, média de internação hospitalar, entre outros.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, houve um total de 26 internações para realização de redução mamária por lipodistrofia por uso de antirretrovirais, no Brasil. A grande maioria delas (23), ocorreram na região Sudeste e, mais comumente, na cidade de São Paulo, onde ocorreram 76,9% das internações de todo o Brasil. Os únicos outros estados onde esse procedimento também foi realizado foram Espírito Santo (3) e Pernambuco (3). Dos 26 casos em questão, não houveram óbitos decorrentes dessa cirurgia, e o tempo médio de internação foi de apenas 1,8 dias. O valor total gasto para esse fim foi R\$27.405,23. O ano no qual houveram mais internações para a realização dessa cirurgia foi 2015, no qual foram realizados 9 procedimentos, enquanto os meses mais populares foram Fevereiro de 2015 e Junho de 2016. No período analisado, os anos de 2017 e 2018 são os que demonstraram menor número de procedimentos, com 2 cada.</p> <p>CONCLUSÕES: Observa-se no estudo que o procedimento de redução mamária cirúrgica em pacientes com lipodistrofia foi eficaz e seguro na totalidade dos casos não acarretando óbitos. Ademais, essa cirurgia ainda é rara no país e concentrada regionalmente. Sendo que, a maioria dos procedimentos encontram-se na região Sudeste, sobretudo no estado de São Paulo. Além disso, a redução mamária cirúrgica para correção da lipodistrofia tem um curto tempo de recuperação, o que torna-se atraente para os pacientes, embora a maioria dos procedimentos sejam realizados nos meses relativos às férias, Fevereiro e Julho. Por último, atualmente houve uma queda na popularidade dos procedimentos, já que o montante se encontra em 2015.</p>	<p>COMPROMETIMENTO LINFONODAL EM PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL (CCR)</p> <p>DÓRIS MEDIANEIRA LAZZAROTTO SWAROWSKY, INÁCIO SWAROWSKY, BRUNA BOEIRA, GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY</p> <p>OBJETIVO: O CCR é atualmente o segundo mais prevalente em todo o mundo. Diferentes variáveis são estudadas em relação a sobrevida e a sobrevida livre da doença em pacientes com CCR. Apesar da importância destas diferentes variáveis, a invasão parietal e o comprometimento linfonodal constituem a principal base de predição de sobrevida e critérios para indicação de terapia adjuvante. Determinar o comprometimento linfonodal em espécimes cirúrgicos com exame anatomopatológico em pacientes submetidos à cirurgia eletiva por câncer colorretal no período de 2017-2018.</p> <p>MÉTODO: Foram incluídos exames anatomopatológicos de 58 pacientes com diagnóstico de câncer colorretal operados de forma curativa seguindo os princípios oncológicos por uma mesma equipe cirúrgica em um hospital referência em oncologia do interior do RS no período de 2017-2018. O estudo anatomopatológico foi realizado pelo mesmo laboratório em todos os pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Destes pacientes: 9 (15,5%) pacientes possuíam tumor no cólon direito, 9 (15,5%) pacientes no cólon sigmoide, 3 (5,1%) pacientes no cólon transversal e 1 (1,7%) paciente em reto alto acima da reflexão peritoneal, 17 (29,3%) pacientes possuíam tumor de reto abaixo da reflexão peritoneal. Invasão angioneural foi encontrada em 13 (22,4%) pacientes com tumor colônico acima da reflexão peritoneal e em 24 (41,3%) pacientes com tumor de reto abaixo da reflexão peritoneal. Comprometimento linfonodal foi encontrado em 11 (18,9%) pacientes com tumor colônico e 17 (29,3%) pacientes com tumor reto médio e baixo. O paciente portador de tumor de reto alto, o exame anatomopatológico mostrou se tratar de um carcinoma mucinoso colóide com invasão angioneural sem metástase em linfonodos, mas com metástases em epíplon. O número mínimo de linfonodos ressecados foi 12 e o máximo de 54 linfonodos em um paciente submetido à colectomia total. O número de linfonodos comprometidos variou de 2 à 20 linfonodos nas amostras examinadas.</p> <p>CONCLUSÕES: O índice de linfonodos comprometidos é um fator preditivo de sobrevida e sobrevida sem doença nos casos de câncer colorretal. Do grupo estudado, observa-se que a ressecção adequada e bom estudo anatomopatológico possibilitará estudos futuros para uma melhor análise desta variável em acompanhamento clínico destes pacientes.</p>
<p>PO 011-3</p> <p>FATORES ASSOCIADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SEPSE NO PACIENTE QUEIMADO</p> <p>Breno Baeza, Mariana Aires Fonseca Ibrahim Hamad, Jefferson Lessa Soares Macedo, Pedro Henrique Silva Ruguê, Cristiano Scartazzini</p> <p><i>Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O paciente queimado sofre alterações orgânicas que acabam suprimindo seu sistema imunológico, predispondo-o a infecções que podem evoluir para sepse. O objetivo deste trabalho é investigar através de um estudo retrospectivo os fatores de associados para o desenvolvimento de sepse no paciente queimado.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram coletados dados por meio de prontuário eletrônico de pacientes submetidos a regime de internação hospitalar na unidade de queimados do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) Brasília-DF, no período de julho de 2016 a julho 2017. Definiu-se sepse segundo os critérios da Associação americana de Queimados (ABA), sendo considerado paciente com sepse aquele que apresentou pelo menos 3 critérios clínicos associado a hemocultura positiva. Os controles foram os pacientes com quadro clínico compatível com sepse, porém hemocultura negativa. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, superfície corporal queimada, agente causador da queimadura, tentativa de autoextermínio, o uso de dispositivos invasivos e a presença de complicações.</p> <p>RESULTADOS: O estudo analisou 62 pacientes, 39 do sexo masculino (62,9%) e 23 do sexo feminino (37,1%). A média de idade foi de 33 anos. Em 71,4% dos casos a etiologia principal foi a chama aberta. Em 30% dos casos, a superfície corporal acometida foi maior que 30%. Vinte e três pacientes (37,1%) apresentaram sepse com hemocultura positiva. As principais bactérias isoladas foram <i>Staphylococcus epidermidis</i> (21,1%), <i>Staphylococcus aureus</i> (13,2%) e <i>Acinetobacter baumannii</i> (13,2%). Daqueles com hemocultura positiva, 47% apresentaram 3 ou mais complicações. Dentre os fatores associados para a sepse, destacam-se: adultos jovens, sexo masculino, etiologia de chama aberta, superfície corporal queimada > 30%, presença de 3 ou mais complicações clínicas.</p> <p>CONCLUSÕES: A sepse representa importante causa de mortalidade no paciente queimado, tendo características diferentes dos demais pacientes. Sendo assim, conhecer os fatores de risco para desenvolvimento de sepse no paciente queimado é essencial para o diagnóstico precoce e tratamento adequado desta complicação.</p>	<p>PO 012-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA POS MASTECTOMIA ONCOLÓGICA APOS A LEI 12.802: A REALIDADE BRASILEIRA</p> <p>Eduardo Rodrigues Bezerra, Alder Vieira Santana, Nicole Pimentel Ferreira, Fernanda Vieira Nascimento Gomes, Bruna Soares de Sousa, Lucas Ataídes Amorim França, Ludmila Lobo de Sousa, Ana Karyna Felix Lopes</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - Palmas - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A mastectomia é um procedimento cirúrgico bastante utilizado como forma de tratamento de câncer de mama, sendo a reconstrução mamária um procedimento de grande importância para o seu prognóstico. Devido ao expressivo impacto dessa patologia na saúde pública do país, o objetivo desse trabalho está em analisar as expectativas e realidades do procedimento de reconstrução mamária pós-mastectomia oncológica - garantida pela Lei Federal 12.802 desde 2013 - e a partir de dados do Departamento de Informática do SUS compreender a realidade nacional. Dessa forma, propor intervenções para melhoria e maior acessibilidade das mulheres a esse benefício de grande importância na terapia oncológica - e garantido por Lei.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo, transversal, elaborado a partir da coleta de dados de mastectomias e reconstruções mamárias pós-mastectomia oncológica, realizadas entre abril de 2008 e abril de 2013 e entre maio de 2013 e abril de 2018, em cada macrorregião e em âmbito nacional. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) e a partir deles calculou-se as taxas comparativas de porcentagem por período e por região.</p> <p>RESULTADOS: De abril de 2008 até o mesmo mês do ano de 2013 no Brasil, 42.608 pacientes fizeram mastectomia oncológica, mas apenas 6.964 (16,34%) conseguiram a plástica mamária reconstrutiva - pós mastectomia com implante de prótese mamária (uni ou bilateral). Já, a partir de maio de 2013 até maio de 2018, 43.380 pessoas fizeram a mesma mastectomia, porém apenas 7.484 (17,25%) delas realizaram a reconstrução mamária nesse período - ou seja, um aumento relativo de 5,57% nas reconstruções de mama, comparadas ao total de mastectomias realizadas. Além disso, é perceptível a diferença entre as 5 macrorregiões brasileiras em relação ao alcance da reconstrução mamária pós mastectomia oncológica, sendo nos últimos 5 anos: Norte: 7%; Nordeste: 5,7%; Centro-oeste: 17,2%; Sudeste: 22,2%; Sul: 20,5%.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, por meio de dados extraídos do DataSUS, ao se comparar o período de 2008 a 2013 com os 5 anos posteriores à sanção da Lei Federal 12.802 de abril de 2013, observa-se o aumento relativo de apenas 5,57% nas reconstruções mamárias quando comparadas ao total de mastectomias realizadas. Nesse contexto, a necessidade de assegurar o acesso aos direitos obtidos com a lei de reconstrução mamária e, em contrapartida, a escassez de recursos (médicos com especialização exigida, equipamentos, salas de cirurgia, dentre outros) ainda são discutidos. Em suma, nota-se a dificuldade do sistema público em suprir as demandas desse procedimento e em garantir a universalidade de seus serviços (grande desigualdade entre as diferentes regiões socioeconômicas). Portanto, medidas eficazes, tais como: informar a população utilizando mídias sociais, campanhas publicitárias e propagandas; maior valorização de profissionais aptos; expansão na capacitação de médicos e mais recursos destinados à área da saúde, são fundamentais para que o benefício da Lei seja assegurado.</p>

PO 017-3	PO 019-3
<p>ESTUDO SISTEMÁTICO DOS ENXERTOS NA RINOPLASTIA</p> <p>Lucas França Dib Ferreira Gomes</p> <p><i>Souza marques - rio de janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica por um estudo exploratório baseado em quinze artigos científicos sobre enxertos na rinoplastia, disponíveis online em textos completos nas línguas portuguesas e inglesas. Tais artigos foram acessados nas bases de dados Scielo no período de 2000 a 2015. Descritores: rinoplastia, enxerto.</p> <p>RESULTADOS: A rinoplastia é uma operação para remodelamento nasal, com uso frequente de material de inclusão para dar acabamento nasal. Tais materiais podem ser classificados como enxertos e implantes. Os enxertos podem ser autógenos ou alógenos. Os primeiros são advindos do próprio paciente como a cartilagem, osso, fásia e derme, por exemplo; sendo o mais utilizado devido a alta biocompatibilidade e baixo risco de infecção e extrusão. Já os segundos são advindos de doadores de mesma espécie como cartilagem irradiada e derme acelar. Os implantes são sintéticos biocompatíveis como o silicone, politetrafluoretileno e o polimetilmetacrilato. Dos mais utilizados na prática cirúrgica, enxertos autógenos, a cartilagem destaca-se por suas propriedades físicas e fácil obtenção. O septo é a principal área doadora cartilaginosa por ser forte e retilínea. As costelas possui uma extensa cartilagem, permitindo moldar enxertos longos, retilíneos e espessos; entretanto, há incisão no tórax, aumentando a morbidade e dor no pós-operatório; além de precisarem ser bem fixados para não entortarem com o tempo. Já a cartilagem auricular possui fácil acesso e baixa morbidade; porém, limita-se por não ter enxertos retilíneos. Os enxertos podem ser utilizados em monoblocos ou fragmentados - esmagados ou picados - sendo estes revestidos ou não por uma contenção (surgical, fásia temporal, etc); cuja finalidade é melhorar o acabamento sob a pele fina da raiz, do dorso e da ponta nasal. Os monoblocos apresentam maior resistência, menor estresse mecânico e menor reabsorção. Os enxertos esmagados sofre mais fibrose e absorção devido ao dano na matriz cartilaginosa. Já os picados conservam a matriz cartilaginosa, mantendo seu volume a longo prazo, com uma alta versatilidade e eficiência no acabamento do contorno nasal. Entretanto, os enxertos fragmentados podem ser perceptíveis após cicatrização principalmente na raiz e no dorso nasal. Dessa forma, institui-se enxertos em forma de gravetos para deixar menos perceptível ou palpável, deixando um contorno mais uniforme ao longo do dorso nasal; além de sofrer menor absorção devido a integridade da sua matriz cartilaginosa.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar da gama de variações dos tipos de enxertos utilizados na rinoplastia, com suas propriedades viáveis e inviáveis, o material apropriado dependerá das suas características e da necessidade da cirurgia para se adequar perfeitamente ao remodelamento nasal do paciente.</p>	<p>CÂNCER DE PELE NÃO MELANOCÍTICO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL: PREVALÊNCIA E TRATAMENTO</p> <p>Rafael Pelissaro, Ana Cristina Beitia Kraemer, Nathalia Zibetti Maestri, Pedro Ferreira Ceretta, Waleska Jackowski Bilous</p> <p><i>Universidade Católica de Pelotas - UCPel - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As neoplasias malignas da pele são os tumores mais comuns adquiridos pelo ser humano no curso de sua vida. O câncer de pele do tipo não-melanócito corresponde a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Cerca de 165.580 novos casos (85.170 homens e 80.140 mulheres) são detectados anualmente, segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA. Os mais frequentes e, por isso, de muito interesse à saúde pública, o carcinoma basocelular (CBC), o mais comum e de menor letalidade e o carcinoma epidérmico (CEC). Carcinoma basocelular é exemplar de tumor maligno e raro poder de metastatização. O CBC não apresenta lesão precursora conhecida. Histologicamente, é estratificado em nodular, menos agressivo e micronodular, infiltrativo e esclerodermiforme, mais agressivos. Dentre as opções de intervenção a cirurgia com exérese total da lesão e reconstrução no mesmo tempo cirúrgico, priorizando correção com retalhos locais constitui o tratamento padrão de referência para esses tumores. Abscisões conservadoras podem resultar em retirada incompleta do tumor e recidiva. Sua etiologia é multifatorial. A exposição crônica aos raios solares sem fotoproteção a principal causa para o surgimento das lesões. A predisposição genética e idade avançada contribuem para o alto risco de desenvolvimento do câncer de pele. O presente trabalho tem como objetivo analisar os casos de câncer de pele não-melanoma, entre os anos de 2009 a 2014, no ambulatório de cirurgia de Canguçu, RS.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo transversal em que se analisou pacientes submetidos a tratamento de carcinoma de pele em centro cirúrgico, avaliados quanto a idade, sexo, localização anatômica, dimensões das lesões, subtipo histológico e abordagem terapêutica. Obteve-se dados histológicos através de 97 laudos anatomopatológicos e registros de prontuários armazenados no Epidata e analisados no STATA, considerados como prevalência.</p> <p>RESULTADOS: A análise dos dados mostrou prevalência de idade de 34,4% entre os 60-69 anos, do sexo feminino em 51,6% e na região facial com 24,2%. O carcinoma basocelular apareceu em 76% dos casos, sendo o tipo micronodular o mais comum 43,6%, com 67,4% infiltrativos e invasão da derme de 69,6%. O diâmetro dos tumores foi de 0,3 e 1,0 cm em 39,2% dos casos. Observamos que a cirurgia foi o tratamento de escolha, em 26,8% dos casos foi feita ressecção e sutura simples e as ressecções seguidas de retalhos dermocutâneos ocorreram em 73,2% tratados. As recidivas foram de 5,2%. A ampliação de margens ocorreu em 12,4% dos casos reoperados.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se predomínio de CBC e do sexo feminino nos pacientes estudados, demonstrando a tendência atual desse tumor. A abordagem terapêutica foi ao encontro dos dados encontrados na literatura. Por ser a neoplasia de maior prevalência na população saber identificar as lesões precocemente, bem como conhecer os fatores de risco e indicar tratamento cirúrgico adequado, ao considerar as margens de ressecção, são primordiais para um diagnóstico precoce e cura dos pacientes.</p>
<p>PO 023-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE FENDA LABIAL E FENDA PALATINA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM, PA, DE OUTUBRO DE 2010 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Natália Guedes Alves, Yasmin Amorim dos Santos, Tiago Braga Duarte, Einar Afonso Fried dos Santos, Michelle Gonçalves Maués, Samara Nazaré dos Santos Costa, Alessandra Barros Dysarz, Ian Chaves Daher</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados com Fissura lábio palatina do município de Santarém, no estado do Pará, entre o período de outubro de 2010 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo é de caráter quantitativo e retrospectivo. Foi realizada a análise de dados públicos do sistema DATASUS sobre pacientes com morbidades relacionadas a fenda labial ou fenda palatina internados entre o período de outubro de 2010 a outubro de 2018. As variáveis analisadas foram sexo, raça, faixa etária, caráter do atendimento e ano do atendimento. De acordo com a natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística descritiva, sendo informados os valores percentuais dos dados e exposição destes por meio de gráficos e tabelas por meio do software Microsoft Excel 2016.</p> <p>RESULTADOS: A Fissura Lábio Palatina (FLP) é a deformidade craniofacial congênita mais frequente, apresenta-se de formas variadas e promove distorções anatômicas no lábio superior, nariz e palato. No Brasil, estudos apontam que a prevalência varia de 0,19 a 1,54 por mil nascidos vivos. Dentro do período pesquisado, foram cadastrados no sistema DataSUS 514 pacientes com morbidades geradas por fenda labial ou fenda palatina em Santarém, PA. Quanto ao sexo dos pacientes, a maioria era do sexo masculino (60,70%). A raça predominante foi a parda (85,99%). A faixa etária mais prevalente é entre 1 e 9 anos (48,06%). Ademais, o caráter de atendimento foi majoritariamente eletivo (71,98%) e a maioria dos pacientes foi atendido no ano de 2016 (15,95%).</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico do paciente internado devido a morbidades ocasionadas por fenda labial ou fenda palatina em Santarém, PA, no período de outubro de 2010 a outubro de 2018 corresponde ao sexo masculino, na faixa etária de 1-9 anos, pardo, sendo a maioria dos atendimentos eletivos.</p>	<p>PO 024-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE QUEIMADURAS E CORROSOES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELEM, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Ian Chaves Daher, Matheus Gonçalves Maués, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Alessandra Barros Dysarz, Fabiel Spani Vendramin</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico da morbidade de queimaduras e corrosões na Região Metropolitana de Belém, PA, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018. As informações captadas foram tabuladas para melhor compreensão e, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram sexo, idade, cor/raça, tipo de internação e número de óbitos.</p> <p>RESULTADOS: As queimaduras são feridas traumáticas causadas por agentes que podem ser térmicos, químicos (corrosões), elétricos ou radioativos, os quais atuam nos tecidos de revestimento do corpo, destruindo total ou parcialmente a pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos. Esses tipos de ferimentos podem ser classificados de acordo com a profundidade da lesão. Segundo os dados do SIHSUS, dos 1.130 pacientes internados, 770 eram do sexo masculino (68,1%), enquanto 360 eram do sexo feminino (31,9%). Quanto ao critério idade, foi encontrada prevalência da faixa etária entre 1-4 anos, representado por 304 internações (27%). Em relação ao tipo de população, 1110 eram pardos (98,2%), 6 brancos (0,53%), 1 negro (0,09%), 3 amarelos (0,26%) e 10 internações sem informação (0,88%). Quanto ao tipo de internação, 1125 foram internados em caráter de urgência (99,5%) e 5 de forma eletiva (0,5%). O número de óbitos no período foi de 54 pacientes (4,78%).</p> <p>CONCLUSÕES: As queimaduras são problema de saúde pública mundial e têm maior incidência nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsáveis por cerca de 265.000 mortes por ano. A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que a maioria das internações por motivo de queimaduras e/ou corrosões na Região Metropolitana de Belém no período avaliado foram de urgência, sendo caracterizadas por pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 1-4 anos, de cor parda, sendo que 54 pessoas foram a óbito. Sabe-se que os acidentes com queimaduras necessitam de um centro especializado com uma equipe multiprofissional envolvida na assistência às vítimas, já que esses pacientes precisam de um tratamento individual e específico.</p>

PO 025-3	PO 026-3
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRAUMATISMO INTRACRANIANO NO MUNICÍPIO DE SANTAREM, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018</p> <p>Kennedy Medeiros Cavalcante, Bruna Brandão Moreira, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Fabiel Spani Vendramin, Matheus Gonçalves Maués</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes registrados com traumatismo intracraniano no município de Santarém, no estado do Pará, de outubro de 2015 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: O perfil epidemiológico traçado baseia-se numa análise documental de caráter quantitativo e retrospectivo, a partir de dados fornecidos pelo do banco de dados do Ministério da Saúde, DATASUS, entre o período de outubro de 2015 a outubro de 2018. Foram considerados na análise aspectos etários, sexo e cor/raça das vítimas. A fim de levantar informações referentes ao assunto, foram consideradas publicações disponíveis nos bancos de dados do Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).</p> <p>RESULTADOS: O traumatismo intracraniano pode ser definido como um tipo de Traumatismo Craniocerebral, de caráter não degenerativo ou congênito, que desencadeie lesões anatômicas ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encefalo. De acordo com os dados obtidos pelo DataSus-TabNet, o traumatismo intracraniano é uma morbidade que acomete, diariamente, uma importante parcela da população nos grandes centros urbanos. Em Santarém, no período em análise, foram notificados e confirmados 1349 casos de traumatismo intracraniano. E, a partir dos resultados, pôde-se perceber que há prevalência de casos com vítimas na faixa etária dos 20-29 anos (23,94%), dentre os quais a prevalência maior foi em pessoas da cor/raça parda (99,48%) e homens (72,49%).</p> <p>CONCLUSÕES: É essencial que haja mecanismos de levantamento epidemiológico capazes de traçar o perfil das vítimas acometidas a fim de identificar possíveis situações de risco a que a população local está submetida. Os resultados obtidos na pesquisa possibilitaram, portanto, uma análise mais detalhada dos casos de traumatismo intracraniano registrados no município de Santarém e constituiu uma importante ferramenta para implementação de medidas de intervenção mais efetivas para localidade com vistas à prevenção e à redução dessas lesões.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE QUEIMADURAS E CORROSOES NO MUNICÍPIO DE MARABÁ, PA, DE OUTUBRO DE 2008 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Armando da Silva Rosa, Amanda Freitas Teixeira da Silva, Tiago Braga Duarte, Samara Nazaré dos Santos Costa, Einar Afonso Fried dos Santos, Michelle Gonçalves Maués, Fabiel Spani Vendramin, Ian Chaves Daher</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico de pacientes queimados na cidade de Marabá, Pará, no período de outubro de 2008 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo é de caráter quantitativo e retrospectivo. Sendo realizada a análise de dados públicos do sistema DATASUS sobre pacientes acometidos com queimaduras no município de Marabá(PA), de outubro de 2008 a outubro de 2018. As variáveis analisadas foram sexo, raça e faixa etária. Então, foi realizada análise estatística descritiva, sendo as porcentagens e dados obtidos expostos em gráficos e tabelas criados no software Microsoft Word 2010®.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, cerca de um milhão de acidentes envolvendo queimaduras ocorre a cada ano, sendo responsável por aproximadamente 2.500 mortes de forma direta ou indireta. As queimaduras são consideradas um problema de saúde pública por representar uma ameaça à vida, principalmente na população pediátrica. São uma das principais causas de morte acidental, podendo ser causadas por uma variedade de fontes, como a térmica, elétrica, química e a radiação. Esta lesão pode ser classificada quanto a profundidade da injúria epitelial em queimadura de primeiro grau que atinge somente a epiderme, sem a formação de bolhas; queimadura de segundo grau pode ser superficial ou profunda com formação de bolhas; e queimadura terceiro grau danifica todas as camadas da pele, tecido celular subcutâneo até tecidos profundos como músculos e ossos. Na base de dados DATASUS, foram encontrados um total de 194 casos de queimaduras e corrosões no período de 10 anos. Sendo que a maioria envolvia pessoas do sexo masculino com um número de 125 casos (64,4%), enquanto que o sexo feminino representava 69 casos (35,5%). Além disso, foi observada também a maior prevalência de pacientes de raça parda, que estavam envolvidos em 60 dos casos relatados (30,9%), enquanto que a raça negra possuía apenas 1 caso e os demais (68,5%) não apresentavam esta informação. Já quanto à idade dos pacientes, foram encontrados apenas 73 casos (37,6%) em pacientes adultos, entre 20 e 59 anos, e 6 casos (3%) em pacientes idosos, acima dos 60 anos. A grande maioria envolvia crianças até os 19 anos, com um total de 104 casos (53%), com destaque para a faixa de etária até 4 anos de idade, que somava 62 casos de queimadura.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos dados analisados, observou-se que a prevalência dos casos de internações por queimaduras e corrosões em Marabá, PA, no período de outubro de 2008 a outubro de 2018 é maior no sexo masculino e crianças de até 4 anos.</p>
<p>PO 027-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE QUEIMADURAS E CORROSOES NO MUNICÍPIO DE SANTAREM, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Igor Moraes do Espírito Santo, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Fabiel Spani Vendramin, Matheus Gonçalves Maués</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Consiste em avaliar, em termos epidemiológicos, a morbidade das queimaduras e das corrosões que acometeram indivíduos residentes na cidade de Santarém, no Pará, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Fez-se um estudo epidemiológico transversal descritivo, usando como referência bases de dados governamentais como TabNet e DataSUS. Utilizou-se a delimitação de tempo de outubro de 2015 a outubro de 2018, usando o município de Santarém nas seleções disponíveis. Além disso, escolheram-se variáveis de interesse para o estudo, tal como faixa etária, sexo e etnia. Assim, os valores obtidos foram organizados no programa Microsoft Office Excel para cálculos e melhor percepção da morbidade.</p> <p>RESULTADOS: No município de Santarém, ocorreram 34 casos de internação e 1 óbito por motivo de queimadura ou corrosão no período de outubro de 2015 a outubro de 2018. Dentre as internações, a maioria é de pessoas do sexo masculino (27 pessoas), o que corresponde a 79,41% do total de internações, valor que ratifica os homens como mais atingidos. Já para o sexo feminino, houve 7 internações, 20,58% do total avaliado, sendo que se ressalta o único óbito ocorrido no período analisado ter sido de uma mulher. No que tange à etnia, o número mais expressivo é o de pardos, somando 85,29% dos casos de internação (29 pessoas); seguido por etnias não informadas, 3 internações; e, por fim, pessoas indígenas e brancas, tendo estas últimas sido representadas por 1 internação cada. Em outra análise, o maior número de internações acometeu a faixa etária de 20 e 49 anos, seguido pela faixa de 0 a 19 anos. Por fim, houve duas internações de pessoas acima dos 50 anos de idade.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos dados expostos, o estudo revela a predominância do perfil masculino, idades entre 20 e 49 anos e de etnia parda, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018, como principais atingidos por queimaduras e corrosões no município de Santarém.</p>	<p>PO 028-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE FENDA LABIAL E FENDA PALATINA NO MUNICÍPIO DE BELEM, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Viviane Elleres Soares Alves, Rafael Machado Lobato, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Fabiel Spani Vendramin, Igor Almeida Teixeira da Silva de Figueiredo</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar um levantamento acerca do perfil epidemiológico dos pacientes com fenda labiopalatina no município de Belém, no estado Pará, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018.</p> <p>MÉTODO: O estudo possui caráter quantitativo e retrospectivo, analisando-se, a partir do DATASUS, dados públicos referentes à ocorrência de fenda labial e/ou fissura palatina relacionados a morbidades no período de outubro de 2015 a outubro de 2018 no município de Belém (PA). Durante o levantamento, as variáveis analisadas foram: faixa etária, cor, raça, idade, caráter do atendimento e ano do atendimento. Diante dessas, realizou-se uma análise estatística descritiva a partir de dados quantitativos e percentuais.</p> <p>RESULTADOS: Dados apontam que uma em cada 700 mil crianças, que nascem no mundo, pode apresentar a fissura labiopalatina. No Brasil, a proporção é de uma para cada 650 nascimentos, segundo informações do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho), da Universidade de São Paulo (USP). A importância de evidenciarmos um perfil epidemiológico para FLP constitui em traçar metas específicas, objetivando uma melhora significativa na qualidade do atendimento, visando uma maior satisfação por parte da comunidade envolvida, bem como, identifica necessidades e propõe soluções para os problemas, direcionando assim, as ações de saúde para dificuldades evidenciadas. Desse modo, a partir do levantamento realizado, observou-se o cadastramento de 155.190 pessoas, na plataforma DataSUS, que apresentaram morbidades ocasionadas por Fissura Labiopalatina durante o período analisado no município de Belém. Dessa forma, percebe-se que o perfil predominante dos pacientes atendidos foi de faixa etária entre 1 a 4 anos (36,91%), do sexo masculino (54,58%) e de raça parda (84,58%). Além disso, o tipo de atendimento mais recorrente foi eletivo (79,26%), em que o ano com maior índice de ocorrências foi 2016 (55,93%).</p> <p>CONCLUSÕES: Percebe-se, a partir do levantamento, que o perfil epidemiológico das morbidades relacionadas à ocorrência da fenda labiopalatina em Belém, PA, apresenta características específicas, como uma predominância significativa em pessoas da raça parda, do sexo masculino e com acentuada ocorrência na faixa etária de 1 a 4 anos.</p>

<p style="text-align: center;">PO 029-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DA MORBIDADE DE FENDA LABIAL E FENDA PALATINA NO MUNICIPIO DE MARABA, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Diego de Sousa Sena, Raissa Desyree Duarte Pereira, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Samara Nazaré dos Santos Costa, Einar Afonso Fried dos Santos, Alessandra Barros Dysarz, Igor Almeida Teixeira da Silva de Figueiredo</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com Fissura Labiopalatina do município de Marabá, no estado do Pará.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo e descritivo. Foi realizada a análise de dados públicos do sistema DATASUS sobre pacientes com morbidades relacionadas a fenda labial ou fenda palatina internados entre o período de outubro de 2015 a outubro de 2018. As variáveis analisadas nesses três anos foram sexo, raça, faixa etária, caráter do atendimento e local de atendimento. De acordo com os números encontrados, foi aplicado conhecimento de estatística, onde os dados foram convertidos em valores percentuais e houve exposição destes por meio de gráficos e tabelas produzidos no software Microsoft Excel 2010.</p> <p>RESULTADOS: As fissuras labiopalatinas (FLP) são malformações congênitas resultantes de falhas no processo embrionário entre a 4ª e 12ª semana, com acometimento de lábio superior, palato duro e assoalho da cavidade nasal. No Brasil as FLP atingem uma criança em cada 650 nascimentos. No período estudado, foram verificados 206 pacientes com casos de fenda labial ou fenda palatina no município de Marabá. Analisando esses números foi possível constatar que a maioria desses pacientes é do sexo feminino (53,39%). No que se refere à raça, a parda (97,57%) mostrou-se predominante. A faixa etária com a maior incidência foi a de 1 a 4 anos (31,55%) e o caráter de atendimento predominante foi o Eletivo (64,56%). Além disso, os dados também apontam que 99,51% dos pacientes foram atendidos no Hospital Regional do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do estudo realizado é possível perceber que os pacientes com FLP do município de Marabá possuem um perfil caracterizado por ser majoritariamente feminino, com uma predominância acentuada de casos na população parda, atingindo mais crianças, principalmente na faixa de 1 a 4 anos, e apresentam caráter eletivo de atendimento. O alto índice de atendimentos no Hospital Regional do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso, conhecido por ofertar o serviço de cirurgia plástica reparadora, demonstra a importância desta instituição para o município em questão.</p>	<p style="text-align: center;">PO 030-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE TRAUMATISMO INTRACRANIANO NO MUNICIPIO DE MARABA, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Igor Almeida Teixeira da Silva de Figueiredo, JOAO RAFAEL REIS VALENTE, Michelle Gonçalves Maués, Tiago Braga Duarte, Einar Fried dos Santos, Fabiel Spani Vendramin, Samara nazare dos Santos Costa</p> <p><i>Universidade federal do pará - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico de traumatismo intracraniano do município de Marabá, no estado do Pará.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo é de caráter quantitativo e retrospectivo. Foi realizada a análise de dados públicos do sistema DATASUS sobre pacientes acometidos por traumatismo intracraniano internados entre o período de outubro de 2015 a outubro de 2018. As variáveis analisadas foram sexo, faixa etária, ano do atendimento e óbitos. De acordo com a natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística descritiva, sendo informados os valores percentuais dos dados e exposição destes por meio de gráficos e tabelas por meio do software Microsoft Excel 2016</p> <p>RESULTADOS: O traumatismo intracraniano ou traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido como qualquer agressão gerada por forças externas capazes de ocasionar lesão anatômica ou comprometimento funcional de estruturas do crânio ou do encéfalo, sendo o trauma a principal causa de morte em pessoas entre 1 e 44 anos. O traumatismo intracraniano é o principal determinante de morbidade, incapacidade e mortalidade dentro deste grupo. A recuperação dos sobreviventes é marcada por sequelas neurológicas graves e por uma qualidade de vida muito prejudicada. O conhecimento do perfil epidemiológico de pacientes acometidos por traumatismo intracraniano é muito importante para a comunidade acadêmica, por abrir caminho e subsidiar novas pesquisas; e para os profissionais e pacientes do centro, por possibilitar uma melhor estruturação dos serviços. Dentro do período pesquisado, foram cadastrados no sistema DataSUS 874 pacientes acometidos por traumatismo intracraniano em Marabá, PA. Quanto ao sexo dos pacientes, a maioria era do sexo masculino (79,63%) e a minoria do sexo feminino (20,37%). A faixa etária mais prevalente é entre 15 e 39 anos (51,4%). A maioria dos pacientes foi atendido no ano de 2017 (34,4%) e apenas 15 pacientes (1,71%) evoluíram a óbito.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico do paciente internado devido o acometimento por traumatismo intracraniano em Marabá, PA, no período de outubro de 2015 a outubro de 2018 corresponde ao sexo masculino, na faixa etária de 15-39 anos, tendo a maioria dos casos não evoluindo a óbito.</p>
<p style="text-align: center;">PO 031-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE TRAUMATISMO INTRACRANIANO NO MUNICIPIO DE BELEM, PA, DE OUTUBRO DE 2015 A OUTUBRO DE 2018.</p> <p>Renata Silva Forte, Tomaz Jose Vasconcelos do Carmo, Michelle Gonçalves Maués, Einar Fried dos Santos, Tiago Braga Duarte, Samara Nazare dos Santos Costa, Fabiel Vendramin, Joao Rafael Reis Valente</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico do traumatismo intracraniano do município de Belém, no estado do Pará</p> <p>MÉTODO: Pesquisa quantitativa, transversal retrospectivo utilizando a base de dados online do Departamento de Informática do SUS – DATASUS para quantificar a ocorrência de casos de Traumatismo intracraniano no município de Belém, PA, de outubro de 2015 a outubro de 2018. As variáveis analisadas foram sexo, cor e faixa etária, sendo que os resultados obtidos serão expostos quantitativamente e por porcentagem em gráficos e tabelas.</p> <p>RESULTADOS: O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é qualquer agressão capaz de lesionar anatomicamente ou funcionalmente o crânio, meninges ou encéfalo, e constitui um dos grandes problemas de saúde pública mundial, apresentando elevada e ascendente incidência no mundo de hoje, representando importante causa de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens. Trauma é a terceira causa de morte do mundo e a principal causa de morte entre os 1 a 44 anos, na qual o TCE é responsável por 25% dos óbitos e cerca de 50 a 75% dos indivíduos que sofreram TCE apresentam sintomas cognitivos e comportamentais, que estão presentes em segmentos de até 15 anos. A etiologia é variável, conforme idade e sexo. Foi observado um total de 1470 casos entre o período de outubro de 2015 e outubro de 2018. Dentre esses, 75,9% dos casos foram com o sexo masculino, demonstrando uma evidente diferença entre homens e mulheres acometidos. Pode-se observar também, que as faixas etárias em que houve um maior número de casos foram entre 20-29 e 30-39 anos, 349 e 247 casos respectivamente. Ademais, em relação a raça nota-se uma predominância na cor parda, com 293 casos, contudo, o número de casos sem informação é de 1169.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com traumatismo intracraniano no município de Belém, PA, entre o período de outubro de 2015 e outubro de 2018 corresponde ao sexo masculino, entre a faixa etária de 20-39 anos, pardos. Sendo assim, diante da importância de um TCE como sério problema de saúde pública, é indispensável a necessidade de tratamento e reabilitação especializada e interdisciplinar, além de medidas preventivas</p>	<p style="text-align: center;">PO 033-3</p> <p>MASTOPEXIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIATRICA: UMA REVISAO DAS PRINCIPAIS TECNICAS.</p> <p>Rafaella Sousa Araujo, Juliana Oliveira da Silva, Andressa Kellen Andrade Pontes Amorim, Adnaya Duarte Rosa, Luis Augusto França Vasconcelos, Diego Henrique Oliveira Dornelas, Daniel Nunes Bastos Cândido de Sá, Stéphane Lima Rabahi</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - Palmas - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar as técnicas cirúrgicas utilizadas hodiernamente nos procedimentos de mastopexia em pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica prévia, no intuito de entender as condutas do cirurgião de acordo com a individualidade de cada técnica.</p> <p>MÉTODO: O estudo consiste em uma revisão sistemática de artigos das bases SciELO, LILACS, PubMed e Bireme, disponíveis na íntegra em português. Para a pesquisa utilizaram-se os descritores "Técnicas de mastopexia", "Mastopexia", "Pós-bariátrica" e "Evolução da técnica de mastopexia".</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 49 artigos, dentre os quais elegeram-se 7 para a presente revisão. Em razão da variedade de aspectos mamários, há diferentes técnicas de mastopexia para correção de variados graus de ptoses. As técnicas apresentam sempre os objetivos de promover o preenchimento do volume mamário, com tecido autólogo ou prótese, e o reposicionamento do complexo areolopapilar (CAP). Na literatura, os autores entram em consenso para o tratamento das ptoses citadas. As ptoses de grau I são tratadas com a técnica de ressecção periareolar, enquanto que as de graus II e III são tratadas pela técnica em T-invertido, retalhos tipos I e III de Ribeiro, com inclusão de implantes mamários. O retalho tipo I tem a forma retangular e é vascularizado pelas artérias perforantes do 4º ao 7º espaços intercostais e ramos da artéria mamária interna. O retalho tipo III é triangular, ou losangular, e é indicado quando deseja o aproveitamento máximo do tecido. Este tipo de retalho possui suprimento vascular semelhante ao do tipo I, tendo ainda suprimento secundário randômico do plexo subdérmico de sua porção inferior. Já as ptoses com perda de volume significativa, com flacidez cutânea e excesso toracolateral, são tratadas com uma técnica que remodela o parênquima. Se trata de uma mastopexia com fixação dérmica e remodelação do parênquima, associada ao aumento com tecido autólogo, na qual utiliza o excesso de tecido do prolongamento toracolateral da mama. Esta técnica possui como vantagem a economia por não usar prótese, o tratamento da região toracolateral e ainda a manutenção do preenchimento do polo superior por tempo mais prolongado, devido a fixação dérmica do retalho central ao perióstio da segunda costela.</p> <p>CONCLUSÕES: A classificação dos graus de ptose mamária ou de mama pós bariátrica tem sua importância, visto que esta é a primeira etapa do planejamento e guia o cirurgião na definição da técnica aplicada na mastopexia. Assim, as técnicas se apresentam de formas específicas e variadas, alcançando o objetivo de reposicionar o CAP, preencher o volume mamário e manter o melhor suprimento sanguíneo ao tecido realocado. Dessa forma, fornecem de forma completa as diferentes opções para possibilitar o tratamento direcionado à peculiaridade de cada caso, devendo, portanto, ser associadas à precisão e conhecimento teórico da equipe para promover a escolha do procedimento mais apropriado.</p>

<p style="text-align: center;">PO 034-3</p> <p>MORBIDADE HOSPITALAR POR NEOPLASIA MALIGNA DE PELE NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018.</p> <p>Anderson Rodrigues Dourado Bastos, Carolina Matos Dórea, Denise Carneiro de Oliveira, Diego Lopes Paim Miranda, Dyonatas Rodrigues da Mata, Hanna Mina dos Santos Corrêa, Izadora de Jesus Oliveira, Rafaela Manuela Barreto Suarez Solla</p> <p><i>Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a morbidade hospitalar das neoplasias malignas de pele no estado da Bahia no período de janeiro de 2014 a novembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, notificados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde.</p> <p>RESULTADOS: Segundo dados coletados, foi encontrado um total de 4.827 casos de internação por neoplasia maligna de pele, de 2014 a 2018, com média de permanência de 2,6 dias e taxa de mortalidade de 3,81. Quanto ao sexo, 50,18% (2.422) dos pacientes internados eram do sexo masculino. No contexto étnico, 60,56% (2.923) eram pardos, seguidos de 20,99% (1.013) da cor branca. As faixas etárias mais acometidas durante o período selecionado foram as de 70 a 79 anos, com 22,5% (1.086), e 60 a 69 anos, com 22,1% (1.067). Quanto ao ano de internamento, houve um aumento gradativo no número de casos ao longo dos anos do estudo, com pico em 2018 (38,2%). No que se refere ao regime de internamento, 79,20% (3.823) dos casos foram ignorados, seguidos de 14,52% (701) no regime privado.</p> <p>CONCLUSÕES: Conforme os dados apresentados, depreende-se que o perfil epidemiológico das neoplasias por câncer de pele na Bahia não apresenta diferença significativa entre os sexos, mas inclui predominantemente pacientes idosos, de cor parda ou branca. O aumento do número de internações está associado a fatores como maior expectativa de vida, melhores condições de acesso aos serviços de saúde, aprimoramento dos sistemas de notificação e incapacidade de prevenção e detecção precoce da doença.</p>	<p style="text-align: center;">PO 035-3</p> <p>INCIDENCIA DE SEROMA POS-ABDOMINOPLASTIA</p> <p>Leonardo Palermo Barbosa, Ana Carolina Hatsuia Ferreira, Carlos Alberto Russi Colette</p> <p><i>ESCS e UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esta revisão sistemática visa abordar e analisar a literatura vigente sobre uma das mais frequentes intercorrências de pacientes submetidos à abdominoplastia, o seroma, relatando os principais fatores relacionados a sua formação e as medidas preventivas para minimizá-lo.</p> <p>MÉTODO: Um levantamento bibliográfico das bases de dados PubMed, MedLine e Lilacs foi realizado para identificar artigos na área de cirurgia plástica indexados no período de 2010 até 2018, que relataram a incidência de seroma pós-abdominoplastia. Foram utilizados os descritores: "abdominoplastia", "complicações pós-operatórias" e "seroma".</p> <p>RESULTADOS: A abdominoplastia é um procedimento estético que tem como objetivos remodelar o corpo por meio da remoção de tecidos abdominais redundantes, reparar o sistema musculoponeurótico eliminar cicatrizes prévias, quando possível. Apesar de ser uma cirurgia eletiva, tal ato não está isento das possíveis complicações locais e sistêmicas. Dentre essas, a formação de seroma no pós-operatório é a mais frequente, incidindo de 1% a 57% nos pacientes, com uma média aceita pela maioria dos autores de 10%. O seroma é uma coleção de exsudato de volume maior que 20 mL, com predomínio de neutrófilos e alta concentração proteica. O diagnóstico é realizado por meio do exame ultrassonográfico, usualmente, entre o 10º e o 20º dia pós-operatório, quando este se manifesta. Os potenciais mecanismos de formação do seroma são a dissecação dos vasos linfáticos, o espaço morto resultante de áreas lesadas, as forças de cisalhamento entre o retalho dermogorduroso e a superfície lisa da fásia do reto, e a liberação de mediadores inflamatórios após a cirurgia. Ademais, existem fatores predisponentes como obesidade ou grandes perdas ponderais, tabagismo e diabetes. Para reduzir o alto índice de seroma, algumas medidas têm sido preconizadas, como uso do dreno, selante de fibrina, Progressive Tension Suture (PTS), sutura de Quilting e a preservação da fásia Scarpa. Dentre os estudos analisados, a taxa de desenvolvimento do seroma na utilização isolada de dreno ou de PTS varia de 2% a 26% e de 0,1% a 4%, respectivamente. Bem como a aplicação do PTS, a preservação da fásia de Scarpa está associada à redução da probabilidade de formação de seroma pós-abdominoplastia. Todavia, a eficiência de métodos como a sutura de Quilting e o selante de fibrina foi similar ao uso do dreno. Por fim, associações de procedimentos são feitas buscando um maior grau de satisfação dos pacientes, dentre elas a lipoabdominoplastia. Contudo, a junção dessas técnicas não altera as taxas de seroma pós-operatório em relação a abdominoplastia convencional.</p> <p>CONCLUSÕES: Perante o exposto, o seroma persiste como a complicação mais frequente no pós-operatório da abdominoplastia. Entretanto, métodos preventivos como o uso de PTS e a preservação da fásia Scarpa têm sido implementados a fim de diminuir as taxas de ocorrência. Por fim, a associação com a liposução não interfere na incidência de seroma pós-abdominoplastia.</p>
<p style="text-align: center;">PO 036-3</p> <p>RELAÇÃO DO DANO DO NERVO INTERCOSTOBRACHIAL COM A SINDROME DOLOROSA POS-MASTECTOMIA : UMA REVISAO DA LITERATURA</p> <p>Beatriz Pires Paes, Mariana Oliveira Santana, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Síndrome Dolorosa Pós-Mastectomia (SDPM) é uma complicação com incidência significativa e que representa um fator limitante para mulheres mastectomizadas, resultando em um impacto negativo na qualidade de vida. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da literatura sobre a relação entre a SDPM e a lesão do nervo intercostobraquial (ICB), evidenciando a importância da preservação desse nervo durante a cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada busca on-line nas bases de dados Medline-PubMed e Scielo, compreendendo um período de dez anos (2009 a 2019), utilizando-se os seguintes descritores: mastectomia, síndrome dolorosa pós-mastectomia e nervo intercostobraquial. Foram também consultados livros-textos disponíveis na biblioteca do campus do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB).</p> <p>RESULTADOS: O risco de lesão nervosa durante o ato cirúrgico pode ser semelhante para as operações radicais e conservadoras e está na dependência das alterações anatômicas apresentadas pelo nervo ICB, tanto na localização como em suas ramificações. A SDPM é definida pela International Association for Study of Pain (IASP) como dor crônica que se inicia após mastectomia ou quadrantectomia, localizada na face anterior do tórax, axila e/ou na metade superior do braço e que persiste por período superior a três meses após a operação. Há diversos fatores que representam fatores de risco para desenvolvimento dessa síndrome, como idade jovem, índice de massa corporal elevada, dissecação do linfonodo axilar, tumor com localização súpero-lateral, quimioterapia, radioterapia e variáveis psicossociais. A técnica cirúrgica de preservação do nervo ICB mostrou-se, em diversos estudos, factível em 72% a 100% dos casos, diminuindo, assim, as alterações de sensibilidade dolorosa do braço.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir que o estudo da anatomia do nervo ICB (inserção e ramificações) e sua dissecação da parede torácica lateral para que seja isolado e seu ramo, exposto, levaria à diminuição do número de lesões a esse nervo durante as cirurgias de mastectomia e, consequentemente, evitaria casos de SDPM. Além disso, foi demonstrado em diversos trabalhos que a preservação desse nervo não altera o tempo cirúrgico (leva de 10 a 20 minutos) ou o número de linfonodos dissecados, não representando, portanto, desvantagens.</p>	<p style="text-align: center;">PO 037-3</p> <p>RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA EM QUEIMADURAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Gabriella Bento de Moraes, Marina Brasileiro Cesar Leitão, Marina Braga Santos, Vitor Silva Ferreira, Matheus da Costa Souto, Marcela Rolim da Cruz, Vanessa Araújo Alves, Natália Gondim Cavalcanti</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIPÊ - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: No cenário de pacientes queimados é importante minimizar riscos de sequelas em todo o seu tratamento. Dito isso, dentre os diversos processos que o paciente é submetido, um deles é o uso de enxerto ou retalhos. Logo, o objetivo deste trabalho é compor uma revisão de literatura que discorra sobre os aspectos da reconstrução microcirúrgica em pacientes queimados, como suas indicações, contra indicações e vantagens.</p> <p>MÉTODO: O estudo é uma Revisão da Literatura, sendo baseado e desenvolvido na análise de artigos na base de dados PubMed, LILACS, SciELO e Medline datados nos últimos dez anos. Foi um trabalho realizado entre o período de Dezembro de 2018 a Fevereiro de 2019. Os descritores utilizados foram: Microcirurgia, queimaduras e reconstrução.</p> <p>RESULTADOS: Observou-se maior predominância de indivíduos do sexo masculino, cerca de 60% e em relação aos fatores etiológicos, percebemos maior concentração de queimaduras por chama ocasionadas por álcool, perfazendo quase 20% dos casos. Quando deformações após queimaduras comprometem pequenas áreas, é possível fazer uso de enxertos cutâneos, retalhos locais e z-plastias, contudo em maiores áreas acometidas é relevante cogitar os retalhos microcirúrgicos. Bons resultados tanto físicos, como relacionados à função foram obtidos com retalho ânterolateral da coxa para casos de contratura cervical. Os retalhos microcirúrgicos têm o benefício de fechar uma lesão de maior profundidade em tempo cirúrgico único, gerando bons efeitos como menos casos de infecção, levando a uma reabilitação antecipada do enfermo. Contudo, deve-se atentar sobre os pacientes que são contra indicados, como exemplos, aqueles que possuem doença vascular, radioterapia prévia, condições que podem gerar mudanças clínico-cirúrgicas graves, infecção localizada ou sepse.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, fica evidente que os profissionais de saúde ao lidar com pacientes queimados devem optar por alternativas que favoreçam a reconstrução e recuperação do paciente. Nesse caso, o retalho microcirúrgico é um procedimento opcional quando o retalho local não é possível, abrangendo situações com maior área de acometimento e tendo maior vantagem em respostas positivas de reconstrução de estruturas nobres, recuperação estética e funcional.</p>

PO 038-1	PO 039-1
<p>NEOPLASIA DE PÂNCREAS: LETALIDADE E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS NO BRASIL ENTRE 2011 E 2016</p> <p>Vitória Rodriguez de Palmela Barroso Aguiar, Tainara Santos Gomes, Katharina Andrade de Oliveira</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A presente pesquisa tem como principal objetivo identificar e analisar o atual quadro epidemiológico da neoplasia maligna do pâncreas no Brasil no período de 2011 a 2016. Vale ressaltar a importância da doença visto que esta é responsável por cerca de 2% dos tipos de câncer e por 4% do total de mortes por neoplasias malignas. Assim, a alta letalidade dessa doença motiva o estudo em questão.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal epidemiológico de caráter descritivo mediante coleta de dados virtuais registrados no Sistema de Informações de Mortalidade e de Internações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET- DATASUS) no Brasil no período de 2011 a maio de 2016. As variáveis do estudo foram o número de óbitos e de internações hospitalares por câncer de pâncreas, sexo, faixa etária, raça e região.</p> <p>RESULTADOS: Houveram um total de 52.930 óbitos por neoplasia de pâncreas no Brasil no período de 2011 a 2016, sendo 49,73% (n: 26.327) homens e 50,24% (n: 26.594) mulheres. A raça com maior número de óbitos foi a branca com 62,91% (n: 33.300), seguida da parda com 25,66% (n: 13.584) e preta com 06,04% (n: 3.199). A faixa etária dos 70-79 anos teve maior número com 27,63% (n: 14.629) dos casos, seguida dos 60-69 anos com 26,38% (n: 13.967), 80 anos ou mais com 21,34% (n: 11.299) e 50-59 anos com 17,09% (n: 9.049). A região Sudeste teve o maior número de óbitos no período (n: 26.805), seguida da região sul com 11.565 casos. A região norte tem a menor quantidade de casos com 4.411 óbitos no período de estudo. O total de internações entre 2011 e 2016 foram de 45.363. Outro dado importante obtido nessa pesquisa foi que o gráfico de mortalidade ao longo dos anos assume uma forma crescente.</p> <p>CONCLUSÕES: Na maioria dos estudos publicados acerca desse tipo de tumor observa-se predomínio na faixa etária dos 60-79 anos e sua raridade abaixo dos 30 anos. Apesar do estudo em questão mostrar uma quantidade de óbitos um pouco maior em mulheres, esse tipo de tumor é mais prevalente em homens. A maior quantidade de óbitos nas regiões sul e sudeste é característica do Brasil para neoplasias malignas no geral. O número de mortes crescentes seguem o padrão brasileiro para maioria das doenças neoplásicas e apesar de não ser um dos cânceres mais prevalentes, o tumor de pâncreas mostra-se extremamente letal, o que concorda com a literatura até então vigente.</p>	<p>CIRURGIA DAS VIAS BILIARES NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE 2001 A 2018.</p> <p>ANDRESSA FERREIRA MARTINS, GABRIELLE GRUJÓ SILVA, INGRYD WENDERROSCHY CERQUEIRA, LARISSA MACEDO SANTOS, FRANCISCO EDUARDO SILVA</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o índice de cirurgias das vias biliares realizadas no Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, correlacionando colecistectomias, exploração de vias biliares e derivações biliodigestivas.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo das cirurgias de vias biliares, com ênfase na colecistectomia, exploração de vias biliares e derivação biliodigestiva. Foi realizada análise da base de dados dos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital municipal Souza Aguiar, no período de 2001 a 2018, incluindo pacientes de todas as faixas etárias e ambos os sexos. As análises estatísticas foram realizadas através do programa Excel (Microsoft®).</p> <p>RESULTADOS: Foram contabilizados 2.542 colecistectomias, 185 cirurgias de exploração de vias biliares e 34 derivações biliodigestiva no período de análise. Observou-se que foram realizadas 174 colecistectomias associadas à exploração das vias biliares, correspondendo a 6,84% do total de colecistectomias e 94,05% do total de exploração das vias biliares. Entretanto, 11 procedimentos de exploração de vias biliares não estavam associados às colecistectomias, correspondendo a 5,95% do total. Em relação à derivação biliodigestiva, 8 foram realizadas em associação à colecistectomia, sendo 0,03% do total de colecistectomias e 23,52% do total de derivações. 26 cirurgias de derivação biliodigestiva (76,48%) não foram realizadas com colecistectomia. Uma média de 13,63 cirurgias de exploração de vias biliares por ano no período entre 2001 e 2011, e uma média de 6,85 no período de 2012 a 2018 foram realizadas, indicando a redução desse procedimento devido ao tratamento por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Por outro lado, observou-se um aumento no número de derivações biliodigestivas, apresentando uma média anual de 1,09 no período entre 2001 e 2011 e uma média anual de 3,14 no período compreendido entre 2012 e 2018.</p> <p>CONCLUSÕES: A colelitíase representa um problema de saúde pública mundial, sendo uma das doenças mais prevalentes nas cirurgias do aparelho digestivo. A prevalência estimada, em adultos, varia de 15 a 20%, tendo maior incidência entre os 35 e 55 anos, com aumento gradual a partir dos 55 anos. Além do número de pacientes portadores de colelitíase, as taxas de complicações como colecistite aguda, colecistite crônica, coledocolitíase, pancreatite e íleo biliar, estão em torno de 35%. Indivíduos acima de 60 anos, sexo feminino e de etnia branca apresentam maior predisposição a desenvolver a doença. A coledocolitíase apresenta tendência a aumentar sua incidência nos próximos anos, devido a maior prevalência de fatores de risco na população. Assim, torna-se importante conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia para contribuir com a otimização da qualidade da assistência aos portadores de doenças das vias biliares.</p>
<p style="text-align: center;">PO 042-1</p> <p>COLECISTITE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS</p> <p>Larissa Gonçalves Moreira, Durval José de Santana Neto, Anny Carolyne Oliveira Lima Santos, Renata Lima Batalha de Andrade, Edna Santos Dias, Yasmin Anayr Costa Ferrari, Alessandro Santos Ferreira, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar uma revisão da prevalência e dos principais mecanismos fisiopatológicos da colecistite em pacientes pediátricos.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada revisão integrativa da literatura por busca de artigos indexados disponíveis nas bases eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library Of Medicine – PubMed (MEDLINE), publicados entre os anos de 1966 a 2018. Utilizou-se os seguintes descritores: Cholecystitis; Calculi; Child. Foram incluídos artigos em português, inglês, espanhol, alemão e francês. Os critérios de exclusão foram relatos de caso, artigos incompletos e documentos ministeriais.</p> <p>RESULTADOS: No período de 52 anos, foram encontrados 78 artigos de acordo com os descritores utilizados. Destes apenas 6 artigos obedeceram os critérios de inclusão por abordarem a colecistite em pacientes pediátricos. Quatro ressaltavam a frequência da colecistite em crianças portadoras de doença hemolítica. No contexto das principais causas, dois outros artigos traziam, como fator imperativo, o crescente número de crianças com obesidade. Outros dois estudos mostravam a importância da melhoria dos métodos diagnósticos, como a ultrassonografia, na percepção dos casos de colecistite em pacientes infanto-juvenis. Verificou-se que alguns sintomas característicos da colecistite são negligenciados pelos médicos, o que dificulta o diagnóstico precoce dessa doença, em crianças. Além disso, foi evidenciado uma maior prevalência em pacientes entre 6 e 10 anos, seguido pela faixa etária de 0 a 6 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo contribuem para os casos de obesidades, na população infanto-juvenil, sendo essa referida como responsável pelo aumento dos casos de colecistite. Apesar de menos frequentes, as afecções hemolíticas também podem ser doença base da colecistite em pacientes pediátricos. Além disso, foi percebido que existe uma menor prevalência da colecistite em pacientes pediátricos, que, quando acomete, atinge de forma bimodal: pacientes entre 6 e 10 anos e pacientes entre 0 e 6 meses. Evidenciou-se, ainda, a necessidade imperativa de que os profissionais médicos estejam alertas à possibilidade da existência de colecistite em crianças e adolescente.</p>	<p style="text-align: center;">PO 043-2</p> <p>ASSOCIAÇÃO ENTRE ENDOCARDITE BACTERIANA E CARCINOMA COLORRETAL, UMA REVISÃO</p> <p>Walquiria Santos Davi, Livia Christine Santana Silva Carvalho, Waldman Santos Davi, Caio Carvalho Castilho Avellar</p> <p><i>UNEMAT - Cáceres - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo objetivou verificar a influência da endocardite bacteriana nas neoplasias malignas do cólon.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão de literatura nos sites de pesquisa PubMed, Bireme, Medline e Scielo com os seguintes descritores: "Endocardite Infecçiosa", "Endocardite Bacteriana", "Carcinoma Colorretal" e "Neoplasia Maligna". Selecionou-se artigos nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos de 2006 a 2018, dos quais 16 foram selecionados por atenderem aos critérios da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: A endocardite infecciosa é uma doença em que microorganismos invadem a superfície endocárdica, produzindo inflamação e danos. Geralmente acomete pacientes com idade superior a 60 anos, e apresenta uma morbimortalidade significativa. Tem predileção pela valva aórtica e sua principal complicação é a insuficiência cardíaca congestiva. A literatura alerta para a necessidade de investigação de lesões cólicas nesses doentes, devido a sua associação com neoplasias colorretais. Acredita-se que patógenos oportunistas intestinais podem ter um papel promotor na hiperproliferação celular aberrante em lesões cólicas pré-neoplásicas, aparentemente devido a processos inflamatórios crônicos e produção de metabólitos carcinogênicos. Além disso, esses microorganismos pode formar biofilmes, expressar pilos específicos para colonizar os tecidos do hospedeiro e produzir uma bacteriocina específica, permitindo a morte de bactérias comensais no cólon murino. Portanto, quando houver confirmação diagnóstica de endocardite bacteriana, a busca por uma alteração patológica no intestino grosso deve ser indispensável. Para isso, destaca-se a importância da colonoscopia, completa e detalhada, mesmo em indivíduos assintomáticos. O estudo do aparelho colorretal deve ser rotineiro, pois mesmo em exames normais o aparecimento tardio dessas lesões, pode ser observado em torno de 2 a 4 anos após o episódio infeccioso.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessarte, o conhecimento dessa associação tem aplicações clínicas importantes para aumento da sobrevida do paciente, pois a descoberta da lesão em um estágio inicial cominará no atenuamento das complicações e na possibilidade de uma extirpação curativa do carcinoma colorretal.</p>

PO 047-3	PO 050-1
<p>RECONSTRUÇÃO MICROCIRÚRGICA DE MEMBROS INFERIORES: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE – BRASÍLIA/DF</p> <p>João Lucas Farias do Nascimento Rocha, Carolina Martins Vissoci, Paulo Victor Rabelo Barbosa, Matheus Castro Lima Vieira, Jefferson Lessa Soares de Macedo</p> <p><i>HRAN - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia plástica reconstrutiva sofreu uma revolução com o nascer da microcirurgia, pois os longos, múltiplos e dispendiosos procedimentos de rotação de retalhos pediculados foram substituídos por uma reconstrução em tempo único com uma janela isquêmica encurtada. Múltiplas são as potenciais áreas doadoras, garantindo a possibilidade de melhor resultado estético e funcional. Perdas de substância de membros inferiores são um desafio, principalmente nos acometimentos de terço distal, pois quantias exíguas de tecidos de vizinhança com boas características criam uma lacuna para o seu manejo, logo retalhos microcirúrgicos podem ser ferramentas valiosas. Com este trabalho, visa-se mostrar a experiência inicial do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília-DF, na reconstrução microcirúrgica dos membros inferiores.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica dos membros inferiores no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Variáveis analisadas: idade, gênero, causa da lesão, área de perda de substância, área doadora do retalho e suas dimensões, vasos receptores, tempo de internação e complicações.</p> <p>RESULTADOS: Foram identificados quatro pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica dos membros inferiores. Idade média de 39 anos, variando de 17 a 62 anos, todos do sexo masculino. Em três casos lesão por acidente motociclístico, e em um por atropelamento. Em todos os pacientes a perda de substância foi no pé, sendo três com proposta de reconstrução de calcâneo e um com proposta de reconstrução de região plantar sobre o primeiro metatarso. A área doadora foi a região antero-lateral da coxa, cujas maiores extensões foram 22 cm de comprimento e 16 cm de largura. Os vasos receptores foram em três pacientes os vasos tibiais posteriores e em um paciente os vasos tibiais anteriores/pediosos, realizou-se anastomose término-terminal. Não houve necessidade de cuidados intensivos, e a média de internação foi de 28 dias, variando de 12 a 45 dias. O uso de enoxaparina foi em média 13 dias. Observou-se apenas um caso de complicação pós-operatória referida como a deiscência da área doadora. Nenhum paciente necessitou de reintervenção cirúrgica por isquemia do retalho.</p> <p>CONCLUSÕES: As técnicas de microcirurgia permitem a cobertura cutânea dos membros inferiores, principalmente do terço distal, evitando o curso para amputação. Benacquista et al. relataram uma série de 413 retalhos para reconstrução de membros inferiores, com taxa de perda de 10%. A complicação mais comum foi a trombose venosa levando a perda do retalho em especial nos doentes vítimas de trauma. O uso de retalhos microcirúrgicos nas situações agudas pode reduzir a incidência de infecção, necrose e proteção de estruturas neuro-vasculares, tendinosas e ósseas. O aumento da experiência cirúrgica da equipe, associada ao entendimento das indicações favorece a sedimentação da prática microcirúrgica, como fora relatado por Hallock.</p>	<p>PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA ELETIVA NO HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA</p> <p>Bruno Knaak de Abreu, Luisa Vieira Souto Salgueirinho de Salles Abreu, Felipe Figueiró Teixeira, Lucius Paulo de Queiroz Clemente, Gustavo Melo da Silva, Dalton Muniz Santos</p> <p><i>Hospital Central da Aeronáutica - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os Hospitais da Força Aérea Brasileira atuam na prestação de serviços aos usuários da Aeronáutica [1] e, por isso, o perfil de clientes atendidos em tais unidades pode diferir da epidemiologia da população geral. Dessa forma, objetivamos traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia por doença calculosa da vesícula biliar no Hospital Central da Aeronáutica, Rio de Janeiro.</p> <p>MÉTODO: Série de casos coletada a partir dos dados de 227 pacientes submetidos à colecistectomia eletiva por doença calculosa da via biliar no Hospital Central da Aeronáutica no período entre 01/01/2017 e 31/12/2018. Foram excluídos os pacientes submetidos à colecistectomia devido a colecistite aguda e doença poliposa da vesícula biliar. Foram avaliados sexo e idade por faixa etária (menor que 20, 20 - 30, 30 - 40, 40 - 50, 50 - 60, 60 - 70 e maior que 70 anos) dos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: 227 pacientes foram submetidos à colecistectomia no período, sendo 174 (76,7%) são do sexo feminino enquanto apenas 53 (23,3%) são homens. A média de idade no momento dos procedimentos foi 54,5 anos, sendo maior em homens (61,7 versus 52,3 em mulheres). A prevalência da doença é maior na faixa etária dos 50-60 anos (24,2% dos casos) e no sexo feminino em todas as faixas etárias, com a maior diferença na população menor que 50 anos (88,8% do sexo feminino).</p> <p>CONCLUSÕES: No grupo de pacientes submetidos a colecistectomia no HCA no período analisado, a faixa etária e predominância no sexo feminino é concordante com o perfil epidemiológico da doença na população geral. Porém a taxa de indicação cirúrgica em nossos grupos de idades mais precoces é muito maior do que o descrito em literatura.</p>

PO 051-3	PO 052-1
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DURANTE O DIA NACIONAL DE COMBATE AO CANCER DE PELE</p> <p>Maria Julia Mariano Sanquite Hoffmann, Leonardo Oliveira da Silva, Rudinara Gonçalves, Júlia Lubaczowski, Lucas Steffen, Vanessa Gaissler</p> <p><i>Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo busca estabelecer o perfil dos pacientes encaminhados para realização de procedimento cirúrgico ambulatorial com a equipe de cirurgia plástica durante o mutirão realizado no Dia Nacional de Combate ao Câncer de Pele em 01 de dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: A coleta de dados foi feita por meio de entrevista presencial para aplicação de questionário estruturado e padronizado. O questionário foi composto de 10 questões abertas de identificação pessoal (como idade, sexo e naturalidade) e fenotípica (cor de pele, olhos e cabelos), além de 13 questões objetivas quanto a hábitos de exposição solar, uso de protetor solar e histórico prévio e familiar de lesões de pele malignas e benignas. O critério de inclusão utilizado foi o rastreamento prévio feito pelo serviço de dermatologia que, ao identificar lesões com suspeita clínica de malignidade, realizou o encaminhamento imediato dos pacientes para o bloco de procedimentos ambulatoriais. Foram excluídos os pacientes que não possuíam condições clínicas para realização de procedimento no momento e aqueles que recusaram a participação no estudo.</p> <p>RESULTADOS: A amostra final foi composta por 6 pacientes, a média de idade foi de 68,6 anos, todos do sexo masculino. Todos os pacientes são provenientes do estado do Rio Grande do Sul, sendo 3 naturais da região metropolitana de Porto Alegre. Com relação a características fenotípicas 5 se reconhecem como brancos e 1 como pardo, a cor de cabelo mais prevalente foi castanho escuro (4) e de olhos foi castanho (5). Sobre hábitos de exposição solar 3 relataram passar a maior parte do dia em local aberto, com exposição direta ao Sol. Metade (3) afirmou fazer uso de protetor solar com frequência diária, as regiões corporais de aplicação mais frequente são face e membros superiores (2), sobre a escolha do produto, indicação médica foi unânime (3) e o fator de proteção solar (FPS) usado por todos foi acima de 50. Metade da amostra relatou não usar nenhuma medida de fotoproteção e todos negaram o hábito de se expor ao sol para se bronzear. Na história médica pregressa, apenas 1 relatou estar em sua primeira consulta com médico dermatologista, 2 possuíam diagnóstico prévio de lesão dermatológica maligna e 1 de outras lesões dermatológicas (não informada pelo paciente). História familiar de lesão maligna de pele em familiar de 1º grau foi confirmado por 2 pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados obtidos com essa pesquisa concordam com trabalhos de maior extensão disponíveis na literatura no que diz respeito ao perfil de paciente com maior prevalência de lesões malignas: homem, idade avançada e fototipo baixo. Não foi possível avaliar a influência dos hábitos de exposição solar e medidas de fotoproteção devido aos resultados inespecíficos. Em estudo posterior pretende-se, através do acesso aos laudos anátomo-patológico, estabelecer também o perfil das lesões tratadas através de excisão cirúrgica durante a campanha de combate ao câncer de pele.</p>	<p>MANEJO DO CISTO DE COLEDOCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>Mariília de Macedo Cavalcanti, João Victor Reis Campos, Maria Luiza Coelho de Souza, Manuelli Antunes da Silva, Larissa Gusmão Guimarães, Larissa Gonçalves Moreira, Maria Bernadete Galrão de Almeida, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar uma revisão sistemática da literatura e os aspectos mais recentes relacionados ao manejo cirúrgico do cisto de colédoco.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão bibliográfica do período de 2014 a 2018, nas bases de dados Bireme e Pubmed com os descritores "Choledochal cyst", "Treatment", "Adults" e "Literature review" em diversas combinações. Foram critérios de inclusão, artigos na língua independente do idioma. E, como critérios de exclusão, artigos que não abordavam o tratamento cirúrgico e relato de caso.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 62 artigos todos na língua inglesa e, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 5 artigos. Verificou-se que, a excisão completa do cisto de colédoco é padrão-ouro para o tratamento, pois a retirada incompleta pode resultar em sintomas recorrentes e transformação maligna no conteúdo remanescente. Atualmente, a abordagem minimamente invasiva está sendo mais utilizada para o tratamento da dilatação congênita das vias biliares por apresentar morbidade e mortalidade aceitáveis. Em relação ao manejo cirúrgico, comparando a via laparotômica com a laparoscópica, essa última opção é também segura e válida com menor necessidade de transfusão sanguínea, menor tempo de recuperação para a função intestinal e de internação hospitalar, porém exige um tempo operatório maior e habilidade técnica dos cirurgiões. Não foi verificada diferenças significativas entre as duas vias de acesso em relação às complicações pós-operatórias como: pancreatite, estenose anastomótica, vazamento de bile e hemorragia abdominal. Houve menor taxa estatística de obstrução intestinal adesiva ao realizar a via laparoscópica.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se com base nessa revisão integrativa, que o manejo cirúrgico do cisto de colédoco, por via laparoscópica, é uma opção segura e válida, alcançando resultados melhores que a via laparotômica.</p>

PO 053-1	PO 054-2
<p>DUODENOPANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA: AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM ÚNICO GRUPO NO DISTRITO FEDERAL EM REDE PRIVADA DE HOSPITAIS.</p> <p>ARISTOTENIS CARDOSO CRUZ, PAULO MACHADO RIBEIRO, WALTER HENRIQUE COSTA RIOS, ANDRÉ GLEIVSON BARBOSA</p> <p><i>GRUPO SANTA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os resultados de uma série cirúrgica com 16 pacientes submetidos a duodenopancreatectomias realizadas por via laparoscópica pela mesma equipe em hospital privado do Distrito Federal. Além disso, registrar a primeira Duodenopancreatectomia realizada totalmente por via laparoscópica no Distrito Federal em janeiro de 2012.</p> <p>MÉTODO: Foram analisados retrospectivamente 16 pacientes consecutivos submetidos a duodenopancreatectomias laparoscópicas em rede privada do Distrito Federal. A primeira duodenopancreatectomia realizada por videolaparoscopia no Distrito Federal foi realizada em 2012 e consta desta série de casos. Os detalhes técnicos foram analisados, assim como, as complicações pós-operatórias segundo critérios internacionais. A mortalidade foi considerada quando aconteceu até 90 dias do procedimento cirúrgico.</p> <p>RESULTADOS: Os pacientes apresentavam faixa etária entre 50 e 75 anos. A maioria dos pacientes apresentava tumor da região periampular. A distribuição por gêneros foi semelhante. Os procedimentos foram todos realizados com gastrectomia parcial associada e a reconstrução do trânsito alimentar foi sempre em alça única. A anastomose pancreatojejunal foi confeccionada através da técnica término-terminal com invaginação do pâncreas no jejuno somente no primeiro caso descrito. As demais anastomoses pancreatojejunais foram confeccionadas através da técnica ducto-mucosa término-lateral. A anastomose biliodigestiva foi confeccionada na sequência de forma término-lateral. Posteriormente, a anastomose gastroentérica foi sempre realizada na parede posterior do estômago látero-lateralmente com endogrameador inicialmente com carga de 45 mm passando a 60 mm na maioria dos casos apresentados. Houve necessidade de conversão para cirurgia aberta em 2 pacientes. O tempo operatório variou entre 320 e 450 minutos. Houve 3 óbitos (18,75%) nos primeiros 90 dias relacionados à trombose arterial mesentérica, Acidente Vascular Encefálico hemorrágico e pneumonia aspirativa maciça. Apenas dois pacientes (12,5%) apresentaram fístula pancreática grau A sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Apenas um paciente (6,25%) apresentou fístula biliar resolvida de forma conservadora. Em todos os pacientes utilizamos cateter para moldar a anastomose pancreatojejunal deixando-o perdido através da anastomose. Em uma paciente (6,25%) realizamos Artery First Approach para definir a ressecabilidade intra-operatória tendo em vista a dúvida dos exames de imagem pré-operatórios. A recuperação pós-operatória apresenta os benefícios das técnicas minimamente invasivas com menos dor, menos sangramento e possibilidade de alta hospitalar mais precoce.</p> <p>CONCLUSÕES: A duodenopancreatectomia ainda é considerada um desafio, principalmente fora dos centros especializados com grande volume. As vantagens demonstradas por essa via de acesso cirúrgico estão associadas aos métodos minimamente invasivos e melhoram com o aumento do volume e experiência da equipe cirúrgica.</p>	<p>ANÁLISE PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSE D E O GRAU DE ADESAO AO TRATAMENTO DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D EM PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATORIA INTESTINAL, ACOMPANHADOS AMBULATORIALMENTE NO SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DA FHCGV</p> <p>ULISSES VALE SÁ JUNIOR, MAÍRA KHOURY EVANGELISTA, MARCOS ALÉCIO BISPO ANDRADE, PEDRO AUGUSTO BISI SANTOS FILHO, CARMEN CECÍLIA GUILHON LOBO, MATEUS PAES TEIXEIRA, GLENDA FIGUEIRA GUIMARÃES, EMANUELLE MATOS RODRIGUES</p> <p><i>CESUPA - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência de hipovitaminose D, bem como o grau de adesão ao tratamento de suplementação de vitamina D em pacientes com doença inflamatória intestinal, acompanhados ambulatorialmente no Serviço de coloproctologia da FHCGV</p> <p>MÉTODO: A população alvo compreendeu 52 pacientes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal, Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa (DC e RCU). Utilizou-se formulário padrão onde constavam variáveis, como: idade, idade de início da doença, sexo, naturalidade, endereço atual, escolaridade, fenótipo da doença conforme os critérios de Montreal, índices de gravidade da doença, drogas utilizadas no tratamento da DII, dosagem de 25-OH vitamina D, reposição e adesão ao tratamento de suplementação de vitamina D</p> <p>RESULTADOS: A prevalência de Hipovitaminose D (<30 ng/ml) nos 52 pacientes com DII, é de 67,31% (35) sendo esta tendência significativa (p<0.05) entre estes pacientes. 32,69% (17) apresentavam níveis de vitamina D considerados normais (>30 ng/ml). 20 (38,46%) pacientes apresentaram dosagem entre 10 e 20 ng/ml, um índice menor de 15 pacientes entre 20 e 30 ng/ml (28,85%), seguidos de 17 (32,69%) pacientes que apresentaram dosagem acima de 30 ng/ml. (p<0.05) Os pacientes acometidos pela doença RCU apresentam dosagem média de 25-OH VITAMINA D igual a 33 ng/ml ($\mu = 32,895$), com desvio padrão de ± 19 ng/ml ($\sigma = \pm 19,839$). A variância elevada (Var = 393.579) indica que o grupo não é homogêneo com relação a dosagem média de 25-OH VITAMINA D (p<0.05). Os pacientes acometidos doença DC apresentam dosagem média de 25-OH VITAMINA D igual a 27 ng/ml ($\mu = 26,952$), com desvio padrão de ± 14 ng/ml ($\sigma = \pm 14,470$). A variância elevada (Var = 209.376) indica que o grupo não é homogêneo com relação a dosagem de Hipovitaminose D (p<0.05). Não há relevância significativa (p>0.05) entre os pacientes no que se refere à realização de terapêutica de reposição de vitamina D, de modo que 27 (51,92%) pacientes iniciaram reposição e 25 pacientes (48,08%) não a realizaram. 13 dos 27 que iniciaram a reposição de vitamina D não aderiram ao tratamento.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se uma alta prevalência de hipovitaminose D na amostra de pacientes com DIIs. 67,31% dos pacientes apresentavam níveis séricos de 25-OH vitamina D inferiores a 30 ng/ml (35 da amostra total de 52). Apesar do maior número de pacientes com RCU na amostra (31) foram observados níveis séricos mais baixos naqueles com diagnóstico de DC (21). Quanto à adesão à terapêutica de reposição, 14 pacientes (51,85%) aderiram ao tratamento e 13 pacientes (48,15%) não. No subgrupo de não adesão (13), verificou-se que 8 pacientes (66,67%) relataram não aderir à reposição por limitações financeiras; 3 pacientes (25%) suspenderam uso devido a mal estar (pirose e náuseas), 1 paciente (8,33%) alegou dificuldade de lembrar horários de administração e abandonou a reposição e 1 paciente (8,33%) não fez compra da medicação devido à ausência de farmácia em sua comunidade ribeirinha. Os dados encontrados reforçam a intrínseca relação entre DII e hipovitaminose D.</p>
<p>PO 055-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORBIDADE DE NEOPLASIA MALIGNA DE PELE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELEM, PA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2018.</p> <p>Matheus Gonçalves Maués, Michelle Gonçalves Maués, Victória de Jesus Athayde Amin, Ian Chaves Daher, Einar Afonso Fried dos Santos, Gabriela Athayde Amin, Alessandra Barros Dysarz</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico da morbidade de neoplasia maligna da pele na região metropolitana de Belém, PA, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. As informações captadas foram tabuladas para melhor compreensão e, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram sexo, idade, cor/raça, tipo de internação e número de óbitos.</p> <p>RESULTADOS: O câncer de pele é uma doença provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele e é o mais frequente no Brasil, representando cerca de 33% de todas as neoplasias malignas registradas no país. O câncer de pele é dividido em dois tipos, sendo eles não melanoma e melanoma. O câncer de pele não melanoma apresenta diferentes tipos de tumores, sendo os mais frequentes o carcinoma basocelular (o mais comum e também o menos agressivo) e o carcinoma epidermoide. Já o tipo melanoma é o mais grave, em virtude de sua maior chance em provocar metástase (disseminação do câncer para outros órgãos). Segundo os dados do SIHSUS, dos 680.029 pacientes internados, 279.278 eram do sexo masculino (41,07%), enquanto 400.751 eram do sexo feminino (58,93%). Quanto ao critério idade, foi encontrada prevalência da faixa etária entre 20-29 anos, representado por 152.852 internações (22,48%). Em relação ao tipo de população, 356.168 eram pardos (52,38%), 12.902 brancos (1,90%), 5.881 negros (0,86%), 3.034 amarelos (0,45%), 123 indígenas (0,01%) e 301.921 internações sem informação (44,40%). Quanto ao tipo de internação, 579.506 foram internados em caráter de urgência (85,22%), 100.520 de forma eletiva (14,78%) e 3 internados por outros motivos. O número de óbitos no período foi de 25.199 pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Todos os casos de câncer da pele devem ser diagnosticados e tratados precocemente, inclusive os de baixa letalidade, que podem provocar lesões mutilantes ou desfigurantes em áreas expostas do corpo, causando sofrimento aos pacientes. A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que a maioria das internações por motivo de neoplasia maligna da pele na região metropolitana de Belém no período avaliado foram de urgência, sendo caracterizadas por pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 20-29 anos, de cor parda, sendo que 25.199 pessoas foram a óbito. Sabe-se que os pacientes com neoplasia de pele necessitam de uma equipe multiprofissional, onde além do cirurgião plástico e o dermatologista, atuam também o cirurgião oncológico, cirurgião de cabeça e pescoço, o cirurgião vascular e o oncologista clínico, participando ativamente no tratamento desta doença. Em casos de doença avançada, podem participar desta equipe também psicólogos e profissionais especializados em dor.</p>	<p>PO 057-3</p> <p>TRANSFERÊNCIA DO TENDÃO TIBIAL POSTERIOR VIA MEMBRANA INTEROSSEA NO TRATAMENTO DE "PÉ CAÍDO" DECORRENTE DE LESÃO DO NERVO FIBULAR: UMA REVISÃO NARRATIVA</p> <p>Rafaela Silva Schottz, Matheus Pedrosa Tavares, Oswaldo Ribeiro Marquez Neto, Michaela Longoni Manfroi, Mariany Oliveira Gomes, Lucca Cardoso Damasceno, Luan Marra Gomes, Daniele Martins Afonso</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Explicar a abordagem cirúrgica de transposição tendinosa pela técnica de Bridle para correção de "pé caído" em casos de lesão do nervo fibular comum e equipará-la com a via circumtibial quanto às repercussões clínicas a longo prazo.</p> <p>MÉTODO: Foi elaborada uma revisão narrativa sobre a transferência do tendão tibial posterior mediante o procedimento de Bridle para correção de pé caído por lesão do nervo fibular comum. Os pacientes submetidos à transferência do tendão tibial posterior foram analisados pelo Sistema de Stanmore, que visa avaliar os resultados funcionais da cirurgia através da aplicação de um questionário pré e pós-operatório. A pesquisa bibliográfica enquadrou os conteúdos científicos publicados em artigos referentes às diferentes técnicas cirúrgicas e aos prejuízos e benefícios clínicos, funcionais e mecânicos após o tratamento para pé caído. Os principais descritores utilizados para a pesquisa foram: "transferência do tendão tibial posterior", "drop foot", "tendon transfer", "posterior tibialis tendon", "Bridle procedure" e "Bridle procedure for the treatment of foot drop".</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados os resultados de duas técnicas cirúrgicas de transposição do tendão tibial posterior (TTP): o procedimento de Bridle, que propõe a transposição do TTP através de uma "janela" interóssea e a via circumtibial. Em relação às duas vias descritas para a transposição tendinosa, a rota circumtibial, apesar de apresentar um procedimento simplificado, está associada a uma alta taxa de inversão recorrente do pé, propiciando o aparecimento de úlceras na borda lateral. Já a via da membrana interóssea, mesmo que indique menor força na flexão plantar do pé, dispensou relação com inversão recorrente e demonstrou maior força na dorsiflexão do pé. Um dos parâmetros utilizados na comparação dos procedimentos foi o Critério de Carayon, onde os pacientes que realizaram a transferência do tendão tibial posterior para pé caído são avaliados de acordo com a amplitude medida em graus dos movimentos de dorsiflexão e flexão plantar.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia de transposição do tendão tibial posterior pelo procedimento de Bridle para tratamento do pé caído em casos de lesão permanente do nervo fibular comum apresentou melhores repercussões funcionais e mecânicas a longo prazo. Os pacientes demonstram satisfação no resultado, assim como correção da marcha e da movimentação do pé, dispensando a utilização de órteses.</p>

PO 059-2	PO 060-3
<p>PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR HEMORROIDAS NO ESTADO DE SÃO PAULO</p> <p>ANGELO LUÍS TONON SANTANA, CAIO FELIPE THOMAZIN PANICIO, CAIO JUAN CORREIA BELONCI, MATHEUS HENRIQUE RODRIGUES BRITO, FILIPE RIBEIRO BOARETTO, ANDRÉ FELIPE CORTEZ MENDES, GABRIEL GIMENEZ CASSIANO, BRUNA FUSO SILVESTRINI</p> <p><i>UNOESTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das internações por hemorroidas no Estado de São Paulo nos anos de 2013 a 2017, observar a relação da patologia com o sexo, idade e sua prevalência no período de 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico e descritivo. O levantamento de dados deste estudo ocorreu a partir de resultados obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) no período de 2013 a 2017. A revisão de literatura ocorreu através das bases de dados dos portais PubMed e Scielo.</p> <p>RESULTADOS: A doença hemorroidária é uma doença presente mundo afora, podendo ocorrer tanto em homens quanto em mulheres e tem prevalência entre as idades de 45 a 65 anos. Hemorroidas são vasos sanguíneos ao redor do ânus ou do reto que se inflamam ou dilatam. As hemorroidas ocorrem por inúmeros fatores, como: obstipação; obesidade; sedentarismo; gravidez; sexo anal; componentes genéticos; dieta rica em fibras e pouca ingestão de líquidos, que dificultam o processo de drenagem do sangue e provocam a formação de hemorroidas. Além disso, podem ser externas ou internas. Ao todo, foram registradas 34.292 internações no Estado de São Paulo, sendo que a maior concentração foi na Capital, seguida por Campinas e Ribeirão Preto, com respectivamente 6.572, 757 e 661 internações. Houve um pela população feminina, com 56,22% dos casos totais. A faixa etária mais acometida foi entre 40 a 49 anos, com 9.357 internações (27,28%), seguida pela faixa etária entre 50 a 59 anos, com 8.427 (24,57%). Enquanto a menos acometida foi entre os menores que 1 ano, com apenas 3 casos registrados (0,008%). O maior registro de internações aconteceu no ano de 2017, com 7.596, sendo 9,48% a mais do que no ano de 2013. O ano com menor índice foi 2015, com 6.238 casos. Das 34.292 internações, em 91,94% houve procedimento cirúrgico de hemorroidectomia, com maior concentração na capital São Paulo e no ano de 2017, com respectivamente 19,40% e 22,46% dos procedimentos totais. 0,046% das internações evoluíram a óbito.</p> <p>CONCLUSÕES: A doença hemorroidária é conhecida mundialmente, e consiste na dilatação ou inflamação dos vasos sanguíneos anorretais, dificultando o processo de drenagem de sangue configurando a enfermidade, podendo ser interna ou externa. O perfil das internações por hemorroidas no Estado de São Paulo consiste numa mulher entre 40 a 49 anos, moradora da Capital São Paulo. Foi identificado um aumento de 9,48% em relação às internações de 2013 com as registradas em 2017. Dentre os 34.292 casos, 91,94% obtiveram procedimento cirúrgico como forma de tratamento. O estudo evidencia a importância de políticas de saúde para o combate às estatísticas crescente e também para a melhora da qualidade de vida de toda a população.</p>	<p>A ABORDAGEM DA CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>Beatriz Toledo Mendes, Mirella Bastos Sales, Maria Clara Potiguara Azevedo Teixeira, Iuri Fernando Coutinho e Silva</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar a relevância da cirurgia plástica no tratamento de vítimas de queimaduras, tendo como objetivos específicos identificar a abordagem inicial dessas vítimas e quais as principais técnicas para a melhor conduta.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma busca sistemática eletrônica nas bases de dados bibliográficos no período de dezembro a janeiro, nas bases de dados Scielo, PUBmed, Lilacs e Google Scholar. Foram incluídos artigos nas línguas inglês, português e russo. Os artigos selecionados são dos últimos 5 anos (2014-2019). A busca sistemática resultou em 310 artigos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados somente 20 artigos.</p> <p>RESULTADOS: A cirurgia plástica é uma especialidade médica voltada para o tratamento de defeitos e deformidades da superfície corporal e estruturas ósseas, apresenta papel de extrema importância no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras. Essa especialidade tem 5 grandes áreas de atuação: estética, defeitos e deformidades congênitas, trauma, queimaduras e reparação pós tumores. Dentro da grande área de queimaduras, existem diversos métodos e instrumentos que são utilizados atualmente para o manejo desses pacientes (como curativos, enxertos, substitutos de pele e o próprio tratamento cirúrgico), promovendo sua sobrevivência e recuperação funcional. Entretanto, nessas vítimas, a grande área da estética também entra em ação e apresenta papel fundamental, pois age na "aparência" das cicatrizes, o que influencia na recuperação psicológica e emocional desses pacientes, aumentando sua autoestima. O primeiro atendimento à vítima de queimadura pode ser feito por qualquer médico, o qual deve instituir o plano de hidratação para o período de choque e realizar escarotomias/fasciotomias se necessário, para prevenir uma possível amputação posterior. O tratamento das vítimas de queimaduras sofreu avanços significativos nos últimos 75 anos, como o uso de células tronco, enxerto de tecido adiposo e o uso de pele de tilápia, que diminuiu a mortalidade de pacientes severamente queimados.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia reconstrutiva não deve ser considerada apenas "estética", pois os procedimentos realizados visam resgatar como a pessoa era antes de sofrer o acidente. Portanto, o tratamento desses pacientes atualmente tem como ênfase não somente a sobrevivência, mas também a otimização da funcionalidade e aparência do indivíduo.</p>
<p>PO 063-2</p> <p>MANEJO CLÍNICO E CIRÚRGICO NA SÍNDROME DE OGILVIE</p> <p>Paula D'Ávila Sampaio Tolentino, Ana Couto de Melo, Gabriela Ramos do Amaral, Nathália Lima Diniz, Débora Cristiane Rocha Braga, Ana Claudia Peres Costa, Elaine Júlian da Fonseca, Acimar Gonçalves da Cunha Junior</p> <p><i>Uniceplac - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A síndrome de Ogilvie resulta em dilatação intestinal não provocada por obstrução mecânica. Seu diagnóstico e manejo são essenciais a fim de se evitar possíveis complicações. Para tanto, esse trabalho aborda as principais formas de manejo clínico e cirúrgico e seus respectivos dados na literatura quanto à resolução dos casos.</p> <p>MÉTODO: As buscas foram realizadas na biblioteca virtual em saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores: SÍNDROME DE OGILVIE, SÍNDROME DE OGILVIE AND TRATAMENTO CIRÚRGICO, SÍNDROME DE OGILVIE AND COLONOSCOPIA. Inclui-se artigos em inglês, português e espanhol, dos últimos 5 anos.</p> <p>RESULTADOS: A síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução colônica aguda se caracteriza por uma dilatação do intestino grosso, de início rápido e progressivo, sem causa mecânica evidente. A fisiopatologia é explicada por uma possível supressão parassimpática e aumento da atividade simpática que resultam na atonia do cólon. Ao diagnóstico, nota-se distensão e dor abdominal, náusea e vômito. Deve-se excluir outras causas de distensão colônica. O tratamento inclui medidas conservadoras, uso da neostigmina, decompressão colonoscópica e, eventualmente, intervenção cirúrgica. A decisão pelo tratamento conservador se faz quando não há indícios de isquemia ou perfuração do cólon e se o diâmetro cecal estiver menor que 12cm. Nestes casos, o manejo inclui a correção de eletrólitos, ressuscitação fluidica, retirada de fatores contribuintes, como narcóticos e anticolinérgicos, identificação e tratamento de infecções, medidas como repouso intestinal, deambulação, posicionamento adequado e sonda nasogástrica e retal. O uso da neostigmina, a qual tem eficácia em 80% dos casos, promove a contratilidade e acelera o trânsito intestinal. A colonoscopia revela um cólon demasiadamente dilatado e ausência de mobilidade, sem, no entanto, obstrução ou lesão colônica. Seu uso está indicado quando não há evidências de peritonite ou perfuração colônica e cerca de 61 a 95% dos casos são solucionados. A intervenção cirúrgica será realizada em casos de isquemia ou perfuração colônica ou quando a síndrome não for resolvida com as terapias conservadoras, farmacológicas e endoscópicas. Cerca de 3 a 10% dos casos concorrem para complicações, havendo a necessidade de cirurgia. As complicações podem advir de perfuração intestinal, quando o ceco apresenta-se com mais de 10 a 12 cm de distensão ou a duração da distensão excede 6 dias. Nesses casos, recomenda-se realizar ressecção com anastomose. Se o cólon estiver viável pode-se realizar ostomia. A mortalidade nessa linha de tratamento é considerável, quando comparado aos demais tratamentos.</p> <p>CONCLUSÕES: Os variados manejos da síndrome de Ogilvie se mostram eficazes na maioria dos casos. A intervenção cirúrgica passou a ser reservada a casos específicos, especialmente quando as complicações decorrentes da pseudo-obstrução se fazem presentes. A mortalidade nos casos de cirurgia é elevada, o que demonstra a importância do manejo clínico na síndrome descrita.</p>	<p>PO 066-2</p> <p>IMPACTO DO IMC SOBRE A PREVALÊNCIA DE HÉRNIA INCISIONAL EM PACIENTES COM CANCER COLORRETAL</p> <p>DANIELLE OLIVEIRA ANDRADE, ADRIANA FERNANDES SILVA, MARCELINO PAIVA MARTINS, HELLEN MIYUKI MATTOZAMA, HUSSEIN ALI EL ZEIN, LAURA GOMES FLORES, CASSIANA TOMAZONI, MICHELI GIOVANA SIGNOR</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ - Cascavel - Paraná - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o impacto do IMC sobre a prevalência de hérnia incisional em paciente submetidos a cirurgia de ressecção do câncer colorretal. Assim como analisar a existência de outros fatores de risco para seu surgimento, para dessa maneira, incitar a tomada de medidas profiláticas naqueles pacientes que apresentem fatores predisponentes importantes.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual foram incluídos pacientes com câncer colorretal que realizaram procedimento cirúrgico a mais de 3 meses do início da pesquisa. Os dados avaliados nos prontuários foram: peso, altura, idade e estadiamento do tumor. De acordo com os parâmetros indicados pelo Ministério da Saúde para avaliação do estado nutricional de pessoas entre 20 e 59 anos, os dados peso e altura foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada paciente. A partir do IMC os pacientes foram classificados em desnutridos, eutróficos, obesidade grau I, II e III.</p> <p>RESULTADOS: A pesquisa incluiu 157 pacientes com história de câncer colorretal. Desses, 25 (15,9%) evoluíram com hérnia incisional. Das comorbidades avaliadas, constatou-se que a obesidade é a mais intimamente relacionada à hérnia incisional, porém a desnutrição também se revelou como um fator de risco quando comparada a pacientes eutróficos. No presente estudo foi observado que 38,09% dos pacientes que tiveram como complicação cirúrgica a hérnia incisional eram classificados com obesidade graus 1 e 2 (IMC entre 31kg/m² – 40kg/m²). Já entre os pacientes desnutridos (IMC < 18,5kg/m²), a prevalência diminuiu para 20% e nos eutróficos (IMC entre 18,5kg/m² – 24,9kg/m²) foi ainda menor, 15,27%. Dos demais dados avaliados, a idade também se demonstrou um fator de risco, pois os pacientes acima de 65 anos foram aqueles que mais apresentaram hérnia incisional, em um total de 14 pacientes. Em relação ao estadiamento, aquele mais relacionado ao desenvolvimento de hérnia incisionais foi o estágio III, representando 45,9% dos pacientes que evoluíram com hérnia.</p> <p>CONCLUSÕES: Na análise sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hérnia incisional no pós-operatório de paciente com câncer colorretal, o dado com maior impacto estatisticamente relevante foi a presença de obesidade. Os pacientes eutróficos são aqueles que apresentam menor percentual de evolução com hérnia incisional, seguidos pelos pacientes desnutridos. Idade e estadiamento avançado também apresentaram associação significativa. Este conhecimento deve ser implementado na prática clínica, a fim de reduzir o risco de hérnia incisional através da utilização de medidas profiláticas direcionadas a pacientes que apresentem os fatores predisponentes citados.</p>

PO 066-3	PO 067-3
<p>OCORRÊNCIA DE CASOS DE NEOPLASIA MALIGNA DA PELE NO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018</p> <p>Amanda Ribeiro Tavares, Rafael Fernando Castro Silva, Renan Alves Rodrigues, Gabryella Silveira Cardoso, Zoroastro Henrique Santana</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer da pele responde por 33% de todos os diagnósticos desta doença no Brasil, sendo que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) registra, a cada ano, cerca de 180 mil novos casos. O tipo mais comum, o câncer da pele não melanoma, tem letalidade baixa, porém, seus números são muito altos. Essa doença é provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele. Os mais comuns são os carcinomas basocelulares (CBCs) e os espinocelulares (CECs). Mais raro e letal que os carcinomas, o melanoma é o tipo mais agressivo de câncer da pele com pior prognóstico e mais alto índice de mortalidade. Os CBCs surgem nas células basais, que se encontram na camada mais profunda da epiderme e tem baixa letalidade. Surgem mais frequentemente em regiões expostas ao sol. O CEC manifesta nas células escamosas e é duas vezes mais frequente em homens do que em mulheres. Algumas formas de tratamento dessa doença são: cirurgia excisional, curetagem e eletrodisecação, criocirurgia, cirurgia a laser, cirurgia Micrográfica de Mohs. Algumas formas de proteção do câncer de pele são: Evitar a exposição excessiva ao sol e proteger a pele dos efeitos da radiação UV; Usar chapéus, camisetas, óculos escuros e protetores solares; Usar filtros solares diariamente. Tendo como objetivo analisar o número de internações e óbitos em pacientes a partir de 20 anos por Neoplasia Maligna da Pele no estado do Tocantins (TO) no período de jan/2014 a dez/2018, fazendo comparativo entre os sexos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por Neoplasia Maligna da Pele registrados no DATASUS durante o período de jan/2014 a dez/2018 no TO.</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por sexo foi de 92 mulheres e 113, totalizando 205 internações; destas 10 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 17 na de 30 a 39; 22 na de 40 a 49; 44 na de 50 a 59; 37 na de 60 a 69; 42 na de 70 a 79; 33 dos 80 em frente. Por sua vez, o número de óbitos foi de 2 mulheres e 8, totalizando 10 óbitos; destes 1 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 1 na de 40 a 49; 1 na de 50 a 59; 5 na de 60 a 69; 2 dos 80 anos em frente. Contudo, com relação ao óbito na faixa etária de 30 a 39 anos, DataSUS não apresentou dados.</p> <p>CONCLUSÕES: As neoplasias malignas da pele são mais comuns em pessoas com mais de 40 anos e pele clara, sendo raros em crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas. De acordo com dados do INCA 2018, a estimativa de novos casos no Brasil são 165580, sendo 85170 homens e 80140 mulheres e o número de mortes no Brasil é 1958, sendo 1137 homens e 821 mulheres com base nos dados de 2015. Portanto, podemos perceber que no Tocantins, o número de internações e óbitos foram maiores no homens, tendo um crescimento no número de casos a partir dos 40 anos, que corresponde a faixa etária de início dessa doença e estando de acordo com os dados apresentados pelo INCA referentes ao sexo mais prevalente.</p>	<p>ABDOMINOPLASTIA EM PACIENTES POS CIRURGIA BARIATRICA: ESTRUTURAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO</p> <p>GABRIELA LIMA NÓBREGA, REBECCA GOMES FERRAZ, FERNANDO CESAR CAMARA DE OLIVEIRA, ANTONIO BRAZ DA SILVA NETO, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO, LUIZ FELIPE MEDEIROS ROCHA, CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, SENIVAL ALVES DE OLIVEIRA JÚNIOR</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade mórbida é um problema de saúde pública, sendo hoje considerada uma pandemia. Um dos tratamentos preconizados para determinados pacientes é a cirurgia bariátrica, com redução rápida dos valores pressóricos e glicêmicos e perda de peso considerável. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema para a partir da revisão ser elaborado um protocolo de pesquisa sobre a importância e impacto na saúde dos pacientes submetidos a dermolipectomia pós bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática com busca no Pubmed, Scielo e Bireme. No PubMed utilizou-se as palavras-chave ["Abdominoplasty"[Mesh] OR "excess skin" OR "Dermolipectomy [Mesh]" AND "Bariatric Surgery"[Mesh] OR "gastroplasty"]. No Scielo e Bireme utilizou-se [(Abdominoplasty OR excess skin OR Dermolipectomy) AND Bariatric Surgery OR gastroplasty]. Foram pesquisados artigos que configuraram ensaios clínicos, estavam nos idiomas português, inglês, espanhol, e que tivessem sido publicados nos últimos 5 anos.</p> <p>RESULTADOS: As buscas realizadas nas bases de dados encontram 62 artigos no Pubmed, 4 artigos na Scielo e 10 na Bireme. Após a aplicação dos critérios de inclusão, restringiu-se para 14 artigos. A análise estatística considerou uma significância de 0,05, com intervalo de confiança de 95%, a fim de comparar os efeitos positivos na imagem corporal dos pacientes que realizam pós bariátrica a dermolipectomia. Nos estudos foram avaliados qual cirurgia da obesidade foi feita (gastrectomia vertical, bypass gástrico ou outra), cicatrizes prévias, intervenção pré-operatória (suplementação nutricional, profilaxia antibiótica, trombo-profilaxia) em qual tempo foi realizada a dermolipectomia, escala de avaliação de satisfação do paciente e impacto na qualidade de vida do contorno corporal pós cirurgia bariátrica e também os desfechos, se houve complicações, necessidade de reabordagem e nova avaliação de satisfação pós dermolipectomia e os dados epidemiológicos incluindo idade, sexo, peso, índice de massa corpórea, comorbidades associadas. A partir das leituras e da importância estatisticamente comprovada do efeito positivo na qualidade de vida desses pacientes foi pensado o desenho do estudo que incluem pacientes que realizaram cirurgia bariátrica no HUOL e que foram submetidas a dermolipectomia abdominal.</p> <p>CONCLUSÕES: É necessário ter para esses pacientes um fluxo de atendimento e isso é feito de forma mais adequada se houver sistematização com perfil dos pacientes. O nosso perfil será feito com base nos dados dos prontuários e associado a entrevistas semi-estruturadas já validadas nas bases de dados em saúde. A análise dos estudos previamente realizados nos auxiliou na criação do nosso modelo de estudo e protocolo de pesquisa, estabelecendo as nossas variáveis a serem analisadas. Com esses dados em mãos poderemos seguir na investigação para então identificar qual a melhor técnica cirúrgica a ser indicada e qual o melhor momento clínico para ser realizada.</p>
<p>PO 070-3</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DERMOLIPECTOMIAS PÓS BARIÁTRICAS NO BRASIL</p> <p>LIZANDRA ALVES DE ALMEIDA SILVA, RAYSSA VASCONCELOS DE OLIVEIRA FARIAS, YASMIN LUCENA DANTAS, KISSIA ROBERTA LUNA CELANI, FLORA DE SOUZA BRANDÃO DOS REIS</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação epidemiológica e comparativa de pacientes submetidos a dermolipectomia crural, braquial e abdominal pós bariátricas no período compreendido entre 2014 e 2018 em todo o Brasil.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com base de dados provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/Ministério da Saúde), cujas variáveis analisadas referentes ao procedimentos de Dermolipectomias pós-cirurgia bariátrica abdominal, crural e braquial foram: AIIH aprovadas, região, ano, valor total em todo Brasil no período 2014 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: Verificou-se uma totalidade de 4.517 autorizações de internação hospitalar para a realização de dermolipectomias pós bariátricas no Brasil desde 2014 à 2018, sendo o procedimento abdominal o mais prevalente, com 3,098 cirurgias, isto é, 68,5%, seguido de dermolipectomia Crural e Braquial que apresentam valores próximos de, respectivamente, 717 (15,8%) e 702 (15,5%). Houve predomínio destes procedimentos na região Sudeste, totalizando 2,393 cirurgias, o que correspondeu a 52,9%, e analogamente menores valores na região Norte com 37 (0,81%). Observou-se que no ano de 2018 obteve a maior quantidade de cirurgias realizados com valores equivalentes a 956 (21,1%), sendo a dermolipectomia abdominal predominante de 677 (14,5%) e contrapartida o ano de 2013 obteve menores valores de apenas 25 (0,55%) com procedimento braquial computando apenas 3 (0,06%) casos. Valores totais no período R\$ 3.974.191,27, sendo o procedimento dermolipectomia abdominal com maiores valores totais R\$ 2.731.217,60 e o procedimento braquial com menor valor R\$ 613.607,65.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, conclui-se que o procedimento dermolipectomia abdominal ocupa os maiores números de procedimentos e custo realizados em todos os anos, evidenciando a necessidade de tratamento cirúrgico para os defeitos secundários ao emagrecimento proveniente da gastroplastia, além de demonstrar a região abdominal como maior preocupação estética e autoestima. Observou-se também o aumento importante destes procedimentos no período de 4 anos, o que demonstra um expressivo aumento na realização das cirurgias bariátricas que resultam em deformidades estéticas.</p>	<p>PO 074-1</p> <p>DUODENOPANCREATECTOMIA E SUA TAXA DE MORTALIDADE: UM COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS</p> <p>MAÍRA RODRIGUES TEIXEIRA CAVALCANTE, INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO, MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES, INGRID BOTELHO RIBEIRO</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar as taxas de mortalidade por ano na duodenopancreatocomia, avaliando o número de internações e óbitos entre as regiões brasileiras nos últimos 10 anos, visto que este é o único tratamento com possibilidade de cura para tumores da região peri-ampular.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico retrospectivo, com base nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) onde foram incluídos os pacientes submetidos a duodenopancreatocomia e sua taxa de mortalidade, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados PubMed, LILACS e Scielo.</p> <p>RESULTADOS: Adenocarcinoma ductal da cabeça do pâncreas é a quarta causa de morte por câncer no mundo e a ressecção cirúrgica através da duodenopancreatocomia (DP) é a única com potencial de cura. A DP é uma ressecção da cabeça do pâncreas e de todo o duodeno, conjuntamente com estruturas anatômicas adjacentes e/ou cujo fluxo sanguíneo é afetado pelo procedimento. Comumente, são também ressecados os segmentos intrapancreático e supraduodenal do ducto colédoco e a vesícula biliar; o antro gástrico pode ser ressecado ou preservado, dependendo da técnica adotada. De acordo com o SIH/SUS, de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2018 ocorreram 4.854 internações no Brasil para o procedimento de duodenopancreatocomia em oncologia. Destas, 737 (15,18%) sucederam com óbito. Em 2009 foram realizadas 448 cirurgias, apresentando taxa de mortalidade de 16,74%, com prevalência da Região Norte abrangendo 25% dos óbitos. Em 2010, 17,52%, das 411 operações, culminaram em mortes, e a Região Centro-Oeste dominou com 27,03%. O menor número de cirurgias, desses 10 anos analisados, ocorreu em 2011 com 374, houve 62 mortes (16,58%), predominando na Região Norte com 61,54%. Em 2012, a Região Norte permaneceu com a supremacia, com 44,44% dos 61 óbitos de 381 operações. A Região Sul apresentou uma taxa de mortalidade de 20,54% dos 72 óbitos ocorridos com os 469 procedimentos em 2013. O ano de 2014 teve a menor taxa de mortalidade de 11,35% dominada pela Região Norte (23,81%). Em 2015, realizaram-se 530 cirurgias, das quais 79 foram óbitos, com 35,71% na Região Norte. Dos 77 óbitos em 2016, 28,83% foi na Região Sul. Houve 563 operações em 2017, com taxa de mortalidade 16,34% e dominância mais uma vez da Região Norte (38,46%). Por fim, em 2018, a prevalência da mesma região anterior foi com 28,21% dos 89 óbitos.</p> <p>CONCLUSÕES: Com o presente estudo, foi notória a predominância da Região Norte brasileira nas taxas de mortalidade em relação à DP, apesar do seu menor número de cirurgias durante esses 10 anos. Reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas à operação é imperativo e uma importante característica de uma cirurgia padrão de alta qualidade. Sendo assim, o bom domínio da técnica e os cuidados peri-operatórios são fundamentais.</p>

PO 074-3	PO 076-3
<p>PANORAMA DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>LIZANDRA ALVES DE ALMEIDA SILVA, JOAO VICTOR FERNANDES DE PAIVA, GUSTAVO CORDEIRO BEZERRA, FRANCISCO VICTOR CAVALCANTE DE ANDRADE, RAFAELA GUIMARÃES VENANCIO PINTO, MARIANA LEOCADIO DE SOUZA BASTOS, ESTEPHANE VASCONCELOS NUNES DE FARIAS, DAVID SILVEIRA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os dados epidemiológicos acerca da realização de tratamento do câncer de mama e da reconstrução de mama no SUS.</p> <p>MÉTODO: Utilizando-se de dados da plataforma DATASUS, realizou-se estudo epidemiológico descritivo ecológico, observando-se a quantidade de internações, a taxa de mortalidade, número de óbitos e valores gastos, em um recorte de 5 anos (de 2013 a 2017).</p> <p>RESULTADOS: No período analisado ocorreram 293.571 internações por câncer de mama no Brasil, sendo a maior parte na faixa etária entre 50-59, enquanto ocorreram 7.567 reconstruções, logo apenas 2,57% das pacientes tiveram acesso a reconstrução. A Paraíba corresponde a 1,37% dos casos de câncer de mama e 0,19% das reconstruções em território brasileiro. A reconstrução bilateral (simetriação) teve quantidades ínfimas. A taxa de mortalidade na cirurgia é mínima sendo de 0,03% no Brasil. O valor total gasto com reconstruções de mama no Brasil foi de R\$ 6.784.463,75.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de ser um direito garantido pelo SUS, é possível observar que o número de reconstruções ainda é muito pequeno comparado à grande incidência de câncer de mama no país, o que traz danos a autoestima e estigmatização das mulheres que são submetidas a mastectomia. Além disso, a maior parte das reconstruções são realizadas na região sul e sudeste, sendo importante uma maior realização em todo o Brasil.</p>	<p>LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES RELACIONADO À PRÓTESE MAMÁRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>LIZANDRA ALVES DE ALMEIDA SILVA, RAYSSA VASCONCELOS DE OLIVEIRA FARIAS, JOAO VICTOR FERNANDES DE PAIVA, STEPHANIE ALVES MATOS MENDONÇA, CAMILA TEIXEIRA AMARO VIEIRA, THASSIA RACHEL BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA, GABRIELA GONCALVES DA CUNHA LIMA, DAVID SILVEIRA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender a ocorrência, tratamento e prognóstico do BIA-ALCL. Dessa forma, têm-se o aprimoramento de conhecimentos sobre cirurgia plástica.</p> <p>MÉTODO: Revisão sistemática da literatura nas bases de dados PUBMED, LILACS, SCIELO, a partir do descritor: "linfoma anaplásico de células grandes relacionado à prótese mamária".</p> <p>RESULTADOS: Observou-se que o BIA-ALCL é uma complicação rara, mas com aumento de incidência. A demonstração em uma metanálise evidenciou que em 21,3% dos casos observados, as próteses eram texturizadas e 78% desconhecidas, somado a isso, 72,6% atribuídas a marcas desconhecidas, sendo os achados clínicos mais comuns: seroma (67,33%), nódulos (13,8%) e massa (22,1%), prevalecendo como tratamento cirúrgico, a capsulectomia e remoção dos implantes. O prognóstico está intimamente ligado ao desenvolvimento do linfoma, como também o manejo, limitado à capsulectomia e remoção do implante, com curso clínico mais agressivo mediado com quimioterapia citotóxica. Os casos com patologia encapsulada obtiveram remissão completa, diferentemente dos pacientes que possuíam massa com curso clínico agressivo, tornando-se muitas vezes fatal.</p> <p>CONCLUSÕES: O conhecimento sobre BIA-ALCL é importante, pois o diagnóstico adequado baseia-se em estudos imunohistoquímicos específicos do fluido em torno do implante (IHC com marcação específica para CD30), sendo o seroma tardio mais propensos a ser benignos. Apresenta bom prognóstico (mortalidade de 2,5%), com o principal pilar do sucesso terapêutico baseado na remoção do implante, capsulectomia total e remoção do tumor com margens.</p>
<p>PO 080-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PATOLOGIAS PANCREÁTICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY- JOÃO PESSOA PB</p> <p>Olga Maria Santana Lacerda Mariz, flora de Souza Brandão Reis, Marcelo Gonçalves Sousa, Isabela Maria Candida Ferreira Dornelas, Rhaissa Maria Assunção Andrade de Souza, Joao Pedro Santana de Lacerda Mariz, Flávio José Teixeira Rocha Ataíde da Motta, Gabriela Albuquerque Batista de Araújo</p> <p><i>FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho visa mostrar o perfil epidemiológico das cirurgias de pâncreas realizadas no HULW nos últimos 10 anos, permitindo a identificação do perfil das patologias pancreáticas tratadas neste serviço, assim como a adequação do tratamento que lhes é oferecido. Esperamos, assim, melhorar a percepção do cirurgião do aparelho digestivo em relação à indicação cirúrgica nas patologias pancreáticas, trazendo um panorama das patologias mais prevalentes e seus aspectos anatomopatológicos pós ressecção.</p> <p>MÉTODO: Feita coleta de dados através das requisições e laudos de anatomopatológico de 2008 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: O total de peças analisadas foi de 64. Sexo feminino em 37, e masculino em 27 casos. A média de idade foi 54,7 anos. Gastroduodenopancreatocomia foi realizada em 42 casos, pancreatocomia distal em 11 casos, sendo, os demais, peças de biópsia incisional do pâncreas. Evidenciamos 37,5% adenocarcinoma de pâncreas, 28,1% adenocarcinoma de papila duodenal, 21,8% lesões inflamatórias benignas, 10,9% tumores sólidos pseudopapilares, 3,1% neoplasias neuroendócrinas, 3,1% neoplasia mucinosa papilifera intraductal, além de um paraganglioma gangliocístico, um cistoadenoma mucinoso e uma neoplasia cística serosa. Entre os adenocarcinomas de pâncreas, o carcinoma ductal representou 75% dos casos. A média de tamanho das lesões malignas foi 4,1 cm. Encontramos margens comprometidas em 10,9%, sendo 71,4% devido a adenocarcinoma de pâncreas. Comprometimento linfonodal esteve presente em 28,1% dos casos, sendo 33,3% adenocarcinoma de pâncreas. A extensão para tecido adiposo foi identificada em 28,3% dos casos, 62,5% devido a adenocarcinoma de pâncreas. Em 31,2% das peças foi identificada extensão para duodeno, o adenocarcinoma de papila foi responsável por 50% dos casos. O câncer de pâncreas é o responsável por cerca de 250 mil mortes por ano e 2,8% das causas de morte por câncer no mundo. Segundo o DATASUS, no estado da Paraíba, entre os anos de 2010 e 2016 foram registrados 853 óbitos por neoplasia maligna de pâncreas, sendo 50,9% em mulheres e 78,5% em pacientes acima de 60 anos. Esses dados foram corroborados no nosso estudo. Apesar de a literatura descrever uma maior prevalência do câncer de pâncreas em pacientes do sexo masculino, encontramos, tanto na base de dados do DATASUS, quanto no nosso estudo, uma prevalência aumentada no sexo feminino. O adenocarcinoma ductal pancreático é registrado na literatura como responsável por 90% das neoplasias pancreáticas, tendo sido encontrado em menor proporção neste estudo. Atribuímos isso ao fato de que o serviço estudado não é a referência para tratamentos oncológicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Este trabalho contribui para uma melhor percepção do cirurgião do aparelho digestivo em relação à indicação cirúrgica nas patologias pancreáticas, trazendo um panorama das patologias mais prevalentes e seus aspectos anatomopatológicos pós ressecção.</p>	<p>PO 081-3</p> <p>USO E DO ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO NAS CIRURGIAS DE PALATOPLASTIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Ana Carolina Gomes Siqueira, Fabiana Cartaxo Xavier Salgado, Jessica Danicki Prado Fernandes, Letícia Reis Kalume, Amanda Cristina de Souza, Matheus Moreno de Oliveira, Priscilla Cartaxo Pierrí Bouchardet, Ricardo Gamarski</p> <p><i>Universidade de Brasília (Unb) / Centro Universitário de Brasília (Uniceub) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O uso inadequado da antibioticoprofilaxia pode resultar em infecções do sítio cirúrgico, maior permanência e gasto hospitalar e desenvolvimento de resistência bacteriana; portanto este trabalho visa avaliar o uso e adequação do antibiótico profilático nas cirurgias de palatoplastia.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal, retrospectivo de pacientes da Unidade de Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Foram investigados pacientes submetidos a palatoplastia entre janeiro e setembro de 2018. A coleta de dados foi através de fichas do relato operatório, fichas da "cirurgia segura" e prontuários eletrônicos. As variáveis investigadas foram: sexo, idade, tipo de saída hospitalar, caráter da cirurgia (eletiva/urgência), classificação do ASA, classificação da cirurgia conforme potencial de contaminação, uso de antibiótico profilático no pré, intra e pós-operatório. A adequação do antibiótico profilático foi avaliada conforme a Diretriz Nacional para o uso de antimicrobianos em Serviços de Saúde, princípios gerais da antibioticoprofilaxia em cirurgia – ANVISA.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta por 25 pacientes submetidos a cirurgia de palatoplastia. Estas cirurgias representaram 10,24% das cirurgias plásticas realizadas no hospital. O sexo masculino representou 60% da amostra e o sexo feminino 40%, sendo que a média de idade foi de 8,9±10,64 anos. Todas as palatoplastias investigadas tiveram caráter eletivo e todos os pacientes tiveram saída por alta médica. Em relação ao potencial de contaminação das intervenções cirúrgicas, 88% foram contaminadas e 12% potencialmente contaminadas. A classificação de risco do ASA encontrou 52% de ASA 1, 16% de ASA 2 e em 32% não constava a classificação ASA nos prontuários. O antibiótico profilático pré-operatório foi realizado em 64% dos pacientes, sendo 68,75% considerado de uso adequado. A antibioticoprofilaxia intra-operatória foi realizada em 64% das cirurgias e considerada adequada em todos os casos e em 28% das cirurgias a profilaxia foi realizada no pós-operatório sendo adequada em 62,5% destas oportunidades. A prolongação do antibiótico profilático após as 24 horas da cirurgia foi constatada em 8% dos pacientes, não sendo encontrado, nos prontuários investigados, justificativa para essa conduta. Não foi encontrada prescrição antibiótica após a alta médica hospitalar, nos pacientes da amostra.</p> <p>CONCLUSÕES: A antibioticoprofilaxia no pré e pós-operatório das cirurgias de palatoplastia foram consideradas inadequadas em mais de um terço das prescrições. As fissuras labiopalatais representam a anomalia congênita mais frequente na face, e sua correção cirúrgica exitosa promove o desenvolvimento normal da fala e da audição após o ajuste da deformidade anatômica. O uso inadequado do antibiótico profilático nestas cirurgias pode comprometer o sucesso destas intervenções ao interferir na redução da probabilidade de infecção de sítio cirúrgico.</p>

PO 082-3	PO 083-1
<p>USO E ADEQUAÇÃO DO ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO EM CIRURGIAS PLÁSTICAS MAMARIAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Ana Carolina Gomes Siqueira, Jessica Danicki Prado Fernandes, Fabiana Cartaxo Xavier Salgado, Letícia Reis Kalume, Amanda Cristina de Souza, Eduardo José Ferreira Sales, Priscilla Cartaxo Pierri Bouchardet, Ubirajara José Picanço de Miranda Junior</p> <p><i>Universidade de Brasília (Unb)/ Centro Universitário de Brasília (Uniceub) - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o uso e adequação do antibiótico profilático nas cirurgias de plástica mamária, pois apesar dos grandes benefícios proporcionados pela antibioticoprofilaxia cirúrgica, sua utilização inadequada promove diversos prejuízos, justificando esse estudo.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal, retrospectivo na Unidade de Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Foram investigados pacientes submetidos a cirurgias de plástica mamária entre janeiro e setembro de 2018. A Coleta foi realizada em fichas do relato operatório, fichas da "cirurgia segura" e prontuários eletrônicos. Foram investigados: sexo, idade, tipo de saída hospitalar, caráter da cirurgia (eletiva/urgência), classificação do ASA, potencial de contaminação, antibiótico profilático no pré, intra e pós-operatório. A adequação do antibiótico profilático foi avaliada conforme a Diretriz Nacional para o uso de antimicrobianos em Serviços de Saúde, princípios gerais da antibioticoprofilaxia em cirurgia – ANVISA.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta por 61 pacientes submetidos a cirurgia de plástica mamária. Estas cirurgias representaram 25% das cirurgias plásticas realizadas no hospital. O sexo feminino representou 95,09% e o sexo masculino 4,91% da amostra, sendo que a média de idade foi de 41,72±11,9 anos. Todas as cirurgias investigadas tiveram caráter eletivo, 91,1% dos pacientes tiveram alta hospitalar e 8,9% ainda permaneceram internados. Em relação ao potencial de contaminação 96,62% foram limpas, 1,69% potencialmente contaminadas, 1,69% contaminadas. A classificação de risco do ASA encontrou 40,99% de ASA 2, 31,15% de ASA 1, 1,63% de ASA 3 e em 26,23% não constava a classificação nos prontuários. O antibiótico profilático pré-operatório foi realizado em 50,81% dos pacientes, sendo 51,61% considerado de uso adequado. A profilaxia antibiótica intra operatória foi realizada em 21,31% das cirurgias e considerada adequada em 15,38% dos casos. Em 77,5% das cirurgias a profilaxia foi realizada no pós-operatório, sendo adequada em 46,8% destas oportunidades. A prolongação do antibiótico profilático após 24 hs da cirurgia foi constatada em 39% dos pacientes, não sendo encontrado, em 91,67% dos casos, justificativa para essa conduta. Foi constatado também a prolongação do antibiótico para uso em domicílio em 6,55% dos pacientes, sem justificativa registrada em prontuário para tal conduta.</p> <p>CONCLUSÕES: O antibiótico profilático no pré-operatório não foi realizado em grande parte das cirurgias plásticas mamárias (47,59%) e, quando realizado, foi inadequado no intra operatório (84,62%), seguido do pós-operatório (53,2%) e pré-operatório (48,39%). Foi constatado também o uso prolongado do antibiótico sem justificativa. Entre os prejuízos advindos do uso inadequado da profilaxia cirúrgica estão o maior gasto hospitalar, risco aumentado de infecções e desenvolvimento de resistência bacteriana, demonstrando a importância da antibioticoprofilaxia adequada.</p>	<p>MAPEAMENTO INTRAOPERATORIO POR FLOURESCENCIA INFRAVERMELHA DURANTE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</p> <p>GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA, GABRYELLA SILVEIRA CARDOSO, JORGE SOARES LYRA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO MARANHÃO - Imperatriz - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas, como a colecistectomia laparoscópica, mostrou-se uma prática desafiadora na identificação de certas estruturas anatômicas intraoperatórias, devido ao seu tamanho e/ou localização. Alicerçado nisso, desde 2011 tem sido disponibilizado comercialmente corantes com indocianina verde que, quando administrado por via intravenosa e estimulado por luz infravermelha, permite a visualização fluorescente de estruturas vasculares e biliares. Esse método surge como uma alternativa para os procedimentos tradicionais visando à minimização dos efeitos adversos e complicações operatórias. A partir disso, esse trabalho tem como objetivo elaborar uma revisão sistemática de literatura, visando o esclarecimento sobre a utilização da indocianina verde como sistema de imagem intraoperatórias por fluorescência infravermelha na colecistectomia por via laparoscópica.</p> <p>MÉTODO: Revisão de literatura efetuada mediante busca eletrônica de trabalhos indexados nas bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS e Periódicos CAPES, publicados no período de 2014 à 2018. Foram selecionados 20 trabalhos completos nos idiomas português e inglês para leitura prévia de títulos e resumos. Foram ainda utilizados descritores como "colecistectomia laparoscópica"; "sistema de imagem" e "indocianina verde". Destes trabalhos, foram destacados 8 no idioma inglês, com base na relevância do conteúdo de acordo com o objetivo do resumo, considerando os trabalhos e dados atualizados mais recentemente.</p> <p>RESULTADOS: Segundo um estudo feito com 130 pacientes, observou-se que, dos 39 indivíduos submetidos à intervenção com corante indocianina verde, 100% deles não desenvolveram reação adversa alguma. Ademais, destaca-se, também, uma redução de 88% da necessidade de evolução para laparotomia exploradora e uma diminuição de até 15% do tempo de cirurgia quando comparado aos procedimentos em que não foi utilizado esse sistema de imagem. Quando considerado o IMC como variável para avaliar a eficácia do método de visualização com indocianina, observou que mesmo com excesso de peso (IMC>30), ainda era possível a análise de estruturas, como a junção ducto cística, em até 91% dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Compreende-se, portanto, que esse método apresenta vantagens no que tange a redução do tempo intraoperatório, associado ao baixo custo tanto do equipamento como do medicamento. É válido destacar, também, a baixa incidência de reações adversas, associada à baixa toxicidade e respostas alérgicas. No entanto, são escassas as produções literárias sobre o assunto no Brasil, necessitando um maior estímulo à comunidade científica brasileira para o estudos desse tema no contexto medico-científico.</p>
<p>PO 094-3</p> <p>ANÁLISE DAS MAMOPLASTIAS REALIZADAS EM PACIENTES POS-BARIATRICA E O IMPACTO EM SUA QUALIDADE DE VIDA</p> <p>Carla Toillier de Oliveira, Carolina Sandi Kunz, Guilherme Fanti Panno, Diego Sisto Seidl, Juliana Mezari Carbajal, Vinícius Dal Piva Pieta, Manuella Fernanda Wuensch Weschenfelder</p> <p><i>Universidade de Santa Cruz do Sul - Santa Cruz do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade é considerada uma doença de proporções epidêmicas, frequentemente associada à morbidade e mortalidade aumentadas, assim como aumento dos gastos com saúde, redução da qualidade e da expectativa de vida. A alteração no formato das mamas, apresenta-se como um dos principais estigmas resultantes da perda ponderal significativa após a realização da cirurgia bariátrica, o que pode ter impacto na qualidade de vida dessas pacientes. No sentido de oferecer um tratamento amplo e multidisciplinar, o Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição, vem oferecendo a esse grupo de pacientes cirurgias plásticas reparadoras. Esse trabalho objetiva avaliar dados das mamoplastias pós-bariátricas realizadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre e o impacto na qualidade de vida destes pacientes.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes pós-bariátricos submetidos a mamoplastias, no período 01 de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2018 no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Foram avaliados o índice de massa corporal antes da gastroplastia e da cirurgia plástica, as complicações pós-operatórias e as comorbidades e qualidade de vida pós-cirúrgica, por meio de preenchimento de um questionário.</p> <p>RESULTADOS: Foram estudadas 52 pacientes com média de idade de 46 anos. O IMC médio no momento da cirurgia plástica foi de 28,15 Kg/m². A média de perda de peso foi de 52,03 Kg e a média de IMC no momento da cirurgia bariátrica foi de 48,10Kg/m². O tempo médio entre a cirurgia bariátrica e a cirurgia plástica foi de 65,12 meses ±42,61 meses. As comorbidades antes da cirurgia plástica mais importantes foram: hipertensão arterial (17,3%), hipotireoidismo (17,3%), depressão (15,4%) e ansiedade (19,3%). Das 52 pacientes operadas, 8 pacientes (8,4%) foram submetidas a mamoplastia redutora pela técnica de Pitanguy com retalho de Liacyr Ribeiro, 34 (65,4%) pacientes foram submetidas a mastopexia com inclusão de implantes mamários e 10 pacientes (19,2%) foram submetidas a mamoplastia de aumento. Em 54,5% das cirurgias, foi optado pelo plano subglândular e em 38,5% foi utilizado o duplo plano (dual plane). A taxa geral de complicações foi de 25% (13 pacientes), sendo que a maioria das complicações foi manejada sem necessidade de reintervenção em bloco cirúrgico, e tiveram maior relação com a idade avançada, tendo significância estatística (p<0,05). A depressão foi associada a maior ocorrência de complicações pós-operatórias, tendo sido significativo (P<0,05) 75% dos pacientes com depressão apresentaram complicações e 15,9% dos pacientes sem depressão apresentaram complicações. O escore de qualidade de vida demonstrou melhora em 100% das pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico das pacientes pós-bariátricas submetidas a mamoplastia foi semelhante ao relatado na literatura. A mamoplastia desempenha papel de grande importância na cirurgia reparadora da paciente após grande perda ponderal, levando a expressiva melhora em sua qualidade de vida.</p>	<p>PO 095-3</p> <p>RASTREIO DE TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EM PACIENTE QUE PROCURAM CIRURGIA PLÁSTICA: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Camila Saraiva Almeida, Roger Heisler</p> <p><i>Universidade de Caxias do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Indivíduos com Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) costumam recorrer a cirurgias plásticas visando reduzir insatisfações com sua aparência física; porém, por tratar-se de uma desordem psiquiátrica, em que há uma percepção distorcida da imagem corporal, esses pacientes apresentam motivações inapropriadas associadas a um alto grau de insatisfação pós-operatória. Assim, para minimizar o risco de piora psicológica e insatisfação, independentemente dos resultados cirúrgicos obtidos, o rastreo pré-operatório do TDC pode ser uma ferramenta importante para identificar esses pacientes, suas expectativas e possíveis motivações inapropriadas. O objetivo deste trabalho é avaliar o uso de ferramentas de rastreo para TDC em pacientes que procuram realizar procedimentos estéticos e cirurgias plásticas.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scielo e Google Scholar. Utilizaram-se os descritores "plastic surgery and body dysmorphic disorder" e "cosmetic surgery and body dysmorphic disorder", sendo incluídos artigos publicados entre o ano de 2000 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: O uso rotineiro de métodos de rastreo para o TDC é incomum na prática médica, fazendo com que os cirurgiões dependam, primariamente, de intuição e informações obtidas na consulta para identificar paciente com a doença. Em uma pesquisa com 265 membros da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica, 84% dos cirurgiões plásticos relataram que já operaram pacientes que julgaram apropriados para as cirurgias, mas durante o pós-operatório acreditavam que eles tinham TDC: com 82% desses pacientes apresentando desfechos negativos em relação as cirurgias. Ademais, um estudo com 597 pacientes mostrou que 10% desses foram identificados com TDC por testes validados, enquanto que os cirurgiões só foram capazes de identificar 5% desses pacientes- sugerindo uma fraca correlação entre a avaliação intuitiva e a identificação da doença. Devido ao risco de piora psicológica que muitos pacientes com TDC podem experimentar no pós-operatório, independente do resultado obtido, o rastreo de TDC com testes validados torna-se um componente essencial. Há dois instrumentos validados no âmbito da cirurgia plástica: "Body Dysmorphic Disorder Questionnaire- Dermatology Version (BDDQ-DV)" e o "Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)". Ambos os questionários podem ser respondidos de maneira autoaplicável pelos pacientes, enquanto aguardam a consulta médica.</p> <p>CONCLUSÕES: O rastreo pré-operatório de TDC pode auxiliar na identificação e seleção apropriada de pacientes que buscam cirurgias plásticas. Pretende-se, assim, otimizar resultados, evitar possíveis prejuízos psicológicos e melhorar o atendimento a esses pacientes.</p>

PO 097-2	PO 097-3
<p>ESTUDO COMPARATIVO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA, DO ESTADIAMENTO ANATOMOPATOLÓGICO E DOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL POR POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR E DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL ESPORÁDICO</p> <p>Amanda Moreira Parente, João Batista Sousa</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal (CCR) tem a terceira maior taxa de incidência entre as diferentes neoplasias malignas e é a segunda causa de morte por câncer na América do Norte e na Europa Ocidental. No Brasil, segundo dados do INCA, em 2018 tivemos 36.360 novos casos e, em 2015, o número de mortes causadas por esse tipo de câncer foi de 16.997. A incidência do CCR é maior em pessoas acima de 50 anos, no sexo masculino e em afrodescendentes. Independente de sinais ou sintomas, 20% de origem familiar e o restante secundário à doença inflamatória intestinal e síndromes hereditárias, sendo as duas mais frequentes a Síndrome de Lynch e a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). Sendo esse tema de grande relevância para a prática médica, o objetivo desse estudo é comparar a apresentação clínica, o estadiamento patológico e os resultados oncológicos de pacientes com CCR por PAF e de pacientes com CCR esporádico.</p> <p>MÉTODO: Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos com câncer colorretal com ou sem PAF. Os pacientes com PAF diagnosticados com CCR (grupo PAF) foram, cada um, foi pareado com três (03) pacientes com CCR esporádico diagnosticado e tratados no mesmo período. O pareamento foi realizado segundo o sexo, idade e estadiamento patológico. Para estudar a apresentação clínica foram escolhidos os quatro sintomas objetivos do CCR: sangramento intestinal, alteração de hábitos intestinais, dor abdominal e perda de peso), intervalo de tempo entre o início de sintoma e o diagnóstico. Para avaliação dos resultados oncológicos foram consideradas a sobrevida livre de doença e a sobrevida global.</p> <p>RESULTADOS: No total foram incluídos 48 indivíduos, sendo 12 no grupo F e 36 no grupo controle. A idade no grupo PAF variou de 21 a 69 com mediana de 43,5 anos e no grupo controle variou de 20 a 72 (mediana 44 anos). Foram seis mulheres e seis homens no grupo PAF. Com relação ao estadiamento patológico um paciente estava no estágio p1, 04 no pII, 04 no pIII e três no pIV. A frequência de sangramento, alteração de hábito intestinal e dor abdominal, e perda de peso foi semelhante nos dois grupos. Entretanto dois pacientes no grupo com polipose eram assintomáticos. O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 4,58 meses no grupo com polipose, já no grupo com câncer esporádico foi de 9,3 meses. Quanto aos resultados oncológicos, não houve diferença de sobrevida entre os dois grupos. A sobrevida global média nos pacientes do grupo PAF foi de 70,2 meses. Três pacientes com doença metastática sobreviveram menos de 12 meses. Quando se considera a sobrevida livre de doença em cinco anos, apenas cinco pacientes do grupo PAF permaneceram vivos e sem sinais de recidiva.</p> <p>CONCLUSÕES: A sintomatologia nos pacientes PAF foi similar à dos com CCR esporádico, o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico do câncer colorretal foi menor no grupo PAF e os resultados oncológicos foram semelhantes e relacionados ao estadiamento patológico.</p>	<p>IMPACTO DA OTOPLASTIA NA QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>RAIRANA BOSKA, PAULA RIBEIRO BRITTO BORGES, ALAN CARNEIRO VIEIRA, RAFAELA MALGOLI SANTOS, CAROLINA SIMÕES, MARINA MATTA ARAUJO, ROBERTO FIRMINO, bianca rocha</p> <p><i>UNIFENAS - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As orelhas proeminentes afetam cerca de 5% da população, o que torna esse problema relativamente frequente. Essa é a alteração congênita mais comum do pavilhão auricular e existem diversos procedimentos estéticos para corrigi-lo. A orelha de abano além de prejudicar a harmonia facial, tende a desencadear problemas psicológicos e de comportamento nesses pacientes. Desta forma surge a disposição para avaliar o impacto psicológico e social da cirurgia corretiva das anormalidades auriculares, avaliando seus desfechos nas populações estudadas, considerando o grau de satisfação e insatisfação obtidos pelos questionários em diferentes circunstâncias, para assim determinar os fatores mais influentes e determinantes para o sucesso da correção da orelha de abano.</p> <p>MÉTODO: Esta é uma revisão sistemática da literatura, redigida de acordo com as diretrizes do protocolo PRISMA. Foram incluídos nesta revisão ensaios clínicos e estudos retrospectivos abrangendo qualquer faixa etária e qualquer gênero.</p> <p>RESULTADOS: Os tipos de cirurgia compreendidos foram: Mustarde, Otoplastia de fumas, Negrevergne, Técnica de sutura de conchomastoide, Stenstrom e Heftner, utilização de estrutura de polietileno poroso, Método de sutura e Método de ressecção, variando de acordo com cada cirurgia, havendo uma predominância do tipo Mustarde e Negrevergne. Os questionários mais utilizados foram: Glasgow Benefit Inventory (GBI), Glasgow Childrens Benefit Inventory (GCBi), e The Health Measurement Questionnaire (HMQ), prevalecendo em mais da metade dos estudos. Outros questionários como Kiddo-KINDL, Visual Analog Scale (VAS), Patient Outcomes of Surgery-head/neck (POS-head/neck), também foram utilizados. A taxa de satisfação obtida foi superior a 80% em mais da metade dos artigos analisados. Apenas um quarto dos estudos apresentou uma taxa de satisfação menor que 50%.</p> <p>CONCLUSÕES: A presente revisão sistemática de literatura teve por objetivo comprovar que a realização da otoplastia melhora significativamente a qualidade de vida dos pacientes sob várias perspectivas, tanto estéticas quanto psicológicas. A melhora observada foi individual e coletiva, visto que melhorou a qualidade de vida dos pacientes, e também demonstrou efeito sobre as relações pessoais, tanto nos adultos quanto nas crianças. Dessa forma, conclui-se que a realização da otoplastia é satisfatória. Além disso, quanto mais cedo esta for realizada, menores serão os impactos negativos da orelha de abano na vida do indivíduo.</p>
<p>PO 100-3</p> <p>HIMENOPLASTIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL</p> <p>Ana Carolina Souza Sisnando de Araujo, Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva, Gabriela Strini Pereira, Kamila Catta Preta Carneiro de Sousa, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A violência sexual caracteriza-se por atividades de natureza erótica na qual um dos indivíduos envolvidos têm o direito de escolha violado. A violência sexual aguda, mais comum atualmente, identifica o abuso sexual mais relacionado a violência urbana, nessas situações a integridade física e ameaça a vida são bastante nítidas, sendo também mais frequentes. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da literatura sobre a utilização da himenoplastia em vítimas de violência sexual como forma de mitigar o trauma associado.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma busca nas bases de dados SciELO e Pubmed, utilizando-se os descritores "abuso sexual" e "himenoplastia em crianças e adolescentes".</p> <p>RESULTADOS: Em crianças vítimas de violência sexual, podem ocorrer vários sinais de irritação, lesão e inflamação no sistema urogenital, dependendo do tipo de violência que a criança sofreu, diferentes sintomas são relatados, desde lesões na pele a lesões internas como lacerações em fundo de saco vaginal e rotura do hímen. O atendimento médico e psicológico é obrigatório para vítimas de abuso sexual e devem ser levados em consideração para crianças que passam por essa situação, pois a avaliação médica deve ser planejada de modo que o processo não fique mais traumático. Durante o atendimento é obrigatório o exame ginecológico para investigação de lesões internas, dentre elas a ruptura himenal recente, lacerações sangrantes, dentre outras mais graves ou que demandem intervenções cirúrgicas imediatas. As intervenções cirúrgicas possuem como um de seus objetivos cessar sangramentos e reconstruir estruturas lesadas pelo abuso. A reconstrução do hímen é uma possibilidade terapêutica, dependendo do fator cultural. A reconstrução do hímen, em vários casos, é essencial para a superação da violência sofrida. Além disso, aspectos religiosos podem influenciar na decisão pela realização do procedimento.</p> <p>CONCLUSÕES: O atendimento às situações agudas deve ser imediato e eficiente com o intuito de reconhecer e reparar possíveis danos físicos, além da necessidade de identificação e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's). A cirurgia torna-se importante em culturas, como na muçulmana, cuja a presença do hímen e sua ruptura durante a noite de núpcias possui valor social e religioso.</p>	<p>PO 103-1</p> <p>PERFIL CLÍNICO E MORBIDADE DOS PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA BAHIA.</p> <p>Matheus de Sena Rocha, Clarissa Suzart Lopes da Silva, Gabriela Chaves Celino, Leonardo Araújo Carneiro da Cunha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil clínico-epidemiológico e morbi-mortalidade de pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, secundário a litíase vesicular, em um hospital público de referência na Bahia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo observacional retrospectivo, com base na revisão de prontuários de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de colelitíase sintomática em 2018, no Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGSEF) localizado em Salvador (BA). A amostra final foi de 37 pacientes e as variáveis analisadas foram: idade, sexo, comorbidades associadas, sinais e sintomas, indicação cirúrgica e grau de contaminação, duração da internação, complicações pós-operatórias e óbito. A avaliação foi feita através de análise estatística simples e descritiva através do Microsoft Excel 2017 e as recomendações éticas foram respeitadas.</p> <p>RESULTADOS: A idade média foi de 48 anos (15 – 80 anos). O percentual de pacientes feminino foi significativamente maior que do sexo masculino (73% vs. > 27%) e 48,6% dos pacientes apresentaram pelo menos uma comorbidade. Apenas 2 pacientes (5,4%) apresentaram temperatura superior a 38°C, 32 pacientes (86,4%) relataram dor em hipocôndrio direito (HD) e 15 pacientes (40,5%) apresentaram náuseas e/ou vômitos. A indicação cirúrgica de 31 pacientes (83,7%) foi através de exame clínico e ultrassonografia (USG) enquanto 6 pacientes (16,3%) necessitaram de pelo menos mais um exame complementar associado ao USG, tais como exames laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) de abdome e ressonância magnética (RM) de abdome. Todos os pacientes foram submetidos à colecistectomia videolaparoscópica (CVL), sendo que 32 cirurgias (86,4%) foram eletivas. Quanto ao grau de contaminação, 21 cirurgias (56,8%) foram limpas enquanto 16 cirurgias (43,2%) foram potencialmente contaminadas. Não houveram conversões e nem complicações pós-operatórias ou óbitos.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base na análise percentual dos dados, os resultados estão em consonância com a literatura quanto ao perfil clínico-epidemiológico e morbidade. No entanto, a não ocorrência de conversões, complicações pós-operatórias ou óbitos no presente estudo pode ser explicada pela pequena amostra estudada. Sendo assim, é necessária uma amostra maior para ser possível obter significância estatística comparável a outros estudos.</p>

PO 104-2	PO 105-2
<p>DISSECÇÃO AGUDA DA AORTA: ATUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E APLICAÇÃO DA TERAPIA ENDOVASCULAR DE EMERGÊNCIA</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO, João Luís Gomes da Silva, Arthur Almeida Marinho, Maria Luiza de Holanda Balbino, Wysterlányo Kayo Pereira Barros, Marcielly Manaiá de Paula Gomes, Tâmara Azevedo de Medeiros</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O diagnóstico precoce da ADA é imprescindível, uma vez que os pacientes que chegam vivos ao hospital, têm alta probabilidade de morte em um curto período de tempo se não forem tratados adequadamente, especialmente aqueles que foram vítimas de algum evento traumático anterior. Neste contexto, a abordagem endovascular tornou-se o tratamento de escolha para emergências cirúrgicas agudas envolvendo a aorta torácica descendente. Partindo dessa realidade, o presente estudo teve como intuito, fazer uma revisão bibliográfica sobre a dissecação aguda de aorta, elucidando os principais e mais recentes métodos de abordagem diagnóstica e terapêutica. Além disso, ressalta a necessidade urgente, do preparo da equipe na admissão dos pacientes acometidos por essa moléstia, de modo que seja possível diminuir a incidência de casos subdiagnosticados, otimizando o tempo entre a abordagem inicial e a conduta adequada.</p> <p>MÉTODO: Este trabalho foi realizado a partir de uma busca eletrônica nas bases de dados PubMed, Medline, LILACS, Scielo e Portal de Pesquisa da BVS. Foram coletados dados de relatos de caso, estudos de coorte e revisões literárias, utilizando os descritores: síndrome aguda de aorta, dissecação aórtica aguda, dissecação traumática de aorta, reparo endovascular. O método apresentou a seguinte questão norteadora: "Quais os principais resultados e evidências científicas identificadas na produção bibliográfica nacional e internacional, dos últimos 26 anos relativos a abordagem diagnóstica e terapêutica da dissecação aguda de aorta?". No levantamento inicial, os artigos passaram pela avaliação de sete pesquisadores (autores), de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês ou espanhol, que apresentassem as combinações das palavras-chave selecionadas, com data de publicação entre 1989 e 2015 que fossem acessíveis.</p> <p>RESULTADOS: A DAA é uma condição potencialmente fatal que requer rápida avaliação e intervenção. No entanto, apesar dos grandes avanços em métodos de imagem e estudos não-invasivos, o diagnóstico correto nem sempre é a regra, consequentemente os erros de diagnóstico ocorrem frequentemente. Aproximadamente 30% dos casos são reconhecidos em exames post-mortem. Os pacientes com essa afecção apresentam-se ao departamento de emergência com uma grande variedade de sintomas, devido ao envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos. Entretanto, há ocasiões em que a história médica é insuficiente para se reconhecer o quadro.</p> <p>CONCLUSÕES: A maioria dos pacientes vítimas de uma ruptura de aorta após um acidente, morrem de imediato. Todavia, a pequena parcela sobrevivente, tem em média 24 horas para até que essa ruptura leve ao óbito. Como os achados clínicos são pobres e inespecíficos, mostra-se necessária uma maior habilidade profissional, no que diz respeito ao diagnóstico eficiente, abordagem rápida e tratamento adequado para esta grave patologia.</p>	<p>EFICÁCIA DA ABORDAGEM DE MANEJO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROMPIDO</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO, Tâmara Azevedo de Medeiros, Arthur Almeida Marinho, Antonio Bezerra Wanderley Neto, Wysterlányo Kayo Pereira</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo fez uma revisão bibliográfica, a fim de comparar os procedimentos utilizados nesta cirurgia de emergência (técnica de cirurgia aberta e endovascular), com o objetivo de definir qual abordagem oferece maior benefício.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo é uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando os descritores "Doenças cardiovasculares", "aneurismas da aorta abdominal", "Aneurisma da aorta rompido", "angioplastia", "endoluminal reparação", "procedimentos cirúrgicos cardiovasculares". Nós incluímos Artigos em inglês, espanhol e português, publicados entre 2006 e 2016, que retratam o tratamento da doença aneurisma roto da aorta abdominal.</p> <p>RESULTADOS: Existem três características importantes do AAA que emprestam -se ao tratamento médico: métodos baratos e precisos para detectar, longo período de vigiância antes do intervenção e expectativa de vida da população afetada. Como resultado, através da conscientização da população e da disponibilidade de uma triagem eficiente, você pode elevar detecção de aneurisma na próxima década. O tratamento padrão atual para pequenos AAA "espera vigilante". Por isso, a provisão de uma terapia médica relativamente benigna e eficaz para estes pacientes, pode trazer melhorias na qualidade de vida, através da identificação de uma condição potencialmente fatal, cuja o tratamento ainda não está estabelecido. Diferenças significativas nas taxas de mortalidade da cirurgia aberta comparado ao tratamento endovascular do aneurisma roto, não foram demonstradas de forma definitiva. Ainda há alguns evidências sugestiva de que, no período pós-operatório (30 dias), os resultados da abordagem endovascular (EVAR) AAA rompido pode ser melhor do que o reparo aberto de AAA. Como um resultado, nos casos em que existem múltiplos fatores de risco e prognóstico em relação à técnica aberta, bem como anatomia adequada para o procedimento endovascular, sugere-se tentativa de EVAR, uma vez que o serviço hospitalar pessoal e equipamento apropriado disponível.</p> <p>CONCLUSÕES: Nos casos em que existem múltiplos fatores de risco e prognóstico em relação à técnica aberta, bem como anatomia adequada para o procedimento endovascular, sugere-se tentativa de EVAR, uma vez que o serviço hospitalar pessoal e equipamento apropriado disponível.</p>
<p>PO 106-3</p> <p>CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Marcelle Baracuchy Sodré de Mello, Aline Mirlania Sabino de Araújo, Arthur Gonçalves de Lima França, Paloma Oliveira Matos, Thaynara Maria Honorato Muniz, Sabrina Bastos E Costa, George Harley Cartaxo Neves Filho, Karoline Rodrigues Costa Araújo</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer uma recapitulação, a partir da literatura bibliográfica, acerca da cirurgia micrográfica de Mohs.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura onde foram recrutados artigos encontrados nas bases de dados Scielo e Lilacs, publicados na íntegra, entre os anos 2010 e 2016.</p> <p>RESULTADOS: Em diversas situações as técnicas tradicionais não são capazes de remover os tumores de pele com altos índices de cura. Isso ocorre devido ao crescimento tumoral imprevisível, além de suas margens clínicas, lesões recidivadas com crescimento de tumor em área cicatricial, dificuldade em delimitar a lesão e infiltração de pequenos cordões tumorais no tecido adjacente. Em outras situações as margens preconizadas pela técnica convencional removem mais tecido saudável do que o necessário, causando danos estéticos e funcionais importantes. Em ambos os casos, a Cirurgia de Mohs é a proposta terapêutica com melhor índice de resolução, seja por rastrear o tumor e conseguir removê-lo, seja por preservar o máximo de tecido saudável. A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é uma técnica para a exérese de câncer de pele complexo, com exame histológico de 100% das margens cirúrgicas, obtendo uma maior taxa de cura e preservação máxima do tecido saudável circundante. Essa técnica combina excisão cirúrgica e dermatopatologia, exigindo que um único médico atue em funções cirurgião e patologista de forma integrada, o que garante menor custo e tempo requerido para desenvolver esse tratamento cirúrgico. Esse procedimento também apresenta menor potencial para complicações, com percentual de 0,02% de eventos graves no pós-operatório, ocorrendo, comumente, infecção de sítio cirúrgico (21%) e hematomas (14,7%).</p> <p>CONCLUSÕES: A Cirurgia de Mohs seria uma opção terapêutica quando não se consegue delimitar precisamente as margens da lesão, conseguindo uma exérese completa do tumor e conseguindo manter o máximo de tecido saudável, pelo exame histológico nas margens cirúrgicas. Além disso, a cirurgia de Mohs possui uma menor taxa de complicações graves no pós-operatório e ainda tem um menor custo, pois um único médico atua como cirurgião e patologista de forma integrada nesse procedimento cirúrgico.</p>	<p>PO 107-1</p> <p>COLECISTECTOMIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA POR INCISÃO ÚNICA: EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO</p> <p>Tertuliano Leite, Gian Almeida, Geslen Lucena, Ana Lívia Balduino, Isabella Guedes Lucena</p> <p><i>Hospital Universitario Alcides Carneiro - Campina Grande - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever a técnica e mostrar os resultados preliminares do procedimento de SIC no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), vinculado a Universidade Federal de Campina Grande (UFPG) e EBSERH.</p> <p>MÉTODO: Avaliar retrospectivamente os casos de SIC, traçando o perfil epidemiológico, o quantitativo de cirurgias e as taxas de intercorrências.</p> <p>RESULTADOS: Todos os pacientes foram submetidos a anestesia geral e com bloqueio local intra-umbilical (neocaina com vasoconstritor). A técnica consiste na incisão umbilical em Z, liberação da cicatriz umbilical, introdução de dois trocateres de 10mm e um de 5mm, clipagem da a. e ducto cístico similarmente a vídeo colecistectomia convencional e extração da peça cirúrgica pela própria incisão. Pelo espaço reduzido e uso de pinças de vídeo convencionais, o cirurgião usa as manoplas de forma invertida. Ocorreu maior facilidade técnica naqueles pacientes com hérnia umbilical prévia, apesar de ter ocorrido maior perda de gás. Ao todo, foram trinta e cinco pacientes, com idade variando entre 20 e 72 anos, com ou sem colecistite aguda no momento da cirurgia. Apenas em um caso foi ampliação da incisão para remoção de vesícula volumosa.</p> <p>CONCLUSÕES: Observamos menor dor pós-operatória, menor impacto inflamatório, melhores resultados estéticos, taxas de complicações semelhantes a cirurgia por quatro portais e maior satisfação global do paciente. Assim, percebe-se preliminarmente que a técnica é factível e promissora.</p>

<p style="text-align: center;">PO 108-2</p> <p>DIABETES MELLITUS E FATORES DE RISCO PARA AMPUTAÇÃO DE EXTREMIDADES DE MEMBROS INFERIORES</p> <p>Juliana Larissa Lauriano Ramos, Geovanna Ferreira Silva, Larissa Soares Cardoso, Kim Tavares Mesquita, Fabiana Nakashima</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O comprometimento dos membros inferiores como complicação do Diabetes Mellitus é a principal causa de amputações não-traumáticas dos membros. Considerando a importância clínica e epidemiológica, o presente estudo buscou identificar os principais fatores de risco para amputação de membros inferiores dos portadores da doença.</p> <p>MÉTODO: O estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, utilizando material já publicado nas bases de dados Scielo e PubMed. Para a pesquisa os seguintes descritores foram utilizados: Diabetes Mellitus, Pé diabético e Amputação. Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados nas línguas portuguesa ou inglesa, no período de 2010 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: Na análise das publicações, agruparam-se informações de modo a apresentar os fatores de risco relacionados ao portador da doença, os relacionados à evolução da morbidade e os relacionados ao acompanhamento ambulatorial preventivo. No Diabetes Mellitus, os órgãos mais acometidos por morbidades são o coração, olhos, rins e pés. O pé diabético foi descrito como o comprometimento dos tecidos profundos do membro, associado a anormalidades neurológicas e doenças vasculares periféricas. O quadro inclui a perda da sensibilidade e circulação deficiente, o que pode levar às principais complicações relacionadas à doença, como lesões e úlceras, formação de abscessos e gangrena. Tais acometimentos são responsáveis por grande parte das admissões hospitalares relacionadas ao Diabetes Mellitus e aumentam significativamente as chances de amputações de extremidades dos membros inferiores. Dentre os fatores relacionados ao portador da doença estão a idade acima de 60 anos, o gênero masculino e a baixa renda. Percebeu-se, além disso, a relação do tabagismo com a maior ocorrência de amputações. Dentre os fatores relacionados à morbidade, estão o índice glicêmico no momento da admissão hospitalar, o tempo de ocorrência do problema atual e a presença ou não de úlceras infeccionadas (sendo relevante a profundidade e o tamanho), de edema pré-tibial, de doenças arteriais periféricas e de gangrena. Notou-se, também, um risco maior para pacientes que já realizaram amputações anteriores. Quanto ao acompanhamento ambulatorial preventivo, os dados apontam que a menor quantidade de consultas e de exames de glicemia realizados para monitoramento da doença são importantes fatores de risco para uma futura amputação. Além disso, destaca-se como fator de risco a significativa quantidade de não-adesão dos portadores ao tratamento medicamentoso da doença, mesmo que tenham recebido as orientações adequadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, conclui-se que os principais fatores de risco para a amputação de extremidades de membros inferiores em portadores do Diabetes Mellitus estão intimamente associados à idade, aos hábitos de vida e, sobretudo, ao monitoramento e controle da doença, principalmente no que se trata da saúde dos pés.</p>	<p style="text-align: center;">PO 111-2</p> <p>USO DO LASER DE DIODO NA DISSECÇÃO DA VEIA SAFENA PARA A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO</p> <p>CELESTE SANTANA Oliveira, Ana Renata Dezzen Gomes, Helmgton José Brito de Souza, Ricardo Corso, Isaac Azevedo, Marcus Nascimento Silva, Glauco Pina</p> <p><i>UNICEUB - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os lasers de diodo foram introduzidos no campo cirúrgico no início dos anos 80. Devido a baixa potência, seu uso médico ficou restrito inicialmente à aplicação oftalmológica. O aumento da produção energética resultou na expansão das aplicações clínicas do laser, desenvolvendo-se, então, o laser de diodo de alta potência, que apresenta um grande atrativo do ponto de vista ergonômico e hemostático quando comparado ao eletrocautério, pois gera menor dano tecidual e possibilita melhor recuperação pós-operatória. Esse trabalho tem o objetivo de comparar o dano tecidual causado, a partir da dissecção de enxerto de veia safena, em cirurgias de revascularização do miocárdio, pelo eletrocautério e pelo laser de diodo, na perspectiva de que um menor dano no ato cirúrgico possa resultar em maior patência do enxerto.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo randomizado que comparará o uso de laser de diodo versus eletrocautério na dissecção de enxerto de veia safena utilizadas em cirurgias de revascularização do miocárdio entre setembro de 2018 e março de 2019. A amostra está dividida em dois grupos. Grupo A (teste - uso do laser de diodo) e Grupo B (uso do eletrocautério). Cada grupo será composto por 05 (cinco pacientes). Ao final das dissecções das veias safena, serão colhidos fragmentos da veia dissecada para avaliação de lesão tecidual. As amostras serão submetidas a estudo anatomopatológico e imunohistoquímica com marcadores CD 31 e CD 34. Todos os pacientes assinarão termo de consentimento livre e esclarecido e o estudo está autorizado por Comitê de Ética em Pesquisa - Uniceub.</p> <p>RESULTADOS: O estudo está na fase de coleta de dados.</p> <p>CONCLUSÕES: Até o mês de abril, demonstraremos se o uso do laser de diodo na dissecção da veia safena provoca menos lesão tecidual do enxerto, quando comparada ao uso de eletrocautério convencional.</p>
<p style="text-align: center;">PO 112-1</p> <p>ANÁLISE TEMPORAL DAS COLECISTECTOMIAS REALIZADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Caio César Chaves Costa, Nathalia Gabay Pereira</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará / Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das colecistectomias realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na comparação entre as técnicas laparoscópica e laparotômica.</p> <p>MÉTODO: Tratou-se de um estudo descritivo de séries temporais, utilizando-se informações do DATASUS (www.datasus.gov.br) compreendidas entre 2008 a 2018. Como o banco de dados é de domínio público, não foi necessário obter a aprovação de nosso comitê de ética em pesquisa. As variáveis obtidas foram "número total de internações", "valor total das internações", "média de permanência hospitalar", "taxa de mortalidade" e "caráter da operação" (eletiva x de urgência) relacionadas aos procedimentos de colecistectomia (código 040703002-6) e colecistectomia videolaparoscópica (código 040703003-4) realizados no território nacional. Os dados obtidos foram tabulados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Office Excel®, sendo expressos pela média e porcentagem. Posteriormente, com auxílio do programa Bioestat 5.3®, as informações referentes aos procedimentos de colecistectomia e colecistectomia videolaparoscópica foram comparadas entre si por meio do teste t de Student ou Mann-Whitney quando necessário, sendo que resultados com p < 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por colecistectomia laparotômica foi significativamente maior que a videolaparoscópica (p < 0,0001), apesar de que esta obteve aumento de 338.9% ao longo do período estudado. A quantidade de procedimentos por via aberta foi variável nos últimos 11 anos, apresentando redução de 7% até 2017 e tendência à aumento no ano subsequente. A colecistectomia videolaparoscópica possuiu menores custos totais de internação (p < 0,0001), menor média de permanência hospitalar (p < 0,0029) e menor taxa de mortalidade (p < 0,0001) em relação à colecistectomia laparotômica. Observou-se também que 63,38% das colecistectomias por via aberta foram eletivas, 30,60% foram de urgência e 6,02% não foram especificadas. Em relação à videolaparoscópica, 74,36% foram consideradas eletivas, 25,62% de urgência e apenas 0,02% não-especificadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se que a via videolaparoscópica vem ganhando cada vez mais destaque para realização de colecistectomias no SUS, principalmente em caráter eletivo, visto que apresenta maiores benefícios clínico-cirúrgicos em relação à via laparotômica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 112-3</p> <p>TECNICAS DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA UTILIZADAS NO TRATAMENTO DO CANCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Mariane Costa Dias Lins, Lorena Torres Andrade da Nóbrega, Charlene Glauca Nunes de Almeida, Ana Raquel Casimiro Dantas de Oliveira, Victor Augusto de Lima Cabral, Maria Carolina Sarmiento de Matos, Arthur Guilherme Dantas de Araújo, Anderson de Azevedo Damasio</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão de literatura acerca das técnicas de reconstrução mamária utilizadas após mastectomia unilateral ou bilateral, abordando suas indicações e contraindicações, assim como, os impactos gerais causados na qualidade de vida da mulher.</p> <p>MÉTODO: Em março de 2019, foi feito um levantamento bibliográfico acerca do tema. Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2016 e 2019, indexados nas bases de dados UPTODATE, MEDLINE e SCIELO, em português e inglês, utilizando os descritores "reconstrução da mama", "câncer de mama" e "mastectomy". A amostra final foi constituída por 8 artigos.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, segundo o último relatório do Instituto Nacional do Câncer, estimou-se que em 2018 haveria 59.700 novos casos de câncer de mama no país. A perda da mama em decorrência do tratamento do câncer afeta negativamente a imagem corporal da mulher, assim como a sua estabilidade emocional, a sua sexualidade e seu convívio social. Por isso, antes de ser realizada a mastectomia unilateral ou bilateral, o oncologista deve disponibilizar o acesso ao cirurgião plástico, a fim de que seja apreciada a melhor técnica de reconstrução mamária para as pacientes, caso a terapia de conservação da mama tenha tido um resultado estético menor do que o ideal. Isso confere à paciente um melhor bem-estar. Atualmente, há a possibilidade de reconstrução imediata com implante de silicone após a mastectomia sem necessidade de um estágio prévio de expansão, mas deve-se levar em consideração a forma, o tamanho e a localização da retirada do tecido, assim como, a programação do tratamento oncológico. Paciente que irá ser submetida à radioterapia, o implante imediato não é indicado, pois aumenta o risco de infecção, problemas cicatriciais, contração capsular e extrusão do implante, alterando, ainda, o resultado estético final da mama reconstruída. E, muitas vezes, só após o estudo histopatológico da peça cirúrgica é que se confirma a necessidade. Por isso, indica-se a realização de reconstrução tardia ou a reconstrução imediata retardada, a qual utiliza um expansor tecidual temporário que não provoca prejuízos para o tratamento radioterápico e/ou quimioterápico.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes que desejam realizar a reconstrução mamária, após a mastectomia, têm a apresentação dos tipos de técnicas que poderão ser adotadas e dos critérios para determinação do momento cirúrgico ideal. A reconstrução imediata alcança resultados surpreendentes, tanto com o uso de implantes de silicone, quanto com a utilização de tecido autólogo. O uso de tecido autólogo confere uma aparência e consistência mais natural, sendo a área do abdome a região doadora mais frequente, embora o retalho pediculado do músculo grande dorsal também possa ser utilizado. A reconstrução imediata retardada é feita através do uso de expansor, o qual é preenchido periodicamente com soro fisiológico até a mama adquirir o volume necessário e seguro para a aplicação definitiva da prótese de silicone.</p>

PO 113-1	PO 114-3
<p>AS PRINCIPAIS VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA ARVORE BILIAR E SUA CORRELAÇÃO COM A COLECISTECTOMIA</p> <p>Francisco Daniel Nunes Cruz, Luan Mateus Rodrigues, Artur Neves Cardoso, Cassia Lorena Dantas Rodrigues, José Aderval Araújo, Fabio Neves Santos, Sérgio Pedroso Junior, Iuri Marcel Alves Prates</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as relações encontradas entre as variações anatômicas das vias biliares e a cirurgia de colecistectomia, bem como as dificuldades encontradas no procedimento por conta dessas mutabilidades.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática a partir de um levantamento bibliográfico na base de dados eletrônica BIREME, utilizando como palavra-chave para pesquisa o termo: "variações das vias biliares", com utilização de filtro para artigos produzidos a partir do ano de 2008. Foram encontrados 29 artigos, os quais foram escolhidos 14, pois eram os que melhor abarcavam sobre a temática envolvida, abrangendo as intervenções cirúrgicas levando em conta as possíveis variações anatômicas</p> <p>RESULTADOS: A cirurgia de colecistectomia, consiste de maneira geral numa dissecação do triângulo de Calot para identificação de estruturas, além da dissecação e liberação do ducto e artéria cística, com secção e ligaduras das duas estruturas, retirando a vesícula através de incisões realizadas com eletrocautério, tendo cautela para evitar lesões no parênquima hepático. Porém, as variações anatômicas dificultam o processo, aumentando o risco de iatrogenias. Uma das variações com maior dificuldade de conduta é a duplicação da vesícula biliar quando o cirurgião deve ter cautela para evitar lesões na via biliar principal. Outrossim, as variações de ductos são os maiores desafios, sendo a variação mais frequente, uma que o ducto cístico segue ao lado do ducto hepático comum, aderindo a ele mais inferiormente, o que dificulta o campegamento cirúrgico. É importante ressaltar a existência de evidências de que uma junção hepato-cística a um nível muito baixo pode causar estagnação de bile e refluxo para o pâncreas. Ademais a implantação baixa das vias biliares extra-hepáticas, na qual haverá confluência do hepático direito e esquerdo próximo ao duodeno, associadas a um ducto cístico curto, pode confundir o cirurgião que realizará a ligadura do ducto hepático direito. É possível ainda classificar as variações anatômicas, envolvendo a vascularização do triângulo cisto-hepático sendo que em 30% dos casos, a artéria cística foi a única estrutura presente no triângulo cisto-hepático; em 14% o triângulo foi ocupado pela artéria cística, veia porta hepática e artéria hepática direita; em 8% estavam presentes as artérias cística e hepática direita; em 22% dos casos os indivíduos não apresentaram nenhuma dessas estruturas no triângulo cisto-hepáticos e outros 26% expressaram outras variações.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir que o conhecimento das variações anatômicas é de suma importância para a maior segurança do cirurgião durante o procedimento, diminuindo assim ações iatrogênicas. Vale ressaltar, também que a dissecação cuidadosa do triângulo cisto-hepático, no início da cirurgia, protege suas estruturas em casos de variações anatômicas.</p>	<p>A EXCELENCIA DA CIRURGIA DE MOHS NA ABORDAGEM TERAPEUTICA DO CARCINOMA BASOCELULAR</p> <p>LILLIAN Torres Soares Pessoa, Flora de Souza Brandão dos Reis, Luiza Pinheiro Mota, Brenda Barbosa Faustino, Maria Marina da Nobrega Carvalho</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>MÉTODO: foi executado uma revisão bibliográfica dos artigos científicos publicado nas bases de dados Scielo, BVS e PubMed sobre o tema abordado.</p> <p>RESULTADOS: O câncer de pele é doença grave e nas últimas décadas tem extrema importância devido a sua crescente incidência. É uma neoplasia que requer diagnóstico precoce e tratamento por equipe multidisciplinar e tem a cirurgia com o tratamento padrão de escolha, pois é o único meio que pode levar à cura. Na abordagem terapêutica do carcinoma basocelular deve-se considerar aspectos como idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor. O tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular consiste no padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivo. Dentre as opções de abordagem terapêutica temos curetagem, eletrocauterização, cirurgia excisional, cirurgia micrográfica de Mohs, administração de fluorouracila, radioterapia, terapia fotodinâmica e criocirurgia. Em diversas situações as técnicas tradicionais não são capazes de remover os tumores com altos índices de cura. Isso ocorre devido ao crescimento tumoral imprevisível além de suas margens clínicas, lesões recidivadas com crescimento de tumor em área cicatricial, dificuldade em delimitar a lesão e infiltração de pequenos cordões tumorais no tecido adjacente. Em outras situações essas margens preconizadas pela técnica convencional movem mais tecido saudável do que o necessário, causando danos estáticos e funcionais importantes. Nestes casos a Cirurgia de Mohs é a melhor opção terapêutica, seja por rastrear o tumor e conseguir removê-lo com os maiores índices de cura, seja por preservar o máximo de tecido saudável. A Cirurgia Micrográfica de Mohs é uma técnica altamente eficaz e especializada para remover os principais tipos de tumores da pele. Trata-se de um procedimento cirúrgico minucioso, para o tratamento do câncer da pele ou mucosas. Sua principal vantagem em relação à cirurgia convencional é de que esta técnica permite o controle microscópico das margens do tumor durante a cirurgia, e garante assim a remoção de todo o tumor com o mínimo de remoção de pele normal. Na cirurgia convencional os riscos de permanecerem resíduos do tumor são maiores, pois o tumor é retirado com margens de segurança estimadas apenas pela visualização do cirurgião dermatológico.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, a cirurgia de Mohs é ideal nas situações em que o câncer da pele recidivou, quando está em um local de difícil remoção como, por exemplo, na face, especialmente em torno do nariz, olhos e boca ou quando o tumor é de subtipo mais agressivo e infiltrativo, como o carcinoma basocelular esclerodermiforme.</p>
<p>PO 118-1</p> <p>NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS NO TOCANTINS</p> <p>Raquel Costa Batista de Queiroz, Dayanne Cristine de Oliveira, Nathália Barros Trovo, Laylla Lúcia Borges Pinheiro, Caio Felipe Damasceno Tavares, Kelvin Mendes Carvalho, Bryam Simonsen de Oliveira, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar um perfil epidemiológico dos óbitos por Neoplasia Maligna do Pâncreas, no estado do Tocantins (TO) no período de jan/2008 a dez/2018 com base nos seguintes itens: sexo, raça e faixa etária; analisar os gastos por caráter de atendimento com vistas a verificar a necessidade da implementação de estratégias mais eficazes para o tratamento do paciente com CA de pâncreas.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de óbitos e valores totais gastos por caráter de atendimento dos pacientes com Neoplasia Maligna do Pâncreas registrados no DATASUS durante o período de jan/2008 a dez/2018 no estado do TO.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com os dados de óbito por faixa etária, as mais acometidas foram: 60 a 64 anos – 28 óbitos; 55 a 59 – 18; a partir de 80 anos – 18. Tendo em vista a cor, o maior acometimento foi da parda com 96 óbitos, branca 5, preta 3 e amarelo 2, em 30 óbitos não se informou a cor. Foi contabilizado um total de 136 óbitos no período analisado, dos quais 71 foram de mulheres. Com relação aos valores gastos observou-se que o valor total aplicado pelo serviço público do estado do TO no período analisado foi de 561.051,34 sendo que 74.857,91 no regime eletivo e 486.193,43 no de urgência.</p> <p>CONCLUSÕES: No Tocantins pode-se observar que a maior taxa de óbito ocorre nos pacientes de 60-64 anos de cor parda e do sexo feminino. Além disso, os gastos do serviço público foram consideravelmente maiores no regime de urgência tendo em vista o grande número de complicações que um paciente oncológico apresenta ao longo de seu tratamento. Durante o manejo deste a atuação do cirurgião em discernir qual paciente se beneficiaria melhor do tratamento cirúrgico é imprescindível não só ao melhor prognóstico do paciente, mas também do sistema público de saúde.</p>	<p>PO 119-1</p> <p>COLELITIASE E COLECISTITE NA POPULAÇÃO GERAL: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O NUMERO DE INTERNAÇÕES E TAXA DE MORTALIDADE NAS MACRORREGIÕES DO BRASIL E EM BRASILIA-DF DE 2014 A 2018</p> <p>Kelvin Mendes Carvalho, Nathalia Tararam Zanetti, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Bryam Simonsen de Oliveira, Meire Aparecida Jacinto Gundim, Laylla Lúcia Borges Pinheiro, Dayanne Cristine de Oliveira, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a relação entre o número de internações e a taxa de mortalidade em pacientes com quadro de colelitíase e/ou colecistite em Brasília-DF quando comparadas com as macrorregiões do país nos últimos 4 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo baseado nos dados de internação e taxa de mortalidade por colelitíase e/ou colecistite na população geral do Brasil, suas macrorregiões e em Brasília-DF, registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), contemplando o período de Janeiro/2014 a novembro/2018. Realizou-se a análise comparativa e de correlação entre a demanda de internações e as taxas de mortalidade nas diversas regiões do país e em Brasília-DF.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, foram registradas ao todo 1.262.878 internações por colelitíase e/ou colecistite no país, com taxa de mortalidade nacional de 0,80%. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade do país com 0,89% em 502.741 internações, sendo seguida por regiões Sul e Nordeste (245.329 e 305.190 internações respectivamente), ambas com 0,76%. A região Centro-Oeste obteve a taxa de 0,71% em 111.308 internações e a região com menor proporção de mortalidade foi a Norte com 0,63% em 98.310 internações. Brasília-DF apresentou taxa de mortalidade de 0,70% com 17.728 internações, se mantendo abaixo do valor absoluto registrado para todo o Brasil.</p> <p>CONCLUSÕES: Realizando a análise dos dados obtidos, os resultados sugerem que Brasília-DF cursa com uma média satisfatória quando comparada as outras macrorregiões do país. Entretanto, ao analisarmos de maneira conjunta a quantidade de internações no país, percebemos a tendência em menor taxa de mortalidade junto ao menor fluxo de internações, levantando questões que podem sugerir maior taxa de mortalidade com menor disponibilidade de leitos e equipes em regiões com maior demanda de internações, de possíveis subnotificações ou até mesmo de populações de regiões mais isoladas que possam estar apresentando desfecho negativo antes mesmo de obterem acesso a rede pública hospitalar.</p>

PO 120-1	PO 120-3
<p>Colecistectomia laparoscópica versus colecistectomia aberta: complicações e custo</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Dened Myller Barros Lima, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Amália Cinthia Meneses Rêgo, Irami Araújo-Neto, Carlos Antonio de Souza Filho</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Colecistectomia laparoscópica (CL) é atualmente o procedimento cirúrgico mais utilizado para o tratamento de cálculos biliares. O objetivo do estudo foi analisar e comparar os resultados pós-operatórios de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica ou colecistectomia aberta (CA) em relação às complicações, tempo de recuperação, permanência hospitalar e custo.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo prospectivo, que analisou 1015 pacientes, com idade entre 20 e 65 anos, diagnosticados com cálculos biliares submetidos à CL ou CA. Foram avaliadas as complicações respiratórias pós-operatórias, infecção do sítio cirúrgico, trombose venosa profunda, tempo para alimentação oral e deambulação, uso de antibióticos, duração do período pós-operatório e custo da cirurgia.</p> <p>RESULTADOS: Análises 470 (46%) pacientes submetidos a CL e 545 (54%) CA. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (68,4%). Pacientes comorbidades foram hipertensão (15,8%), diabetes mellitus (4,0%) e asma (1,18%). A LC resultou em menor prevalência de complicações pós-operatórias (2,9%) do que a OC (5,13%). A hospitalização pós-operatória por 18 a 24 horas foi encontrada em 71,68% dos pacientes com LC e em 13,4% nos CA. O custo financeiro por cirurgia foi de US \$ 495,00 na LC e US \$ 435,00 na CA.</p> <p>CONCLUSÕES: A colecistectomia laparoscópica apresentou maiores benefícios para os pacientes com menor prevalência de complicações pós-operatórias, alimentação mais precoce, menor tempo de internação hospitalar e custo equivalente em comparação à colecistectomia aberta. O custo financeiro por cirurgia foi de US \$ 495,00 na LC e US \$ 435,00 na CA.</p>	<p>APLICAÇÕES E VANTAGENS PROGNOSTICAS DA LINFADENECTOMIA SELETIVA NO MELANOMA CUTANEO</p> <p>Júlio Cesar Lacerda Garcez Garcez, Leandra dos Reis Nunes, Vicente Gomes Moreira Neto, João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira, Karen Juliana Neres Padilha, Luiz Felipe Gontijo Ribeiro Caetano, Pedro Hidekatsu Melo Esaki, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da literatura sobre as principais aplicações da linfadenectomia seletiva com biópsia de linfonodo sentinela no melanoma cutâneo.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se busca nas bases de dados PubMed, LILACS, BVS e Bireme utilizando-se os seguintes descritores (em português e inglês): "melanoma e linfonodo sentinela", "melanoma e linfadenectomia seletiva".</p> <p>RESULTADOS: Técnica do linfonodo sentinela tem sido empregada no estadiamento de linfonodos regionais, tendo alto potencial de estadiamento de gânglios regionais e elegibilidade de pacientes candidatos a ressecção cirúrgica curativa. O linfonodo sentinela representa o primeiro sítio linfonodal a receber a drenagem linfática de um tumor primário. Quando se verifica o acometimento é necessário prosseguir adiante na avaliação das próximas cadeias linfonodais; quando não positivo, as cadeias a seguir têm chance mínima de acometimento (inferior a 5%). A injeção de radiofármacos permite a realização de cintilografia ou a identificação do linfonodo sentinela por Gama probe. Esse linfonodo precisa ser biopsiado para a pesquisa de células metastáticas por histopatologia ou citologia. Com a utilização da técnica, é possível postergar para segundo tempo operatório a realização de linfadenectomias radicais. No melanoma cutâneo, a metastatização por via linfonodal precede a metastase hematogênica, sendo achado de metastase linfática potencialmente perigoso para risco maior de doença sistêmica. Cuidado especial deve ser tomado na região de cabeça e pescoço devido a maior incidência de falso-negativos e pela maior recorrência desses quando comparados a regiões de tronco e extremidades (10% dos pacientes). A linfadenectomia seletiva ajuda a poupar mutilação desnecessária ao paciente e dá segurança diagnóstica no estadiamento. A retirada dos linfonodos metastáticos não aumenta isoladamente a sobrevida dos paciente, entretanto associa-se a menor recorrência local. Ademais, há efeito auxiliar na identificação de pacientes que podem ser potencialmente beneficiados pela terapia adjuvante. Como exame pré-operatório, o exame de linfonodo sentinela fornece informações importantes acerca da drenagem linfática. 6 a 58% dos melanomas tem drenagem para mais de uma cadeia linfonodal.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo do linfonodo sentinela se apresenta como uma promissora técnica para aprimorar o estadiamento e evitar o multilamento do paciente. A marcação da cadeia linfonodal adjacente a região tumoral permite ao cirurgião compreender com precisão a anatomia da cadeia linfática e suas possíveis vias de metastases. Os presentes dados indicam para uma sobrevida mediana semelhante a quem recebe ou não estadiamento por esse método, entretanto a qualidade de vida de pacientes submetidos a esse método tem consideravelmente maior, bem como a menor morbimortalidade envolvida.</p>
<p>PO 126-3</p> <p>TRAUMA INTRACRANIANO NO EXTREMO NORTE – RORAIMA</p> <p>Larissa Soares Cardoso, Kim Tavares Mesquita, Lucas Grangeiro Fin, Geovanna Ferreira Silva, Juliana Larissa Lauriano Ramos, Bianca Jorge Sequeira</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica e caracterizar o perfil epidemiológico do traumatismo intracraniano em Boa Vista/ Roraima entre 2012 e 2016. O estudo justifica-se no importante índice de mortalidade causada pelo trauma cranioencefálico, principalmente na população ativa.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de caráter quantitativo, a partir dos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).</p> <p>RESULTADOS: O traumatismo intracraniano inclui concussão cerebral, edema cerebral, traumatismo cerebral difuso e focal, hemorragia subaracnóideia, dentre outros. Pode ser dividido com base no mecanismo do trauma, em fechado, como o associado a acidentes de trânsito, e aberto, como o causado por armas de fogo. Pode, também, ser dividido em leve, moderado e grave, conforme a Escala de Coma de Glasgow. Tais afecções podem ocasionar alteração no nível de consciência, convulsão e coma, além de poderem gerar lesões de massa, lesões expansivas dentro da calota craniana que acarretam em herniação cerebral, necessitando de conduta imediata para seu alívio. As principais lesões de massa incluem hematomas extradurais e hematomas subdurais, pois elevam a pressão intracraniana (PIC). A craniotomia descompressiva (CD) reduz de forma imediata a elevação da PIC, por exemplo. Pode-se citar, também, a drenagem no líquido cefalorraquidiano, que objetiva manter a PIC em valores inferiores a 25mmHg, feita por meio de drenagem ventricular externa. Na técnica de CD, indica-se retirada óssea ampla, a parte óssea pode ser alojada no tecido subcutâneo abdominal ou ser desprezado para uma posterior cranioplastia. Após o procedimento, é feita a duroplastia, que deve permitir a expansão homogênea do tecido cerebral. Em Boa Vista/ Roraima, ocorreram 1.205 casos de traumatismos intracranianos entre os anos de 2012 e 2016, sendo o ano de 2012 o de maior prevalência (302 casos) e o de 2015 o de menor (199 casos), 78% dos casos ocorreram em homens e 22% em mulheres. No que diz respeito a cor/raça, entre os homens os mais acometidos foram os pardos (62%), seguidos dos indígenas (3%). Os negros apresentaram a menor prevalência (0,2%), enquanto 32,7% dos homens não possui a raça/cor definida. Entre as mulheres, a maior prevalência também foi entre as pardas (37,7%), seguidas das indígenas (5,7%). Não houve nenhuma ocorrência entre as negras e 55% das mulheres não teve sua cor/raça definida no sistema. Com relação a faixa etária, a maior prevalência para a ocorrência de TCE se deu entre a faixa de 20 a 49 anos (40,6%), seguida das faixas etárias de 1 a 9 anos (20,9%), 10 a 19 anos (15,8%), 50 a 79 anos (15,4%), menores de 1 ano (5,0%) e maiores de 80 anos (2,3%).</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se que, dentre os 1.205 casos de traumatismos intracranianos ocorridos em Boa Vista entre 2012 e 2017, a maior prevalência se deu entre os homens, pardos, pertencentes a faixa etária de 20 a 49 anos.</p>	<p>PO 127-3</p> <p>FRATURA DE FEMUR NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RORAIMA</p> <p>Kim Tavares Mesquita, Larissa Soares Cardoso, Juliana Larissa Lauriano Ramos, Geovanna Ferreira Silva, Lucas Grangeiro Fin, Bianca Jorge Sequeira</p> <p><i>Universidade Federal de Roraima - BOA VISTA - Roraima - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo realizar um estudo epidemiológico da fratura de fêmur em Boa Vista/ Roraima entre janeiro de 2012 e abril de 2018. A pesquisa justifica-se pela elevada morbimortalidade, alto índice de incapacidade pós-operatório, principalmente do idoso, e o crescente custo médico-hospitalar relacionados ao tema, tornando-o um importante problema de saúde pública.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de caráter quantitativo, o qual utilizou com principal fonte de dados o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).</p> <p>RESULTADOS: Observa-se que a fratura de fêmur é frequentemente associada a traumas de alto impacto por acidentes automobilísticos na população adulta e jovem, enquanto que na população idosa, relaciona-se a patologias como osteoporose, a quedas e mudanças decorrentes da senescência. Dentre os tipos de fraturas, destacam-se, epidemiologicamente, as fraturas diafisárias de fêmur no membro inferior direito de homens jovens e fraturas de colo de fêmur na população idosa, sendo necessário, nessa última, tratamento cirúrgico na grande maioria dos casos, idealmente em um período entre 24 a 48 horas após o trauma. Em Boa Vista, entre 2012 e abril de 2018, ocorreram 1.383 casos de fraturas de fêmur, sendo o ano de 2016 o de maior prevalência (345 casos) e o de 2013 o de menor prevalência (129 casos). Com relação ao gênero, 66,08% dos casos ocorreram em homens e 33,91% em mulheres. Já no que diz respeito a cor/raça, entre os homens os mais acometidos foram os pardos (82,27%), seguidos dos indígenas (2,07%) e brancos (1,64%). A menor prevalência se deu entre os pretos (0,54%), não havendo nenhuma ocorrência entre os amarelos. Convém ressaltar que 13,45% dos homens não possui a raça/cor definida no sistema. Já entre as mulheres, a maior prevalência também foi entre as pardas (81,66%), seguida das indígenas (2,34%) e brancas (0,85%). Não houve nenhuma ocorrência entre as negras e amarelas. 15,13% das mulheres não teve sua cor/raça definida no sistema. Com relação a faixa etária, a maior prevalência para a ocorrência da fratura do fêmur se deu entre a faixa de 20 a 29 anos (26,3%), seguida das faixas etárias de 30 a 39 anos (15%), 15 a 19 anos (10,7%), 40 a 49 anos (19%), e maiores de 80 anos (9,2%). Por fim, vale ressaltar que 2,2% dos casos foram indígenas, sendo 2017 o ano de maior incidência (43%).</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se que, dentre os 1.383 casos de fraturas de fêmur atendidos na cidade de no período de 2012 a abril de 2018, a maior prevalência se deu entre os homens, pardos, pertencentes a faixa etária de 20 a 29 anos. Ressalta-se, também, a relevância dos resultados encontrados como subsídio na elaboração de políticas públicas de saúde que promovam a redução dos casos e a conscientização da população quanto a prevenção.</p>

PO 128-3	PO 136-3
<p>COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS HEMATOMAS INTRACRANIANOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p>Giovanna Vidal Belo, Sarah Lages Coelho, Carolina Monte Santo Burdman Pereira, Esther Mathias Marvão Garrido Dias Salomão, João Pedro Centeno Vieira de Carvalho, Michelle Garcia Ferreira de Oliveira, Patrick de Abreu Cunha Lopes, Paula Pitta de Resende Côrtes</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os hematomas intracranianos são uma importante afecção no pré-hospitalar, comumente associados a traumatismos cranioencefálicos, eventos traumáticos relacionados a alta mortalidade de até 70% dos casos. O objetivo do presente estudo foi analisar as informações citadas no meio científico e discutir a viabilidade do tratamento cirúrgico de hematomas intracranianos, por meio de comparação de taxas de mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – de outubro de 2013 a outubro de 2018, avaliando o número de internações e óbitos, mortalidade, regiões de maior importância e caráter do procedimento do tratamento cirúrgico dos hematomas intracranianos (extradural e subdural) do estado do Rio de Janeiro.</p> <p>RESULTADOS: No período avaliado, houveram 14.756 internações para tratamento de hematomas extradurais no Brasil, sendo 5.794 deles no Sudeste (39,2%) e 1.039 deles no estado do Rio de Janeiro (RJ) (7%), fazendo dele o estado com 2º maior número de procedimentos. No período, o ano com mais internações foi 2014, e os meses com mais procedimentos foram Maio/2017, e Abril e Agosto de 2014. Não foram identificados padrões de mudança da quantidade de procedimentos ao longo dos anos. No RJ, dos 1.039 procedimentos, houve um total de 128 óbitos (12,3% dos casos), resultando em taxa de mortalidade de 12,32 a cada 1.000 procedimentos/ano, maior do que a média nacional de 10,43. Houve uma predominância dos procedimentos em regime público (481) sobre o privado (40). Na grande maioria dos casos, a informação não constava na base de dados. Com relação aos hematomas subdurais agudos, houveram 20.819 internações no Brasil, 9.953 no Sudeste (47,8%) e 1.742 no estado do RJ (8,3%), fazendo dele o 3º estado com maior número de internações no Brasil. No período, o ano com mais internações foi 2014, e os meses com mais procedimentos foram Setembro, Fevereiro e Dezembro de 2014. Não foram identificados padrões de mudança da quantidade de procedimentos ao longo dos anos. No RJ, dos 1.742 procedimentos, houveram 629 óbitos (36,1% dos casos), resultando em taxa de mortalidade de 36,11, maior que a média nacional de 19,25. Houve uma predominância dos procedimentos em regime público (726) sobre o privado (78). Na grande maioria dos casos, porém, a informação não constava na base de dados.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, verifica-se que os hematomas subdurais demonstraram maior prevalência, maior taxa de mortalidade e maior mortalidade em termos percentuais do que os extradurais, tanto na esfera nacional quanto na estadual. Além disso, a taxa de mortalidade de ambas as afecções no estado do Rio de Janeiro foi maior do que a média nacional. Desse modo, como esses procedimentos foram realizados predominantemente no regime público, mostram-se necessários maiores investimentos na saúde pública, com o intuito de melhorar a estrutura cirúrgica hospitalar do estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>INTERVENÇÃO CIRÚRGICAS NO PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR, UMA REVISÃO LITERÁRIA.</p> <p>Priscila Lorena Carvalho da Silva, Dauana do Vale Mecenas, Emiliano Miguel Esteves dos Santos, Nathália de Macêdo Assunção, Gisele Silva Lourinho, Claudio K Kalume Reis</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Taguatinga - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar qual procedimento mais adequado para a correção na fratura do fêmur, por meio de comparação dos resultados entre pacientes submetidos a intervenção com haste-intramedular e placa em ponte. Assim, pretende-se contribuir com o meio médico, ao dispor evidências científicas quanto os aspectos da recuperação do paciente.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e quantitativa, na qual utilizou-se as bases de dados: Sciencedirect, Pubmed, Worldcat.org e Cochrane. A estratégia de buscas aplicáveis para seleção dos artigos empregou-se as palavras chaves, no idioma português e no inglês: haste intramedular, intramedullary stem, placa-ponte, bridge plate, fêmur e femur. Como Operador Booleano aplicou-se o "and". Dessa forma, foram reunidos 13 artigos publicados a partir do ano de 2010, objetivando as informações recentes; bem como 3 artigos anteriores a 2005, uma vez que eles possuem o mesmo cunho comparativo deste artigo servindo para confrontar possíveis mudanças entre as duas últimas décadas.</p> <p>RESULTADOS: Dessa forma, depreende-se que para idosos, exceto em fraturas instáveis ou fraturas trocântéricas, a placa-ponte mostrou-se preferível, visto que há menor tendência de fraturas intra e pós-operatórias, bem como menos complicações de fixação. No tocante a pediatria, o uso de ponte demonstra superioridade, em virtude de conectar a fratura rigidamente e deixar o tecido mole intacto, evitando a necrose avascular. Nos artigos envolvendo grupos adultos com média de 30 anos submetidos a procedimento com haste, ocorreu união de fraturas em 3 semanas, também demonstram melhor recuperação em fraturas no fêmur distal. Ademais, a placa-ponte apresenta maior sobrevida para pacientes com fraturas patológicas e fraturas comunitivas causadas por traumas de alta energia; além de ser um tratamento promissor em pacientes com Artroplastia Totais de Joelho que possuem um considerável estoque ósseo.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos artigos analisados, nota-se que o uso de placa-ponte para tratar o trauma femoral vem sendo a indicação mais frequente devido aos avanços tecnológicos que otimizam a recuperação, contudo a melhor biomecânica das hastes em relação às placas, quanto a exposição direta à fratura, é um benefício da haste intramedular. Face ao exposto, percebe-se que ambas as ferremente possuem suas vantagens, mas o fator de maior importância para sanar a enfermidade do paciente é a experiência do médico, a qual o possibilita escolher o procedimento com o melhor prognóstico.</p>
<p>PO 138-3</p> <p>REFINAMENTO DO TRISS POR ALTERAÇÃO DO PADRÃO ETÁRIO</p> <p>TARICK ELEUTERIO SALIM ALI, EDUARDO CORVELLO TEIXEIRA, LUIZ CARLOS VON BAHTEN</p> <p><i>UFPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Escores ou índices de trauma são algoritmos baseados em dados clínicos dos pacientes traumatizados com ampla aplicação na prática médica. A nível mundial, esse processo é orientado pelo Escore de Gravidade de Trauma e Lesão (TRISS), um índice misto introduzido em 1981, composto por um escore fisiológico e um anatômico. Nos últimos 38 anos desde a publicação deste estudo, o perfil demográfico mundial e brasileiro alterou-se significativamente, com aumento marcado da esperança de vida da população. Com isso indicadores de saúde e doença que envolvam fatores como idade podem ter se tornado descalibrados. Este trabalho busca estabelecer o corte de idade mais adequado para o TRISS atualmente, de forma a aumentar a capacidade de predição de mortalidade pelo escore.</p> <p>MÉTODO: Foram coletados dados de 85 prontuários de pacientes vítimas de trauma contuso e penetrante, maiores de 18 anos, atendidos no Hospital do Trabalhador de Curitiba entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016. A seguir, foi realizado o cálculo do TRISS convencional e do TRISS modificado, com alteração do valor da variável relacionada a idade de menor ou igual a 55 para menor ou igual a 60 anos de idade. Por fim, os valores obtidos foram submetidos à análise estatística. Para esses testes, valores de p<0,05 indicaram significância. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp.</p> <p>RESULTADOS: Dos 85 pacientes incluídos no estudo, 50 foram vítimas de trauma penetrante e 35 foram vítimas de trauma contuso. A distribuição etária dos pacientes no grupo vítima de trauma penetrante, em que apenas 2 indivíduos eram idosos e nenhum possuía idade maior ou igual a 55 e menor do que 60 anos quando do trauma, impossibilitou análise dos escores de trauma em relação a estes subgrupos, não permitindo comparação dos efeitos da alteração da idade de corte sobre as medidas de qualidade dos escores. Para o grupo de pacientes vítimas de trauma contuso, os testes realizados não demonstraram haver superioridade na discriminação de desfecho pela alteração da idade de corte de 55 para 60 anos no TRISS. Neste grupo, a variação de especificidade do TRISS pela alteração do valor de corte de idade não pode ser avaliada de maneira adequada, por ter havido apenas 1 sobrevivente entre os 10 pacientes maiores de 60 anos que compõem o sub-grupo. A alteração proposta da idade de corte para o TRISS não apresentou evidência significativa de melhora nas medidas de qualidade do teste para os subgrupos estudados.</p> <p>CONCLUSÕES: Este resultado pode ser decorrente do número limitado de pacientes envolvidos no estudo, e do quadro grave que estes apresentavam como critério de inclusão.</p>	<p>PO 139-3</p> <p>LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO ATENDIMENTO AO TRAUMA PEDIÁTRICO POR VÍTIMAS DE QUEIMADURA OCORRIDAS NA CIDADE DE SÃO PAULO EM 2018</p> <p>LIVIA MEIKEN FRANCHI, KAROLAYNE CAMARA DE BARROS, MARIANA BAMONTE SEOANE, CAIO VINICIUS DA FONSECA SILVA, DIOGO HISSASHI KYAGA, RAPHAEL MUSZKAT BESBORODCO, CINTIA LECI RODRIGUES, DOUGLAS HADDAD</p> <p><i>UNISA - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil dos pacientes pediátricos atendidos por acidentes por queimadura.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo. A população de estudo foram crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos de idade que tiveram notificação de acidente por queimadura, durante o ano de 2018, na cidade de São Paulo. O estudo abrangeu a totalidade (153) das notificações por acidentes por queimadura. As variáveis utilizadas para o estudo foram: sexo (feminino e masculino), idade (em anos), evolução do caso, local da ocorrência (residência, via pública, escola), diagnóstico de lesão.</p> <p>RESULTADOS: A amostra avaliada foi constituída por 51% de pacientes do sexo masculino e por 49% do sexo feminino, mostrando uma equiparidade entre os gêneros sexuais. Anatomicamente, as regiões mais frequentemente acometidas foram, em ordem decrescente, o punho e as mãos (34%), tornozelo e pé (13,1%) e tronco (11,1%). As queimaduras de grau 1, 2 e 3 corresponderam: 11,2%, 53,1%, 4,2% respectivamente. A idade predominante dos pacientes foi de aproximadamente 1 a 3 anos (36,6%). A residência foi o principal local para ocorrência dos casos de acidentes por queimadura (59,5%). Vale ressaltar que entre as crianças e adolescentes atendidos por acidentes por queimadura 66,0% tiveram alta hospitalar.</p> <p>CONCLUSÕES: O predomínio do sexo masculino e os acidentes ocorrem em ambiente doméstico. Estudos sobre o tema relatam que as crianças e adolescentes compõem um grupo de pacientes diferenciados, haja vista apresentarem epidemiologia própria quando comparadas aos adultos; fisiologia, respostas imune e inflamatória específicas; e necessitarem de cuidados especiais em relação ao tratamento e à reintegração ao convívio social. Não fossem apenas os prejuízos biopsicossociais decorrentes das queimaduras em crianças e adolescentes, quando se consideram os aspectos éticos da questão, a repercussão do tema torna-se mais relevante, pois a maior parte dos acidentes por queimaduras poderia ser prevenida e muitas vidas poderiam ser poupadas, além da qualidade de vida dos sobreviventes.</p>

<p style="text-align: center;">PO 140-3</p> <p>ATENDIMENTO AS VITIMAS POR ARMA DE FOGO NA URGENCIA E EMERGENCIA NA CIDADE DE SAO PAULO</p> <p>DIOGO HISSASHI KYAGA, LIVIA MEIKEN FRANCHI, KAROLAYNE CAMARA DE BARROS, MARIANA BAMONTE SEOANE, CAIO VINICIUS DA FONSECA SILVA, RAPHAEL MUSZKAT BESBORODCO, CINTIA LECI RODRIGUES, WILLIAM ABRAO SAAD JUNIOR</p> <p><i>UNISA - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as notificações de atendimentos a vítimas por ferimento por arma de fogo.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal descritivo por notificações em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde, da população residente na cidade de São Paulo. O período estudado foi de janeiro a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: No período estudado foram notificados 548 casos de atendimentos por arma de fogo, segundo os dados da vítima: 69,0% do sexo masculino e 31,0% do sexo feminino. Segundo a motivação do crime: 6,0% moradores de rua, 4,0% conflito geracional, 8,5% violência de gênero. O local da violência foi predominantemente 56,4% ocorreram em via pública e 14,5% na residência da própria vítima, 62,0% jovens (menores de 29 anos de idade) raça negra (39,1%), baixa escolaridade, entre as vítimas 4,5 fizeram abuso de álcool e outras drogas. Os dados acerca do diagnóstico de lesão, segundo a região corpórea: 28,4% membros superiores (ferimento da perna) 21,3% cabeça (ferimento da cabeça), 17,8% membros inferiores (fatura dos ossos do tarso).</p> <p>CONCLUSÕES: A violência no Brasil é um fenômeno complexo. O estudo destaca a importância das causas externas como causa de mortalidade prematura e incapacidades entre os jovens do sexo masculino, chamando atenção sobre a necessidade de implementar políticas e medidas capazes de reverter este quadro.</p>	<p style="text-align: center;">PO 143-2</p> <p>PERFIL E EVOLUÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDIOVASCULAR NOS ANOS DE 2017 E 2018 EM UM HOSPITAL PRIVADO DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Pedro Gabriel Gomes de Sousa, Ana Paula Valério Araújo, Thayanne Alves Veras, Ana Carolina Costa, Caio Ferreira de Moraes, Stefanny Rodrigues da Silva, Ronald Torres de Oitinda, Antônio Aurélio de Paiva Fagundes Junior</p> <p><i>UniCeub - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Devido ao alto índice de pessoas com distúrbios e complicações cardiovasculares, sendo o maior causador de óbitos no mundo, este estudo tem por objetivo analisar o perfil e evolução de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca nos anos de 2017 e 2018 através de análise retrospectiva descritiva.</p> <p>MÉTODO: Foi feito um estudo retrospectivo descritivo, com todos os pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, que tiveram admissão na Unidade de Terapia Intensiva no pós ou pré-operatório. Para levantamento estatístico foi utilizado o banco de dados Epimed da unidade com avaliação no período entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 60 pacientes sendo 43 (72%) do sexo masculino e 17 (28%) do sexo feminino. Com idade média de 66 anos, a média do Índice de Massa Corporal (IMC) encontrado foi de 27,5 ou seja mais da metade dos pacientes estão na linha do sobrepeso ou acima. Dentre as cirurgias avaliadas, 47 (78%) foram de revascularização do miocárdio, 7 (12%) Trocar valvar, 2 (3%) Correção de aneurisma e 4 (7%) Outros tipos de procedimentos cirúrgicos cardíacos. Na admissão na unidade de terapia intensiva foi optado por usar escores para avaliar a disfunção orgânica e prognóstico na unidade, sendo eles: SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score) e para avaliação de comorbidades o CHARLSON. Outros dados de extrema importância são as comorbidades que esses pacientes já apresentavam antes da admissão no hospital, 73% apresentavam complicações cardiovasculares e 73% distúrbios endócrinos ou metabólicos, como por exemplo, a diabetes. Dentre os pacientes avaliados, tivemos de SOFA uma média de 4 pontos, SAPS 3 com média de 39 pontos e CHARLSON média de 1 ponto. A mortalidade nestes pacientes foi de apenas 3% (2 pacientes) e 97% tiveram alta da unidade de terapia intensiva, com tempo médio de internação em UTI de 6 dias para os pacientes que foram a óbito e de 4 dias para os demais pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Nesta coorte, as cirurgias cardíacas apresentaram baixa taxa de mortalidade, assim como, comorbidades. O estudo foi condizente com a literatura que mostra que a maior porcentagem de cirurgias é de revascularização do miocárdio, seguido das trocas valvares e que as complicações cardiovasculares estão intimamente ligadas a qualidade de vida e hábitos dos pacientes, sendo de grande importância para um bom prognóstico.</p>
<p style="text-align: center;">PO 145-1</p> <p>COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL X COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008-2018</p> <p>Anderson Rinê Dias Aguiar, Julianna Matos Monteiro, Kemylla Machado Souza</p> <p><i>UNIME - Lauro de Freitas - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a taxa de mortalidade das pessoas submetidas a colecistectomia convencional e videolaparoscópica no Brasil durante 2008-2018. Comparar o perfil das técnicas operatórias, destacando a quantidade de óbitos, os valores gastos, a média de permanência e o número de óbitos desses procedimentos no Brasil. Destacar o número de internações que culminaram com tais procedimentos.</p> <p>MÉTODO: Refere-se a um estudo ecológico, de série temporal descritivo, cujos dados foram coletados por meio de consulta à base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no endereço eletrônico http://tabnet.datasus.gov.br. A população de estudo foi constituída pelas internações cujo procedimento principal foi a colecistectomia convencional e videolaparoscópica, registradas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Em relação ao colecistectomia convencional, o estudo mostra que o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas nas regiões do Brasil, no período selecionado, foi de 1.427.400, tendo 130.190 registros em 2008, 120.035 em 2017 e 131.801 no ano de 2018. Além disso, o valor total de gastos nos procedimentos cirúrgicos foi de R\$1.169.520.709,78; sendo o valor médio por AIH de R\$819,34. Mais além, a média de permanência foi de 3,1 dias, o número de óbitos foi de 7.545, com taxa de mortalidade 0,53. Já os dados sobre a colecistectomia videolaparoscópica mostram que o número de AIH aprovadas foi de 573.054 no mesmo período, denotando um crescimento considerável entre 2008 e 2018, o primeiro ano com 19.277 e o segundo com 84.611 AIH, um aumento de mais de 400%; sendo responsável por um gasto de R\$489.439.683,83 e um valor médio por autorização de R\$854,13. Não somente a média de permanência hospitalar diminuiu, chegando a 2,7 dias, como também o número de óbitos e a taxa de mortalidade, 760 e 0,13 respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Tendo em vista os aspectos observados, apesar do maior número de colecistectomias convencionais realizadas em comparação com a videolaparoscopia, houve um aumento significativo na realização das cirurgias videolaparoscópicas. A prova disso é que entre os anos de 2008-2018, houve um aumento superior a 400% das colecistectomia videolaparoscópica, com resultados positivos, mostrando queda nos dias de permanência hospitalar, no número de óbitos e principalmente na taxa de mortalidade.</p>	<p style="text-align: center;">PO 146-2</p> <p>COMPRESSÃO SECUNDÁRIA DE VEIA ILÍACA COMUM DEVIDO A COMPRESSÃO EXTRÍNSECA POR BEXIGOMA</p> <p>João Victor Guimarães Almeida, Cleoni Pedron, Anderson Kahl Beck, Thais Freitas dos Anjos, Marthina Bastos de Moraes</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - SANTA MARIA - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Edema unilateral de membro inferior é uma apresentação clínica de pacientes com Trombose Venosa Profunda (TVP) ou compressão extrínseca de veia profunda (CEV). Síndrome de May-Thurner, Tumores Pélvicos e Fibrose Retroperitoneal são causas conhecidas de CEV. Descrevemos três pacientes com edema unilateral de membro inferior secundário a distensão vesical significativa (bexigoma).</p> <p>MÉTODO: Reportamos retrospectivamente, uma série de casos de pacientes que apresentaram edema unilateral de membro inferior causado por CEV devido a significante distensão vesical (bexigoma).</p> <p>RESULTADOS: Três pacientes que apresentaram edema unilateral de membro inferior foram também identificados com bexigoma. As causas relacionadas ao bexigoma foram: câncer de próstata metastático, bexiga neurogênica e uso de medicação anti-parkinsoniana (Biperideno), respectivamente. A investigação clínica incluiu Tomografia Computadorizada, Flebografia e Ultrassom Doppler em todos os pacientes, nos quais os exames demonstraram compressão de da veia ilíaca comum, veia ilíaca externa e/ou TVP. Dois pacientes foram tratados com cateterização uretral. O terceiro paciente, que apresentou bexiga neurogênica, foi tratado com cateter percutâneo suprapúbico. Um paciente foi identificado com TVP iliofemoral e foi submetido a terapia trombolítica. Todos pacientes tiveram resolução dos sintomas depois de tratar o bexigoma.</p> <p>CONCLUSÕES: Enquanto que a TVP é a causa mais comum de edema unilateral de membro inferior, CEV também pode se apresentar com achados clínicos similares. Uma distensão vesical importante pode causar significante compressão venosa, o que simula sintomas de TVP em determinados pacientes. Esvaziamento vesical e cateterização uretral são usualmente terapêuticos, mas ainda sim é possível haver TVP secundária, e esta deve ser tratada.</p>

PO 150-2	PO 150-3
<p>O NASCIMENTO DA CIRURGIA VASCULAR: UMA REVISAO BIBLIOGRAFICA</p> <p>Beatriz Toledo Mendes, Bruna de Paula Gonçalves Sousa Lyra, Mirella Bastos Sales, Maria Clara Potiguara Azevedo Teixeira, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre a história da cirurgia vascular e rever os principais nomes que ajudaram a moldar essa especialidade cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma busca nas bases de dados bibliográficos Scielo, PUBmed, Lilacs e Google Scholar utilizando-se os seguintes descritores (em inglês, português e francês): "cirurgia vascular" e "história". Os trabalhos publicados nos últimos 5 anos foram analisados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, dos 213 artigos encontrados nas bases de dados, apenas 20 foram selecionados, segundo os critérios de inclusão e exclusão.</p> <p>RESULTADOS: A história da cirurgia vascular no ocidente e no oriente foram complementares, as técnicas desenvolvidas no oriente e EUA baseiam-se nos Franceses, pioneiros na anastomose vascular. Em 1800, as ligaduras eram as únicas operações vasculares realizadas. Em 1877 foi feita a primeira anastomose documentada na Rússia. Murphy, em Illinois, EUA, foi o primeiro a efetuar um reparo arterial bem sucedido em 1986. O francês Alexis Carrel fez vários estudos em anastomose vascular e desenvolveu técnicas que até hoje salvam milhares de vidas. Durante a Segunda Guerra Mundial a cirurgia vascular teve grande avanço, graças aos feitos de Carrel. Contribuíram para esse desenvolvimento a descoberta da heparina, da penicilina, dos arteriogramas e o surgimento das transfusões sanguíneas. A tese do trabalho de Jassinowsky e os feitos de Carrel permitiram a criação de técnicas de transplante. Egas Moniz foi o responsável pela introdução da arteriografia cerebral e João Cid dos Santos descobriu a endarterectomia em 1936. Estes foram pilares que permitiram o desenvolvimento da cirurgia arterial reconstrutiva. O cirurgião Édouard Kieffer teve importante papel na reconstrução da artéria vertebral na década de 90. Em 1997, foi estabelecido o Conselho Americano Vascular para melhorar o atendimento de pacientes com doenças vasculares. Atualmente, a cirurgia vascular é uma especialidade altamente reconhecida. Os avanços em áreas como navegação tridimensional, robótica, stents biorreabsorvíveis e farmacológicos contribuem para o futuro da cirurgia vascular.</p> <p>CONCLUSÕES: O nascimento da cirurgia vascular teve importantes colaborações, com técnicas criadas por nomes como Alexis Carrel, Yuri Voronoy, Arthur Hendley e Egas Moniz. O futuro da especialidade é promissor e as predições são de que, em 2026, de 75% a 95% dos tratamentos serão endovasculares.</p>	<p>HIPOFISITARISMO POS TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (TCE)</p> <p>ANA PAULA COELHO DE MÉLO LEITE, PEDRO HENRIQUE COELHO DE MELO LEITE</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, devido aos mecanismos fisiopatológicos que desencadeiam lesões cerebrais primárias e secundárias. Dentre as complicações após TCE há o hipopituitarismo, caracterizado por deficiência parcial ou completa da atividade hormonal hipofisária. Assim, o objetivo do trabalho apresentado é demonstrar que a incidência do hipopituitarismo vem sendo subestimada, devido a semelhança de seus sintomas com aspectos clínicos comuns pós TCE. Bem como a necessidade de monitoração e reposição de hormônios hipofisários, visando melhora no prognóstico, visto que déficit em hormônios adrenais e tireoidianos contribuem para o estado comatoso.</p> <p>MÉTODO: Análise bibliográfica do tipo exploratória em artigos relevantes sobre a temática do banco de dados PubMed, no European Journal of Endocrinology, National Institutes of Health e no The Scientific World Journal nos idiomas inglês e português.</p> <p>RESULTADOS: Após quadro de TCE, a incidência de disfunção em pelo menos um dos hormônios hipofisários varia entre 40 a 50%, sendo o mais comumente afetado o hormônio de crescimento (GH), seguido das gonadotrofinas. A prevalência do hipopituitarismo no TCE leve é de cerca de 16,8% e no moderado é de 10,9%, já no TCE severo chega a cerca de 35,3%. Em estudo com monitoração hormonal durante cinco anos em pacientes após TCE, observou-se que 28% dos pacientes persistiram com déficit de GH, já 4% permaneceram com disfunção no hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e gonadotrofinas.</p> <p>CONCLUSÕES: Nesse contexto, não é raro que a incidência de hipopituitarismo após TCE seja subestimada, pois déficit nos hormônios mais comumente afetados acarreta em aspectos clínicos comuns ao trauma isolado. Logo, reposição hormonal adequada pode contribuir para melhora do prognóstico, para tanto deve ser adotada monitoração hormonal durante no mínimo 1 ano.</p>
<p>PO 152-1</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA DA COLECISTITE ALITIASICA</p> <p>Caio Victor Oliveira Ferreira, Anna Luyza Correia dos Santos Alves, Bruna Silva Leão Praxedes, João Vítor de Omena Jucá, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Leonardo Wanderley Soutinho</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar a importância e benefícios dos diferentes tipos de intervenção cirúrgica nos casos de colecistite acalculosa.</p> <p>MÉTODO: A metodologia utilizada consistiu de uma revisão integrativa de literatura utilizando-se dos descritores: colecistite acalculosa, tratamento e procedimentos cirúrgicos - cadastrados no DeCS, com auxílio dos operadores booleanos AND e/ou OR, com busca na língua inglesa e utilizando as bases de dados: PubMed, LILACS e SciELO, em que foram selecionados 21 artigos pelo título e utilizados 10 após leitura do resumo.</p> <p>RESULTADOS: A colecistite acalculosa consiste na inflamação da vesícula biliar e é uma das doenças mais frequentes nas emergências. Ocorre em 2-15% de todos os casos de colecistite aguda, tem um progresso rápido e frequentemente evolui para gangrena, empiema ou perfuração. Devido à gravidade desta condição, a morbidade gira em torno de 40% e a mortalidade é elevada. O diagnóstico precoce da condição é fundamental para evitar essas complicações que com a evolução dos métodos de diagnóstico por imagem proporcionou melhor acurácia nesse sentido. O tratamento pode se dar por diferentes métodos, sendo alguns mais invasivos que outros, podendo ser via convencional (aberta), videolaparoscópica ou somente a drenagem via percutânea ou endoscópica. O tratamento definitivo é realizado através da colecistectomia, visto que através desse método é possível confirmar a presença das complicações, além de outras condições em que o diagnóstico não esteja firmado. A via videolaparoscópica apresenta como vantagem o menor dano tissular, aspecto importante, visto que a vesícula encontra-se em processo inflamatório. Porém, na existência de complicações a conversão para cirurgia aberta é recomendada. A drenagem vesicular percutânea costuma ser indicada para aqueles pacientes que apresentam alto risco cirúrgico e tem taxa de sucesso de 56 a 100%. Já a drenagem vesicular endoscópica pode ser realizada em pacientes nos quais a drenagem percutânea é contraindicada ou não é anatomicamente viável. A colecistite acalculosa é uma condição incomum, e a seleção da terapêutica dependerá do estado de saúde do paciente, do estágio da doença e da disponibilidade de equipamento técnico, assim como da experiência do serviço.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar da importância de escolher a melhor técnica para tratamento da colecistite acalculosa, não existem ensaios clínicos randomizados comparando as modalidades percutânea e cirúrgica, portanto conclusões fortes não podem ser feitas em favor de uma ou outra técnica. Contudo, a via cirúrgica demonstrou ter menor morbimortalidade que a via percutânea. Além disso, o tratamento com antibióticos se mostrou indispensável e deve ser iniciada o mais breve possível, independentemente do tratamento definitivo de escolha.</p>	<p>PO 152-2</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM PE DIABÉTICO EM UM HOSPITAL GERAL</p> <p>Larissa Maria Borges Egypto, Daniel Guimarães Cacione, Fernando Aranha Froes Filho, José Roberto Melchiori Bucco, Igor de Santos Silva Barbosa, Yasmin Sales Medeiros, Yamin Abdel Ynfante Izquierdo</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA - ITAPECERICA DA SERRA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: O Diabetes mellitus é um importante e crescente problema de Saúde Pública. Estima-se que, globalmente, sua prevalência seja em torno de 120 milhões de indivíduos, e que entre 4 a 10% destes desenvolvem lesões no pé. A síndrome do pé diabético constitui a complicação mais frequente, com uma alta taxa de amputação, internação prolongada e custo hospitalar elevado em nosso meio. Objetivos: O objetivo do trabalho foi identificar o perfil de pacientes cirúrgicos internados com diagnóstico com pé diabético, quanto a perfil sociodemográfico, prevalência de comorbidades associadas e tratamentos realizados.</p> <p>MÉTODO: Métodos: Estudo realizado no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, foram analisados pacientes internados com o diagnóstico de pé diabético no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Realizado levantamento de dados a partir de informações contidas no prontuário eletrônico do paciente acessado através do sistema assistencial Tasy®. A seleção dos pacientes foi realizada a partir de CID's que contemplem a doença em questão (diabetes mellitus) e sua complicação (úlceras de MMLI e amputação).</p> <p>RESULTADOS: Dos pacientes incluídos, 93% eram provenientes da área de abrangência do hospital. Em relação ao gênero, 65% dos pacientes eram do gênero masculino e 35% do gênero feminino. A média de idade dos pacientes foi 65,3 anos e 52% dos pacientes eram idosos. O tempo de diagnóstico do Diabetes Mellitus foi informado em apenas 1 prontuário, sendo de 9 anos. Em 84,5% dos pacientes a internação foi por úlcera em pé e em 100% dos casos o tratamento foi iniciado com politerapia antimicrobiana. Nos prontuários analisados, 21% dos pacientes foram a óbito no hospital, dos quais, 61,9% em internações por complicações decorrentes do pé diabético. Dados mais detalhados dos resultados em gráficos que serão anexados ao poster. Dados da literatura mostram que cerca da metade de todas as amputações de extremidades inferiores não traumáticas são realizadas em pacientes diabéticos sendo que, úlceras nos pés precedem 71 a 85% delas. No nosso estudo, a úlcera esteve presente em 84,5% dos casos, estando próximo ao encontrado na literatura. Recentemente, estudo prospectivo realizado em Sergipe com pacientes diabéticos internados com pés ulcerados verificou que 55% (44/80) dos doentes evoluíram para algum tipo de amputação de membros inferiores. Nossos pacientes evoluíram para cirurgia em 92% dos casos, porém nosso estudo inclui nesse total desbridamentos e amputações.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil do paciente internado por pé diabético no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra é semelhante ao encontrado na literatura na maioria dos itens epidemiológicos pesquisados. Encontramos uma discordância na literatura em relação às comorbidades associadas, fato que pode ser relacionado ao registrado não adequado dos antecedentes patológicos do paciente no prontuário. Também foi encontrado uma taxa de indicação cirúrgica superior ao descrito nos estudos realizados anteriormente.</p>

PO 153-3	PO 155-3
<p>SINTOMAS SOMÁTICOS, COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS, SENSORIO-PERCEPTUAIS, SENSORIO-MOTORES E INCAPACIDADE FUNCIONAL APOS UM ANO DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO</p> <p>Larissa Chaves MEDEIROS, Amanda Lima de OLIVEIRA, Antonio Chagas NETO, Camila Reis Cardoso GRANATO, Helena Fraga MAIA, Lucas Lins Ferreira PALMEIRA, Rafael Nobre CONSULIN, Raquel Belitardo Galvao de CARVALHO</p> <p><i>Unifacs - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a incidência de sintomas somáticos, cognitivo-comportamentais, sensório-perceptuais e sensório-motores e sua associação com a incapacidade funcional após um ano de evolução do traumatismo cranioencefálico em uma coorte de pacientes atendidos em uma unidade de referência na cidade do Salvador, Bahia.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo de coorte com 307 pacientes com idade entre 15 e 65 anos que foram atendidos na emergência do Hospital Geral do Estado da Bahia (HGE), no período de 01 de agosto de 2007 a 31 de julho de 2008, com diagnóstico de TCE e que apresentaram concomitantemente sintomas neurológicos específicos para traumas de crânio. Foram admitidos pacientes que tinham comprometimento cognitivo e classificação na Escala de Coma de Glasgow (ECGL) igual ou inferior a 14, que cursassem com sintomas neurológicos e que fossem classificados como vítimas de TCE moderado ou grave, ou TCE leve, porém de risco médio ou alto. O TCE foi confirmado pela presença de alteração na imagem do encéfalo obtida pela tomografia computadorizada do crânio. Para a coleta de dados, questionários pretaxados foram aplicados no ambiente hospitalar e no domicílio após doze meses da data do trauma. Foram utilizados instrumentos para a coleta de dados que focalizavam aspectos gerais dos pacientes, clínicos relativos à ocorrência do trauma e da evolução e também a estimativa da capacidade funcional. Análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto de variáveis que mais contribuíram para a explicação da incapacidade funcional aos 12 meses após o trauma de crânio. Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05.</p> <p>RESULTADOS: São apresentados dados de 222 homens dos 307 acompanhados no estudo, com idades que variaram de 15 a 65 anos de idade, dos quais 82 (36,9%) tinham de 15 a 25 anos e 69 (31,1%) de 36 a 65 anos. Os indivíduos eram predominantemente de cor não branca (91,9%), e solteiros, separados ou viúvos (60,8%). Os traumas de crânio foram causados majoritariamente por violência (66,2%) e foram considerados, de acordo com a Escala de Coma de Glasgow na admissão hospitalar, como leves para 110 (49,5%) e como graves para 61 (27,5%) indivíduos. De acordo com os familiares, todos tinham boa saúde e desenvolviam atividades produtivas antes do trauma. Observou-se associação estatisticamente significante entre a incapacidade funcional após um ano do trauma com a duração da hospitalização ($p < 0,001$), ECGL na admissão ($p < 0,001$), internamento em unidade de terapia intensiva ($p < 0,001$), e uso de ventilação mecânica ($p < 0,001$).</p> <p>CONCLUSÕES: A presença de sintomas-somáticos, cognitivo-comportamentais, sensório-perceptuais e sensório motores se mostram estatisticamente associados com a incapacidade funcional após 12 meses da admissão. Os dados demonstram que ênfase na reabilitação multiprofissional, fundamental para a reintegração na sociedade, deve ser especialmente adotada para aqueles que cursarem com os fatores de risco associados.</p>	<p>CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS EM TRAUMA ABDOMINAL: UMA REVISAO E ANALISE DA RESSUSCITAÇÃO PERITONEAL.</p> <p>MARCOS ANTONIO CAVALARI DE SOUZA, JEAN MARCELO STRIPPOLI DOFFINI, PEDRO EDUARDO RICCIARDI COSAC, Viviane Aparecida Sotto Bazalia Capeli</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO-FAE - SÃO JOÃO DA BOA VISTA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os dados de sobrevida, complicações e mortalidade obtidos em estudos observacionais e randomizados sobre cirurgia de controle de danos em traumas abdominais.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática de literatura nos bancos de dados PUBMED, BIREME e LILACS, utilizando as palavras-chave: "damage control" e "abdominal trauma". Foram encontrados noventa e sete artigos, no entanto, foram selecionados apenas aqueles publicados nos últimos 10 anos, observacionais e randomizados. Sendo assim, apenas seis artigos se enquadraram nesses critérios de inclusão.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados obtidos mostram que a cirurgia de controle de danos possui resultados semelhantes tanto em áreas de guerra quando em área civil e está associada com uma diminuição da mortalidade e complicações cirúrgicas em pacientes com trauma abdominal grave. Em contra partida o procedimento está associado a maiores morbidades como sepse e pneumonia associada a ventilação, além de aumentar os gastos hospitalares. Quando a técnica de ressuscitação peritoneal é utilizada em detrimento da ressuscitação convencional os pacientes apresentam um menor tempo para o fechamento abdominal, aumentam as taxas de fechamento primário da fâscia, têm menos complicações intra-abdominais e possuem uma redução nos marcadores inflamatórios</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia de controle de danos é uma técnica que beneficia os pacientes com trauma abdominal grave, porém deve ser muito bem indicada afim de evitar aumento de morbidade e gastos hospitalares. A ressuscitação peritoneal deve ser considerada em todos os pacientes durante a segunda fase da cirurgia. Mais estudos devem ser realizados afim abordar variáveis específicas da cirurgia de controle de danos que possam aumentar sua eficácia e segurança.</p>
<p>PO 157-1</p> <p>DESAFIOS DA COLECISTECTOMIA MEDIANTE AS VARIAÇÕES ANATOMICAS DA VIA BILIAR: REVISAO SITEMATICA</p> <p>BIVAR OLYNTHO NOBREGA DE MELLO E SILVA, RAFAELLA FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA, MARIA EDUARDA DE ARRUDA CARVALHO, THASSIA RACHEL DE BRITO FIGUEIREDO ALMEIDA, LUANA RIBEIRO PEREIRA, AYLLA ALVES MENDES, CRISTINE FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho em questão visa analisar a importância do conhecimento das variações anatômicas da via biliar, por parte dos cirurgiões, como forma de estabelecer riscos e evitar iatrogenia mediante uma colecistectomia.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo bibliográfico obtido por documentação indireta, através da análise comparativa de dados e artigos científicos pesquisados nas bases de dados Scielo, pubMed, BVS, utilizando os seguintes descritores: colecistectomia, iatrogenia e colangiopancreatografia.</p> <p>RESULTADOS: Anatomicamente, a via biliar é mais comumente observada quando os ductos hepáticos direito e esquerdo possuem uma confluência alta, o ducto hepático comum possui 2 a 3 cm de comprimento e quando o ducto cístico se insere no hepático comum em ângulo agudo e pela direita. A compreensão anatômica e topográfica dessas estruturas serve para uma intervenção cirúrgica de sucesso, pois são contínuos os relatos de variações anatômicas, e diante de alguns procedimentos, como a colecistectomia, por exemplo, podem haver lesões nos ductos biliares, como já relatado em outros estudos. Vale ressaltar que a doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns no ser humano, com uma incidência de 10 a 20% de toda a população adulta no planeta, tornando a colecistectomia uma das operações mais frequentes em todo o mundo. Dentre as complicações mais temidas do procedimento, tem-se a iatrogenia, que teve um aumento de 0,1 a 0,2% para 0,4 a 0,6% entre a era da colecistectomia aberta e a era da colecistectomia videolaparoscópica, apesar das inúmeras vantagens da última. O prognóstico está diretamente relacionado às condições subjacentes do paciente, assim como ao tempo decorrido entre a lesão e sua identificação e tratamento, que se constitui basicamente da reconstrução do trajeto biliar, com ou sem anastomoses bilio-digestivas. A hepático-jejunoestomia em Y de Roux é considerada hoje a opção terapêutica de escolha. Como forma de reduzir as iatrogenias, vale um estudo mais detalhado das vias biliares, a fim de identificar as variações anatômicas, que podem ser vistas por meio da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e da colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM), que é a modalidade de eleição para avaliação diagnóstica da árvore biliar, pois permite um mapeamento anatômico preciso, não-invasivo e sem radiação ionizante. A sua grande vantagem em relação a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é a ausência de complicações relativamente comuns e potencialmente graves como pancreatite, hemorragia, perfuração intestinal ou sepse.</p> <p>CONCLUSÕES: Sendo assim, observamos a importância do conhecimento anatômico da árvore biliar mediante uma abordagem cirúrgica, visto que são inúmeros os prejuízos a que o paciente é exposto quando se desconhecem as variações anatômicas, podendo resultar em equívocos e conseqüentemente agravos a saúde deste.</p>	<p>PO 158-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMA VASCULAR ABDOMINAL EM CENTRO DE REFERENCIA DE ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO</p> <p>Emanuella Roberta Ina Cirino, Bruna Sumie Kawasaki, Renata Marcante, Patrícia Longhi Buso, Gabriel Ramos Jabur, Luiz Carlos Von Bahten, Paula Trintinalha</p> <p><i>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico, mecanismo de trauma mais prevalente e o desfecho do tratamento cirúrgico do trauma vascular abdominal em um serviço de referência em atendimento ao politraumatizado, considerando a alta letalidade desse trauma.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal retrospectivo incluindo vítimas de trauma diagnosticadas com lesão vascular abdominal submetidas a tratamento cirúrgico. Os sujeitos estudados foram admitidos no Hospital Universitário Cajuru na cidade de Curitiba-PR, centro de referência em atendimento ao politraumatizado, em um período de 24 meses contínuos. Avaliou-se dados epidemiológicos, mecanismo de trauma, lesões associadas, tipo e desfecho do tratamento realizado.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade dos 20 pacientes incluídos no estudo foi de 30,8 anos, sendo 5% do sexo feminino. Ferimento por arma de fogo foi a principal causa (62%/n=10) do mecanismo de trauma mais prevalente, o trauma penetrante (90%). A veia cava inferior foi a mais acometida (26,09%), seguida pela artéria renal (13,04%). A artéria e veia ilíaca, artéria hipogástrica e vasos gonadais tiveram uma incidência de 8,7% cada. Assim como a artéria e veia mesentérica superior, veia esplênica, veia porta, veia hipogástrica e artéria ileocólica com 4,35% cada. A lesão mais associada foi a ureteral (25,64%/n=10), na seqüência lesão hepática (17,95%), lesão esplênica (10,26%), intestino delgado (10,26%), cólon (10,26%), pâncreas (7,69%), rins (7,69%), árvore biliar (5,13%) e estômago (5,13%). Em 35% dos pacientes foi indispensável a cirurgia de controle de danos. O fechamento da cavidade abdominal foi primário em 65% dos pacientes, curativo a vácuo em 15% e bolsa de Bogotó nos outros 15%. A reabordagem cirúrgica ocorreu em 6 pacientes (30%), sendo quatro para "second look" do controle de danos e dois para tratamento de sepse abdominal. Entre os sujeitos submetidos a cirurgia de controle de danos houveram 3 óbitos antes da reabordagem cirúrgica. Complicações pós-operatórias ocorreram em metade dos pacientes: choque hipovolêmico refratário a drogas vasoativas (n=4), insuficiência renal aguda (n=3), infecção de ferida operatória (n=2), sepse abdominal e/ou pulmonar (n=2), pancreatite (n=1), enterorragia (n=1), amputação de membro (n=1). Taxa de óbitos no presente estudo foi de 30% (n=6), principalmente por choque hipovolêmico refratário (n=4). Choque séptico foi a causa de 2 óbitos, seguido de coagulopatia (n=1) e mal convulsivo refratário (n=1). Nove dias foi a média de tempo de internamento, com variação entre 0 e 36 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico do trauma vascular abdominal obtido corrobora a literatura ao apresentar a alta letalidade, maior prevalência do sexo masculino e como principal mecanismo, o trauma penetrante. E as lesões por levarem a rápida deterioração do quadro exigem um tratamento imediato e eficaz, fundamental para sobrevida.</p>

PO 159-2	PO 160 -1
<p>REALIDADE DO USO DA PROFILAXIA PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA</p> <p>Camilla Bandeira Oliveira Coelho, Daiany Pereira de Castro, Jessica Fernanda Ferreira Martins, Patrícia Vieira Pires, Bruno de Oliveira Araujo Sousa</p> <p><i>Fapac - Itpac Porto - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar através de estudos retrospectivos se a profilaxia da trombose venosa profunda está sendo realizada de forma adequada, assumindo como parâmetro a diretriz nacional estabelecida.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática, retrospectiva, com levantamento de dados dos últimos 5 anos nas bases de dados do SciELO, Pubmed, LILACS e MEDLINE. Foram utilizadas como palavras-chave "trombose venosa", "trombose", "terapêutica" e as correspondentes em inglês "thrombosis", "venousthrombosis", "therapy".</p> <p>RESULTADOS: A trombose venosa profunda (TVP) é uma doença de ocorrência multifatorial, tendo como principal complicação o tromboembolismo pulmonar, sendo considerada a principal causa evitável de morte em pacientes hospitalizados. Pacientes considerados de alto risco não precisam rotineiramente de profilaxia medicamentosa sendo recomendada medidas físicas como elevação dos membros inferiores, movimentação passiva/ativa de membros inferiores, deambulação precoce, meias elásticas de compressão graduada. Para os de risco moderado, alto e muito alto a diretriz sugere o uso de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular. Dos 7 artigos analisados, 6 deles foi observado uma subutilização da quimioprofilaxia ou sua utilização de forma inadequada, principalmente nos pacientes clínicos de risco moderada e alto, somente 1 dos artigos analisados apresentou uma aderência acima do encontrado nas literaturas. Apesar de comprovada eficácia, a profilaxia ainda não atingiu níveis satisfatórios.</p> <p>CONCLUSÕES: A profilaxia medicamentosa para trombose venosa profunda é subutilizada em pacientes com indicação para recebê-la, tanto por clínicos quanto por cirurgiões. A importância e os benefícios de uma correta e efetiva profilaxia medicamentosa estão bem documentados, sendo amplamente defendidos por reduzir as ocorrências de TVP.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E LAPAROSCÓPIA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS EM ALAGOAS.</p> <p>EMANOELA DA SILVA GONÇALVES, GABRIELA SERPA PEIXOTO MENEZES, ANDRÉ LUIS RAMIRES SEABRA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é evidenciar os aspectos de internalizações das colecistectomias abertas e laparoscópicas em no estado de Alagoas, com intuito de configurar e estabelecer novas metas no painel no estado dos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo realizado com dados de hospitalização, óbitos, taxa de mortalidade e quanto ao seu caráter de atendimento se eletivo ou urgência de procedimentos colecistectomia convencional e laparoscópica, no período de janeiro/2008 a dezembro/2018, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde DATASUS.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, o total de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) foram de 28.815, sendo 25.232 colecistectomias convencionais, e destas 91% eletivas e as outras 9% de urgência. O número de internações seguiu o total de AIHs preenchidas. As videolaparoscópicas representaram um total de 3.583, sendo 93% de caráter eletivo, e os outros 7% de urgência. Estes dados demonstram que a maioria das cirurgias realizadas foram de forma eletiva, apesar de existirem urgências. O total de óbitos foi de 52, sendo 50 pelo método convencional, sendo 40% eletivo e 60% urgência e 2 por laparoscopia, 50% eletivo e 50% urgência. A taxa de mortalidade foi de 0,20 de forma aberta, e 0,06 por vídeo. Os municípios que mais realizam procedimentos em ordem decrescente foram: Maceió (4.137), Arapiraca (4.137) e Palmeira do Índios (3.656).</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo evidencia que apesar de todas as vantagens do método laparoscópico, o método convencional ainda representa maioria em sua totalidade. Além disso, configura o predomínio das cirurgias eletivas em relação as de urgências, demonstrando que o diagnóstico de colelitíase está sendo realizado cada vez mais precoce. Os baixos número de óbitos e a taxa de mortalidade da laparoscopia afirmam sua vantagem em relação ao método convencional. E quanto as cidades, ressalta-se que não tem relação com o número da população em geral, mas com a quantidade de doentes.</p>
<p>PO 161-3</p> <p>ANÁLISE DA MORTALIDADE POR AGRESSÃO EM IDOSOS NO TOCANTINS E NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2017</p> <p>Rita Albuquerque Lima, Bárbara Veloso de Deus, Pedro Miranda Portugal Junior, Henrique Francisco Santana, Isabella Vilane Braga Saboia Rythowem, Henrique Lorezeto Cardoso, Walner Jorge Brito, Pedro Manuel Gonzalez Cuellar</p> <p><i>UFT - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A agressão contra idosos abrange as lesões físicas, a negligência e abandono, em pessoas com 60 anos ou mais. No Brasil, o idoso ainda é visto como um peso social, o que favorece agressões. Por ocorrer em um ambiente mais reservado, há uma banalização deste tipo de violência, a qual permite o crescimento da subnotificação e dificulta uma ação preventiva e assistencial. Uma vez que há escassez de trabalhos que retratem a realidade da agressão contra idosos no Tocantins, este estudo visa proporcionar arcabouços epidemiológicos para fundamentação de melhores ações em saúde para o estado.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo das taxas de mortalidade por agressão em idosos no estado, em comparação com o Brasil e suas regiões, a partir de dados secundários disponibilizados por meio do portal eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, a partir de taxas de mortalidade dos anos de atendimento de 2015 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, a taxa de mortalidade (número de óbitos por 1000 habitantes) por agressão contra idosos reduziu entre 2015 e 2017 (7,74; 7,25 e 6,39, respectivamente), enquanto no Tocantins houve uma acentuada redução entre 2015 e 2016, de 22,22 para 7,14, mas em 2017 ela aumentou, sendo 7,69. A região Sudeste apresentou a maior taxa em 2015 (9,33) e 2017 (7,86), enquanto a região Norte ficou com esta colocação em 2016 (10,14). Contrariando a literatura, os homens foram as maiores vítimas das agressões no Brasil entre 2015 e 2017, com 8,40, 8,59 e 7,54, respectivamente, contra 6,17 (2015), 3,79 (2016) e 3,29 (2017) das idosas. No Tocantins, não há registro de agressão em idosas em 2016 e 2017, mas em 2015 esta taxa é maior (50) do que a taxa dos homens idosos (18,75).</p> <p>CONCLUSÕES: No Tocantins, verificou-se reduções significativas em um primeiro momento, seguidas por um aumento na taxa de mortalidade por agressão contra o idoso em 2017, a qual poderia sugerir uma mudança do quadro de subnotificação, uma vez que em todo o país houve queda. No entanto, a falta de notificações de agressão em idosas e a prevalência masculina no estado também revelam a ineficiência do registro. O Tocantins vem acompanhando o Brasil na redução da mortalidade por agressão contra idosos, com exceção de 2017. A subnotificação é uma realidade que deve ser considerada, tendo influência nesses resultados. Todavia, notificar e analisar tais dados idosos é fundamental para delinear o planejamento de estratégias que visam reverter essa realidade, considerando sempre a sua limitação.</p>	<p>PO 162-2</p> <p>REVASCULARIZAÇÃO MIOCARDICA NO SISTEMA UNICO DE SAUDE: TENDENCIA NACIONAL ENTRE 2014 A 2018</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Caio César Chaves Costa, Nathalia Gabay Pereira</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará / Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil da cirurgia de revascularização miocárdica (RM) efetuada no Brasil, dando ênfase às regiões nacionais.</p> <p>MÉTODO: Tratou-se de um estudo descritivo, de série temporal entre 2014 a 2018, baseado na obtenção de dados disponibilizados publicamente pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), não sendo necessária a aprovação de nosso comitê de ética em pesquisa. As variáveis obtidas foram "número total de internações", "número de óbitos" e "média de permanência hospitalar (em dias)" relacionadas aos procedimentos com código 04060109-27 (RM com uso de circulação extracorpórea), 04060109-35 (RM com uso de circulação extracorpórea com 2 ou mais enxertos), 04060109-43 (RM sem uso de circulação extracorpórea) e 04060109-51 (RM sem uso de circulação extracorpórea com 2 ou mais enxertos). Casos com procedimentos cirúrgicos associados (ex., plásticas valvares) não foram incluídos, avaliando-se apenas a efetuação da RM de forma isolada. Os dados obtidos foram estratificados de acordo com as 5 regiões brasileiras e tabulados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Office Excel®, sendo expressos pela média, desvio-padrão (±) e valor absoluto. As taxas anuais das revascularizações foram calculadas por grupo de 100.000 habitantes, sendo padronizadas de acordo com a população brasileira estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (www.ibge.gov.br). A permanência hospitalar foi comparada entre as regiões por meio da aplicação do teste ANOVA (1 critério) e resultados com p < 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.</p> <p>RESULTADOS: Durante os 5 anos englobados pelo estudo, foram registradas 109.911 internações por RM no SUS. No Brasil como um todo, a taxa de internação por 100.000 habitantes variou de 11,4, em 2014, para 9,88, em 2018, constituindo-se em uma redução de 13,34%. Em 2018, a região sudeste apresentou a maior taxa de internação, 4,09/100.000, sendo seguida pela região sul com 3,11/100.000 e a região nordeste com 1,69/100.000. A menor taxa de internação foi evidenciada na região norte (0,33/100.000), a qual apresentou tendência estável ao longo dos anos. A região sudeste também possuiu as maiores taxas de óbitos em procedimento de RM no período estudado, variando de 0,27 a 0,20 a cada 100.000 habitantes. Nacionalmente, as taxas de óbitos tiveram tendência decrescente, com redução de 15,62% no período estudado. A média de permanência hospitalar por RM variou de 10,66±0,32 a 15,8±0,83 dias, sendo significativamente maior na região norte em comparação com todas as outras regiões (p < 0,01) e sem diferença estatística entre as regiões centro-oeste, sul e sudeste.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se que a taxa de internação por RM, bem como o número de óbitos relacionados a este procedimento, vem apresentando diminuição gradativa no país, apesar de tais características serem heterogêneas entre as regiões nacionais.</p>

PO 163-3	PO 165-2
<p>ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES TRAZIDOS POR DIFERENTES SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA</p> <p>William Augusto Guizzo, Viktoria Weiermann, Barbara Seidinger de Souza, Brenda Zeferino, Regina Goolkate, Luiz Carlos Von Bahten</p> <p><i>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil dos pacientes trazidos ao serviço de emergência do hospital, avaliando dados como idade, gênero, tipo de trauma, escores de gravidade e procedimentos realizados na cena. Analisar se há diferença no perfil dos pacientes de acordo com o serviço de atendimento pré-hospitalar acionado (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE).</p> <p>MÉTODO: Pesquisa analítica transversal descritiva, desenvolvida em um serviço de emergência de um Hospital Universitário de Curitiba. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário, abordando aspectos do trauma e do paciente, em 1654 vítimas admitidas na sala de emergência através de serviços pré-hospitalares, entre dezembro de 2016 a fevereiro de 2018. Questionários incompletos foram descartados. Os dados obtidos foram dispostos em planilha do EXCEL® e analisados de forma descritiva. Foram aplicados também testes de hipótese para comparar os pacientes atendidos por cada serviço pré-hospitalar.</p> <p>RESULTADOS: 1420 pacientes tiveram o questionário adequadamente preenchido e foram incluídos. Destes, 60,4% foram trazidos pelo SIATE. Quanto ao sexo, 69,64% dos pacientes eram do sexo masculino, diferindo significativamente tal proporção entre os serviços de atendimento pré-hospitalar (71,79% no SIATE e 66,37% no SAMU, $p = 0,03$). A média de idade no SIATE foi de 36,13 anos (36 anos em homens e 38,76 em mulheres) e, no SAMU, 41,81 anos (38,86 em homens e 47,61 em mulheres), sendo tal diferença significativa estatisticamente ($p < 0,0001$). Referente aos mecanismos de traumas, os homens como um todo foram acometidos 82% por traumas contusos, 10% por penetrantes e 7% por traumas combinados; enquanto as mulheres foram, respectivamente, 89%, 7% e 4%. Esses valores não apresentam alterações significativas com relação ao tipo de transporte pré-hospitalar ($p > 0,05$). Quanto aos escores de gravidade, os pacientes trazidos pelo SIATE apresentaram MGAP, GAP e RTS, respectivamente de 26,66, 22,44 e 8,4, enquanto que os pacientes atendidos pelo SAMU, pontuaram: 26,44, 22,28 e 8,44 ($p > 0,05$ ao comparar tais escores entre os serviços). Sobre procedimentos em cena, foram realizados 88 pelo SIATE e 54 pelo SAMU ($p > 0,05$). Os questionários foram aplicados em pacientes menos graves, uma vez que pacientes mais graves demandavam condutas imediatas ou possuíam consciência comprometida, inviabilizando a aplicação dos questionários, sendo um viés importante a se considerar.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil mais frequente de pacientes trazidos pelo pré-hospitalar ao hospital estudado é homem, na 4ª década de vida, vítima de trauma contuso, de baixo risco, sem necessidade de procedimentos em cena. A média de idade dos pacientes atendidos foi significativamente maior no SAMU. Não houve diferença significativa entre os serviços de atendimento pré-hospitalar quanto aos escores de gravidade ou quanto ao número de procedimentos realizados em cena. Os questionários foram aplicados em pacientes menos graves.</p>	<p>IMOBILIZAÇÃO DA HEPARINA NA NOVA CELULOSE: ENXERTOS VASCULARES DE QUITOSANA: UM ESTUDO PRELIMINAR.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Eduardo Pereira Azevedo, Aldo Cunha Medeiros, Amália Cinthia Meneses Rêgo, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Irami Araujo-Neto, Antônio Braz da Silva Neto</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi preparar uma celulose complacente: tubo oco de quitosana (com 6 mm de diâmetro interno), para ser usado como um enxerto de ponte coronária, e investigar sua capacidade de imobilizar covalentemente a heparina em sua superfície.</p> <p>MÉTODO: Soluções de celulose e quitosana foram misturadas em proporções iguais, espalhadas em um molde apropriado e deixadas solidificar por 24 horas, onde um tubo oco foi obtido. A heparina foi covalentemente imobilizada nestes tubos ocos, onde os resultados foram comparados com os de uma celulose simples. Além disso, uma correlação entre a concentração de heparina e a eficiência de imobilização foi investigada.</p> <p>RESULTADOS: A presença de quitosana foi essencial para a imobilização da heparina nos tubos ocos de celulose: quitosana, uma vez que nenhuma heparina foi imobilizada nas celulósicas simples. A densidade de imobilização mostrou-se linearmente dependente da concentração da heparina ativada, onde foi alcançada concentração máxima de 4 mg / mL. Concentrações mais elevadas de heparina ativada não proporcionaram uma maior densidade de imobilização, o que indica que os grupos amina de quitosana foram saturados.</p> <p>CONCLUSÕES: Os tubos ocos de celulose: quitosana foram preparados com sucesso, sendo necessária a presença de quitosana para uma eficiente imobilização da heparina. A celulose imobilizada com heparina obtida: tubo oco de quitosana, com suas propriedades mecanicamente fortes, razoavelmente compatíveis e antitrombogênicas, parece ser um bom candidato a ser usado como um enxerto de bypass vascular. Concentrações mais elevadas de heparina ativada não proporcionaram uma maior densidade de imobilização, o que indica que os grupos amina de quitosana foram saturados.</p>
<p>PO 165-3</p> <p>DESFECHO DO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FERIMENTO PENETRANTE EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL A DIREITA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p> <p>Emanuella Roberta Ina Cirino, Paula Trintinalha, Gabriel Ramos Jabur, Paula Rubio Vilar, Bárbara Seidinger de Souza, Luiz Carlos Von Bahten, Patrícia Longhi Buso</p> <p><i>Hospital Universitário Cajuru - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o desfecho dos indivíduos submetidos a tratamento conservador devido trauma toracoabdominal penetrante, considerando sua menor mortalidade e taxa de complicações.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo incluindo pacientes vítimas de trauma penetrante em região toracoabdominal direita entre janeiro de 2010 e abril de 2018 no Hospital Universitário Cajuru situado em Curitiba-PR. Na admissão realizou-se o protocolo ATLS® (Advanced Trauma Life Support) e exame de tomografia computadorizada de abdome. Foram excluídos indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico. Dados epidemiológicos, mecanismo de trauma penetrante, lesões associadas, tempo de internamento, ocorrência de óbito foram as variáveis analisadas.</p> <p>RESULTADOS: O sexo masculino foi o mais prevalente (87,5%) entre os 8 pacientes incluídos, sendo 28 anos a média de idade. Em 75% dos casos ferimento por arma de fogo foi o mecanismo de trauma penetrante. Lesão de lobo direito hepático ocorreu em todos os sujeitos, sendo os segmentos VII e VIII os mais acometidos. Não houve lesão de grau 1, mas o grau 4 ocorreu em 37,5% dos casos, grau 3 em 25%, assim como o grau 2 e o grau 5 em 12,5%. Diante disso, a lesão mais associada a lesão hepática foi a pulmonar (n=6) e em combinação a essas: lesão diafragmática (n=1), renal (n=1), adrenal (n=1). Toracostomia com dreno de tórax fechado foi a opção terapêutica para lesões pulmonares. A taxa de complicações foi nula, não ocorreram óbitos e o tempo de internamento máximo foi de 9 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo corrobora a literatura quanto os órgãos mais lesados pelo trauma toracoabdominal a direita, a prevalência do sexo masculino e a média de idade. O tratamento não operatório apresenta menores taxas de complicações e mortalidade sendo opção viável para pacientes vítimas de trauma penetrante em região toracoabdominal direita admitidos em serviço com protocolo bem elaborado e recursos disponíveis.</p>	<p>PO 167-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMA DE MÃO ADMITIDOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE NO ANO DE 2018.</p> <p>Raiane Nascimento Santana, Rosana Flora Ribeiro Frempong, Moema Maria de Santana Dahmer</p> <p><i>Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico dos atendimentos aos traumas de mão realizados pelo serviço de cirurgia plástica de um hospital de referência em Sergipe. Categorizando em sexo, idade, agente etiológico, tipo da lesão e procedência desses pacientes no ano de 2018. Apesar de comuns nas salas de emergência, estes eventos são pouco estudados do ponto de vista epidemiológico.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Refere-se aos traumas de mão admitidos no serviço no período de Janeiro a Dezembro de 2018. Utilizou-se estatística descritiva através do programa Microsoft Excel 2016 e os números foram apresentados em números absolutos e porcentagens. A pesquisa foi submetida ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE).</p> <p>RESULTADOS: No período foram atendidos 263 pacientes na unidade. Na distribuição por sexo houve forte predomínio do sexo masculino, com 85,93%. Em relação à faixa etária, os mais acometidos foram os adultos entre 18 e 58 anos, representando 68,44% dos casos. Geograficamente, esses traumas ocorreram em maioria na capital. Sendo esta responsável por 47,9%, com 126 pacientes, os demais pacientes foram, em grande parte, dos municípios do interior (45,63%). De acordo com a etiologia, liderando os índices, estão os traumas envolvendo máquinas industriais, (serras de mármore, fôrrageiras), totalizando 23,94% (63 casos). São dados alarmantes que denotam a necessidade de se ampliar a distribuição de informações sobre o uso adequado destas máquinas, bem como uso adequado de EPI's. Atrás dos traumas por máquinas industriais estão os acidentes por fogos de artifícios e explosivos (11,4%), por arma branca (9,12%), e líquidos quentes (4,56%). A maioria dos traumas resultou em perda de substância (35,36%), amputações traumáticas (29,27%) e queimaduras (11,79%) de dedos. O mês de junho teve o maior número de atendimentos (39 pacientes), inclusive de crianças e adolescentes (34,21%), com prevalência de lesões por fogos de artifício e explosivos (51,28%). Tal fato coincide com as festas juninas, tradição na maioria dos estados do Nordeste, dentre eles Sergipe. Além da questão cultural, é preciso considerar também maior permanência doméstica de crianças e adolescentes, porque neste período se configuram as férias escolares.</p> <p>CONCLUSÕES: As mãos são importantes fontes de contato com o meio externo e essenciais na expressão individual. Os traumas de mãos podem acarretar sequelas decorrentes de deficiências motoras e/ou sensitivas, afetando tanto as atividades funcionais do dia-a-dia, bem como as profissionais antes exercidas. Aquelas representam estatísticas importantes nos serviços de urgência. Sendo assim, representam um grande problema de saúde pública e social, devido ao impacto físico e mental. Por isso, a importância de categorizá-los e entender a sua etiologia, visando melhorias para a redução desses números.</p>

PO 168-2	PO 168-3
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM RONDÔNIA, DE 2008 A 2018</p> <p>Kamila de Deus Passos Leles, Marcelo Regis Lima Corrêa, Letícia Vitória de Almeida Lima, Wilyan Dias Cosmo de Oliveira, João Matheus Calixto Lins, Heloisa Magnoler Alencar da Silva, Michelly Alyce Gualarte Alexandre, Johnathan de Sousa Parreira</p> <p><i>Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica de Rondônia - LACCRO - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo. Com isso, o objetivo desta obra é traçar o perfil epidemiológico dos AVC em Rondônia, comparando-o com os dados da federação.</p> <p>MÉTODO: As informações foram obtidas no banco de dados do DataSus, os quais foram exportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0, no qual se fez a transformação de variáveis e as tabulações cruzadas. As variáveis analisadas foram: número total de internações, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. Foi utilizada, também, a Classificação Internacional de Doenças (CID) disponíveis no DataSUS, sendo incluídos os códigos I62 (Outras Hemorragias Intracranianas Não Traumáticas), I63 (Infarto Cerebral) e I64 (Acidente Vascular Cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico).</p> <p>RESULTADOS: Observou-se elevada incidência de internações na faixa etária dos 70 aos 79 anos, tanto no Brasil quanto em Rondônia, alcançando os valores de 483.366 e 3.189, respectivamente. O número de óbitos no Brasil prevalece na faixa etária dos 80 anos ou mais, com um número de 88.113, enquanto em Rondônia a prevalência se dá na faixa etária dos 70 aos 79 anos, com 631 óbitos. A taxa de mortalidade, tanto na federação quanto em Rondônia, é alta a partir dos 80 anos ou mais, sendo 23,97 e 27,42, respectivamente. Essa taxa é mais alta em Rondônia devido a baixa estatística de médicos especializados. Porém, a maior média de permanência se deu em pacientes na faixa pediátrica, sendo que no Brasil sobressai um valor de 11,5 em pacientes menores de um ano, seguido de 9,2 na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Já em Rondônia, essa variável se dá com um resultado de 12,2 na faixa etária dos 10 a aos 14 anos, seguido de 11,5 na faixa etária dos 5 aos 9 anos. Também foi analisado óbitos por sexo, o qual a maior incidência foi no sexo masculino tanto no Brasil, com um total de 171.629, quanto em Rondônia, com um total de 1.266. O número é menor em mulheres devido a esta produzir estrogênio, o qual dispõe-se como protetor nos vasos contra doenças cerebrovasculares.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a maior taxa de mortalidade se deu em Rondônia quando se compara com o Brasil, além de que há maior número de óbitos está no sexo masculino e o número de internações está mais prevalente nos idosos tanto no Brasil quanto em Rondônia. Já a média de permanência é elevada na faixa etária pediátrica nos dois locais analisados. Nota-se, portanto, que medidas de prevenção primária e secundária para toda população ainda é o melhor caminho para que ocorra um declínio nos casos do AVC no Brasil, pois diminuirá todas as variáveis descritas. Outrossim, para uma redução na média de permanência, é importante salientar os profissionais de saúde para o reconhecimento dos acidente vascular na pediatria, permitindo uma intervenção precoce e dirigida.</p>	<p>AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR TCE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS. COMO ESTAMOS?</p> <p>Túlio Barbosa Novaes, Eduardo Augusto Silva Monteiro, Valéria Andrade Calado, Francisco de Assis Cavalcanti Neto, Ana Elisa Biesek Leite, Antônio Almeida Falcão Neto, Caroline Gimenez Covatti, Lourival Diniz Carvalho Neto</p> <p><i>Cesmac – maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise estatística da taxa de mortalidade por TCE nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2009 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: Traumatismo cranioencefálico (TCE) é entendido como qualquer agressão ocasionada por forças externas capazes de lesionar anatomicamente ou funcionalmente estruturas do crânio ou do encéfalo. O TCE é o principal determinante de morbidade, incapacidade e mortalidade na faixa etária entre 1 a 44 anos de idade. Como causa mais comum para o TCE encontram-se os acidentes de veículos especialmente em adolescentes e adultos, seguido por quedas que são mais prevalentes nas faixas etárias pediátricas e geriátricas. De acordo com o DataSus, nos últimos 10 anos foram relatadas 51 mortes por 100 mil habitantes no Brasil por Traumatismo intracraniano, sendo a região Sudeste com a maior taxa, 56,5 casos por 100 mil habitantes, seguida pela região Nordeste, com 51 casos por 100 mil habitantes e pela região Sul com 45 casos por 100 mil habitantes. Em relação à raça/cor, o pardo e o branco tiveram 29% dos casos cada, e a menor taxa foi a dos indígenas com 0,07%. A maioria dos casos brasileiros foi do sexo masculino, com 81%. Os casos foram mais prevalentes na faixa etária de 20 a 49 anos, obtendo 43,3% dos casos totais, seguida pela faixa de 50 a 79 anos, com 35,55%, a que relatou menos caso foi de 0 a 19 anos, com 9,24% do total.</p> <p>CONCLUSÕES: Observa-se que grande parte dos casos de TCE morre no local do acidente, mesmo antes de um atendimento emergencial, outros são enquadrados como casos leves e logo evoluem para complicações variadas. Tendo em vista os principais tipos, acidentes com veículos e quedas, deve-se promover, respectivamente, uma conscientização para o uso de EPIs e maior incentivo à atenção do cuidador dos mais vulneráveis as quedas, como crianças e idosos.</p>
<p>PO 170-1</p> <p>ABORDAGEM CIRÚRGICA DO CÂNCER DE PÂNCREAS: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Marcelle Baracuhny Sodré de Mello, Giordanny Alencar de Sousa Silva, Karoline Rodrigues Costa Araújo, Alinne Mirliana Sabino de Araújo, Arthur Gonçalves de Lima França, Elvis Dias Oliveira, Emilly Gomes Couto Figueiredo, Brenda Barbosa Faustino</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar um brevíário, a partir da literatura bibliográfica, acerca do tratamento cirúrgico aplicado na neoplasia de pâncreas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foram recrutados artigos encontrados nas bases de dados Scielo e Pubmed, publicados na íntegra, entre os anos 2004 e 2017.</p> <p>RESULTADOS: A ressecção cirúrgica continua sendo a base do tratamento do câncer pancreático, apresentando um potencial curativo ou paliativo significativo. Nos últimos anos, a proposta de ressecção cirúrgica dos tumores de pâncreas foi amplamente discutida, tendo sido visto, nos estudos realizados, melhora da sobrevida de pacientes submetidos a esse tratamento, principalmente em tumores pequenos, sem metástase linfonodal ou à distância. O tratamento adjuvante ainda mostra benefício discreto sobre essa neoplasia, estando reservado aos casos irrissecáveis. O tipo de cirurgia a ser realizada vai depender de variáveis como o estadiamento do tumor e sua localização, estudos recomendam que a ressecção cirúrgica seja feita até o estádio II – B, em que os resultados ainda se mostram vantajosos mesmo que seja cerca de 11% a chance de cura nesses procedimentos. A duodenopancreatocetomia é a escolha na maioria dos tumores de pâncreas, seguida pela derivação biliodigestiva usada para o tratamento paliativo, além dessas pode-se optar também pela pancreatocetomia corpo – caudal. O tipo de tumor mais comum é o adenocarcinoma ductal que pode está localizado na cabeça na grande maior (47%-65%), corpo e cauda. As complicações relacionados aos procedimentos incluem abscessos abdominais, fístulas digestivas e retardo do esvaziamento gástrico nesses casos pode haver a necessidade de reintervenção cirúrgica, além dessas existe ainda complicações não cirúrgicas que ocorrem durante o período de internação hospitalar, dentre essas a de maior prevalência varia entre os estudos porém as mais frequentes são intercorrências cardiopulmonares e de ferida operatória.</p> <p>CONCLUSÕES: O câncer de pâncreas é, há muitos anos, um processo tumoral de mau prognóstico, com uma metodologia diagnóstica que vem melhorando notavelmente, permitindo a seleção de pacientes que possam se beneficiar do tratamento cirúrgico, entretanto a mortalidade ainda continua alta devido a fatores do próprio tumor e as complicações que aparecem durante o período do tratamento o que acaba por tornar a sobrevida do paciente baixa mesmo com tratamento adequado.</p>	<p>PO 172-3</p> <p>ETIOLOGIA VIOLENTA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, RELATIVOS A HÁBITOS DE VIDA E DE EVOLUÇÃO CLÍNICA</p> <p>Manuela Amoedo Cox, João José Gomes Neto, Hélio Tourinho Diniz Gonçalves Neto, Hevelis Naum Oliveira de Queiroz, Mariana Pereira Jorge, Milena Aquino Meirelles Leite Neves, Rodrigo Alves Pinho, Helena Fraga Maia</p> <p><i>Unifacs - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, relativos aos hábitos de vida e à evolução clínica com a etiologia violenta do traumatismo cranioencefálico em uma coorte de pacientes atendidos em uma unidade de referência na cidade do Salvador, Bahia.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo de coorte com 307 pacientes do sexo masculino com idades variando entre 15 e 65 anos atendidos na emergência do Hospital Geral do Estado da Bahia (HGE), no período de 01 de agosto de 2007 a 31 de julho de 2008, com diagnóstico de TCE e que apresentaram concomitantemente sintomas neurológicos específicos para traumas de crânio. Questionários pretextados foram aplicados no ambiente hospitalar e no domicílio após a data do trauma. Análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto de variáveis que mais contribuíram para a explicação da incapacidade funcional aos seis meses após o trauma de crânio. Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas utilizando-se o modelo de regressão logística não condicional. A modelagem foi realizada com o procedimento backward. Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05.</p> <p>RESULTADOS: São apresentados dados de 242 homens dos 307 acompanhados no estudo, com idades que variaram de 15 a 65 anos de idade, dos quais 88 (36,4%) tinham de 15 a 25 anos e 79 (32,6%) de 36 a 65 anos. Os indivíduos eram predominantemente de cor não branca (91,7%), e solteiros, separados ou viúvos (40,9%). A renda familiar referida era menor que R\$ 450,00 para 80 (33,1%) e de R\$ 451,00 a 900,00 para 83 (34,3%) deles. Entre os admitidos no estudo, 76 (31,4%) tinham hábito de consumir bebidas alcoólicas e 27 (11,2%) de consumir drogas. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a etiologia violenta do trauma as fatores faixas etárias de 15 a 25 anos (OR=2,70; IC95%: 1,55 – 6,32) e de 26 a 35 anos (OR=5,51; IC95%: 2,43 – 12,50), a cor da pele (OR=12,64; IC95%: 1,54 – 103,37), a renda familiar mais baixa (OR=2,61; IC95%: 1,20 – 5,67), a duração da hospitalização (OR=3,03; IC95%: 1,31 – 6,99), o tipo de socorro prestado (OR=4,55; IC95%: 2,29 – 9,05) e o uso de ventilação mecânica (OR=4,14; IC95%: 1,56 – 10,96).</p> <p>CONCLUSÕES: A etiologia violenta do TCE se associa com fatores sociodemográficos e econômicos como a idade mais jovem, a cor da pele preta/parda e a renda mais baixa. Vários fatores têm sido atribuídos ao fato dos indivíduos do sexo masculino têm sido mais afetados por todas as causas externas de morbimortalidade, desde a maior exposição a comportamentos violentos e afinidade com os signos do machismo como armas e carros, à realização de trabalhos mais arriscados e ao consumo de álcool e drogas. O tipo de socorro e o uso da ventilação mecânica sugerem a gravidade inicial do trauma, para os quais políticas públicas de segurança, de acesso a renda e educação devem ser fortemente presentes na sociedade no sentido de redução das desigualdades e consequente violência urbana.</p>

PO 175-3	PO 176-2
<p>OCORRÊNCIA DE CASOS DE TRAUMATISMO INTRACRANIANO NO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018</p> <p>Rafael Fernando Castro Silva, Amanda Ribeiro Tavares, Renan Alves Rodrigues, Gabryella Silveira Cardoso, Zoroastro Henrique Santana</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Traumatismo Intracraniano é uma agressão ao cérebro, não de natureza degenerativa ou congênita, mas causada por uma força física externa, tendo como causas principais os acidentes automobilísticos, ciclísticos e motociclísticos; lesões físicas por quedas, agressões por arma de fogo e por arma branca, acidentes esportivos e atropelamentos, se constituindo em problemática relevante na sociedade atual, com consequências que ultrapassam os limites médicos, dada as suas implicações sociais e econômicas. Tendo como objetivo analisar o número de internações e óbitos em pacientes de 15 a 49 anos por Traumatismo Intracraniano no Distrito Federal (DF) no período de jan/2014 a dez/2018, fazendo comparativo entre os sexos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por Traumatismo Intracraniano registrados no DATASUS durante o período de jan/2014 a dez/2018 no DF.</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por sexo foi de 2775 homens e 547, totalizando 3322 internações; destas 409 ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos; 916 na de 20 a 29; 1019 na de 30 a 39; 978 na de 40 a 49. Por sua vez, o número de óbitos foi de 342 homens e 45, totalizando 387 óbitos; destes 50 ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos; 121 na de 20 a 29; 99 na de 30 a 39; 117 na de 40 a 49.</p> <p>CONCLUSÕES: Pelo presente estudo foi possível identificar os principais grupos de risco, merecendo destaque, a faixa etária de 30 a 39 anos, o sexo masculino, o qual apresenta o maior número de casos, bem como, o maior número de óbitos entre as variáveis analisadas. A prevalência do TCE no sexo masculino e na faixa etária jovem pode ser explicado pelo fato dos homens representarem a maioria dos condutores de motocicletas, se exporem mais a comportamentos de risco, de imprudência e de desrespeito às normas de segurança no trânsito, aliados muitas vezes a um consumo excessivo de bebidas alcoólicas e drogas. Entretanto, se fazem necessários, a realização de mais estudos, possibilitando a criação e implantação de estratégias de prevenção e aperfeiçoamento no atendimento dos Traumatismos Intracranianos.</p>	<p>AValiação DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL ENTRE OS SEXOS</p> <p>FRANCISCO EDUARDO CORAL, HERICK MUNIZ NEQUER SOARES, GIOVANNA GOLIN GUARINELLO</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho tem como finalidade avaliar se há diferença do valor de índice tornozelo-braquial (ITB) entre homens e mulheres jovens sem fatores de risco para DAOP.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal observacional em que foram incluídos indivíduos com idade >18 anos e <50anos, sem fatores de risco para DAOP (Hipertensão, Diabetes, tabagistas ou ex-tabagistas). Foram excluídos do estudo indivíduos já submetidos a tratamentos cirúrgicos arteriais em membros inferiores ou dos membros superiores, assim como aqueles em que não foi possível palpação de todos os pulsos dos membros inferiores. Para análise estatística, assumimos que as duas pernas de um mesmo participante sejam independentes quanto ao ITB. As comparações foram feitas usando-se o teste t de Student para amostras independentes.</p> <p>RESULTADOS: Dos 130 participantes, 66 eram mulheres (50,8%) e 64 homens (49,2%). As mulheres tinham, em média, 3,7 anos a mais do que os homens (28,8±7,8 e 25,1±6,4, respectivamente; p<0,003). Atestou-se a hipótese nula de que as médias de ITB são iguais para ambos os sexos versus a hipótese alternativa de médias diferentes (132 pernas do sexo feminino vs 128 pernas do sexo masculino). O ITB médio em ambos os sexos foi o mesmo (1,098±0,149 homens e 1,098±0,109 mulheres;p:0,974). Os resultados evidenciaram não haver significância estatística nos achados, mas acreditamos que isso se deve ao tamanho da amostra. Em contrapartida, o trabalho se mostrou diferente por ser um dos poucos que avaliou o ITB apenas em participante com idade <50 anos, sem fatores de risco para DAOP e com média de idade baixa.</p> <p>CONCLUSÕES: Ao avaliar os valores médios de ITB's em indivíduos adultos jovens e sem fatores de risco para DAOP, não houve diferença estatística nos valores entre homens e mulheres.</p>
<p>PO 176-3</p> <p>ANALISE DO PERFIL DO TRAUMA TORÁCICO EM UM HOSPITAL REGIONAL DE BRASILIA</p> <p>Yasmin Abreu Soares de Souza Pimentel, Daniel Gontijo Sousa Silva, Fernanda Maria Afonso Ferreira Madeira, Gustavo Alves Araujo Ferreira, Jessica Barbosa Oliveira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo da pesquisa é analisar e avaliar o perfil do trauma torácico atendido pela equipe de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Ceilândia (HRC), serviço de referência em trauma, pelo período de um ano. A Ceilândia é a maior cidade satélite do Distrito Federal e abriga a segunda maior favela do Brasil, o Sol Nascente. Por estar nessa região castigada por altos índices de criminalidade e por áreas comandadas pelo tráfico de drogas e organizações criminosas, o HRC atende muitas vítimas de trauma torácico, motivando estudos para delinear os pontos chave no atendimento de urgência dessas vítimas.</p> <p>MÉTODO: Coleta ativa e análise de dados dos prontuários de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico em tórax pós trauma pelo período de um ano.</p> <p>RESULTADOS: No certame foi observado que 86% dos pacientes são do sexo masculino, sendo a maioria com idade entre 21-30 anos (48%). Os mecanismos analisados foram: Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Perfuração por Arma Branca (PAB) e Trauma torácico contuso (TTC). O mecanismo mais prevalente a PAB com 40%, seguido por PAF com 38% e Contuso com 22%. Em uma análise global o procedimento mais realizado foi a drenagem pleural fechada em selo D'água (95%), sendo que foram realizadas apenas 2 toracotomias exploradoras (5%). Dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico torácico, 2 foram a óbito, sendo um devido a PAB e o outro devido a trauma torácico contuso. Entre todos os casos, 57% tinham outro tipo de trauma associado, sendo 41% trauma abdominal associado e 16% outros tipos de trauma como de extremidade e ou TCE. Dos pacientes que ficaram internados, 54% tiveram alta hospitalar em menos de 1 semana.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se que houve maior incidência dos ferimentos penetrantes em relação aos traumas contusos. A população masculina jovem foi a mais vitimada e os traumas foram causados, em sua maioria (40%), por arma branca, seguida de perto pela arma de fogo (38%) sem relação específica com os meses festivos ou de grandes feriados. Entretanto, os meses de setembro e outubro se destacaram por apresentarem maior número de procedimentos. Percebe-se que a maioria das lesões que necessita de intervenção cirúrgica é tratada apenas com toracotomia com drenagem pleural fechada, ficando a toracotomia exploradora reservada a uma minoria. Dessa forma, a média de internação foi menor que uma semana. Foi observada uma alta taxa de alta hospitalar (95%) e número de óbitos reduzidos em comparação com a literatura estudada.</p>	<p>PO 177-3</p> <p>TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ANALISE EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL</p> <p>Leticia Lima Oliveirs, João Pedro Matos Santana, Juliana Lima Medeiros, Laís Albuquerque Pinto, Maria Eduarda Freitas Melo, Marcos Reis Gonçalves, Diandra Alcântara Jordão, Maria Eduarda Prudente Künzler Alves</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico de pacientes que sofreram traumatismo cranioencefálico com o fito de delinear um panorama comparativo entre as regiões do país.</p> <p>MÉTODO: Consiste em um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo a partir da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao período de janeiro de 2008 a novembro de 2018. As variáveis pesquisadas foram: número de internações, número de óbitos, sexo e faixa etária.</p> <p>RESULTADOS: Foram notificados no país 267.941 internações e 10.601 óbitos por traumatismo cranioencefálico (TCE) entre crianças e adolescentes no período em análise, compondo uma média anual de 24.358 hospitalizações e 963 óbitos Nessa esfera, 109.915 internações ocorreram na região Sudeste, 69.359 no Nordeste, 50.487 no Sul, 21.964 no Norte, 16.216 no Centro-Oeste e, respectivamente, 3.881, 3.354, 1.545, 1.019 e 802 óbitos em cada região. Houve predomínio de notificações envolvendo o sexo masculino, o que abarcou a nível nacional um somatório de 183.450 hospitalizações e 8.227 óbitos. No que tange à distribuição dos casos de acordo com a faixa etária, entre menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos foram registrados, respectivamente, 25.502, 57.365, 51.437, 45.375 e 88.262 internações. Nessa mesma sequência de intervalos etários, foram notificados 536, 839, 823, 1.436 e 6.967 óbitos.</p> <p>CONCLUSÕES: O TCE representa uma importante causa de morbi-mortalidade em todo o mundo, o sexo masculino representa 68% dos casos e a região Sudeste representa 41% nas hospitalizações totais e há uma escala crescente de número de casos em relação à idade. Considerando as faixas etárias, nas crianças, as quedas, favorecidas pelas condições do ambiente doméstico, encontram-se como principal causa do TCE. Por outro lado, nos adolescentes, devido a liberdade de ação, os acidentes de trânsito, principalmente aqueles envolvendo motocicletas, são o fator etiológico principal. Com relação ao acometimento de acordo com o sexo, os homens são submetidos a uma exposição mais precoce aos agentes e situações de risco quando comparado às mulheres. Na infância há uma predisposição para aventuras e brincadeiras fora do âmbito domiciliar e os meninos tendem a receber menos supervisão mais cedo que as meninas. Já na adolescência a união da liberdade e imprudência torna-se uma combinação apontada como de risco, como por exemplo, a falta do uso de equipamentos de proteção individual, uso de álcool e drogas.</p>

<p style="text-align: center;">PO 179-1</p> <p>OS DESAFIOS ENCONTRADOS NO TRATAMENTO DO TUMOR DE KLATSKIN.</p> <p>Karolayne Coelho Navarro, Káritta Horrana de Jesus Figueiredo, Izabela Fernanda da Silva, Kássia Rejane Oliveira Bueno, Paula França Faria Martins, Ariany Costa Souza, Arivaldo Bizanha</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os tumores de Klatskin são colangiocarcinomas hilares de origem extra-hepática localizados na bifurcação do ducto biliar comum, que representam 2% dos tumores malignos. Essa neoplasia acomete geralmente pacientes na sexta década de vida, com predomínio no sexo masculino. Embora esta patologia apresente um crescimento lento, a morte devido à insuficiência hepática progressiva ocorre rapidamente se não ocorrer uma descompressão biliar. Dessa forma, sua apresentação clínica predominante se dá através da icterícia obstrutiva progressiva. Assim, o objetivo desse trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre diagnóstico e tratamento do Tumor de Klatskin.</p> <p>MÉTODO: Com o propósito de se alcançar o objetivo deste estudo, foi realizado uma revisão sistemática de literatura e uma análise rigorosa de livros e artigos científicos das bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs, utilizando as palavras chaves: Tumor de Klatskin; Colangiocarcinoma e Tratamento.</p> <p>RESULTADOS: O diagnóstico do tumor de Klatskin pode ser auxiliado através de exames iniciais que avaliam o perfil hepático e por métodos de imagem como USG abdominal, Tomografia Computadorizada e Colangiografia Magnética. Entretanto, tais exames apesar de serem úteis para a confirmação da hipótese não satisfazem a acurácia para a decisão sobre irrissecabilidade, sendo este feito apenas durante o inventário da cavidade. A maioria dos pacientes não tratados possui uma sobrevida de, aproximadamente, 5-8 meses, enquanto que aqueles submetidos à ressecção cirúrgica têm sua sobrevida aumentada para 10% a 40%, em 5 anos após a cirurgia. Diante disso, a ressecção cirúrgica completa do tumor com margens histológicas negativas ainda é o tratamento mais eficaz para essa neoplasia maligna, porém, depende das condições clínicas do paciente e da classificação de Bismuth-Corlette (Tipo I, II, III e IV). Vale ressaltar que a maioria dos diagnósticos são realizados em estágios avançados envolvendo estruturas adjacentes, tornando-se, assim, irrissecáveis. Diante disso, atualmente, a maioria dos tratamentos são paliativos, consistindo em quimioterapia, radioterapia e derivação biliodigestiva que compreende a desobstrução da via biliar com stent ou bypass cirúrgico, conforme possibilidade, aliviando o quadro icterício e melhorando a qualidade de vida.</p> <p>CONCLUSÕES: A neoplasia da via biliar é de difícil manejo e tem péssimo prognóstico, deve ser suspeitada sempre que ocorrer uma situação de icterícia obstrutiva particularmente no paciente idoso, associando uma sublimne anamnese à exames complementares para conclusão da hipótese diagnóstica. Além disso, o tratamento cirúrgico é complexo e desafiador com alto índice de morbidade e mortalidade. Dessa maneira, a partir da análise deve-se escolher o melhor tratamento, visto que em casos tardios os procedimentos paliativos é a melhor escolha, mesmo que o melhor resultado prognóstico seja proveniente da ressecção.</p>	<p style="text-align: center;">PO 182-1</p> <p>FATORES PREDITIVOS DO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS</p> <p>Carlos Magno Queiroz da Cunha, Matheus Facó Jesuino Simões, Daniel Dias de Holanda Freitas, Vinicius Farina Sartori, José Walter Feitosa Gomes, Rafael da Silva Cunha, Francisco Julimar Correia de Menezes, Douglas Marques Ferreira de Lima</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colecistectomia é a segunda cirurgia abdominal mais realizada no mundo, e as técnicas para reproduzi-la estão em constante renovação. Dentre elas, a execução por via laparoscópica, realizada pela primeira vez em 1985, trouxe diversas vantagens em relação à técnica laparotômica (aberta), incluindo diminuição do trauma cirúrgico e o consequente retorno mais rápido à funcionalidade total do paciente, menor uso de antibiótico, menor complicações pós-operatórias e redução do tempo de internação. Devido a essas vantagens, a colecistectomia videolaparoscópica possui custo global menor que a abordagem laparotômica. Caso não ocorram complicações, a colecistectomia laparoscópica permite que os pacientes recebam alta após 24 horas do procedimento. Porém, as taxas de atraso nesse quesito chegam a 37%, levando a maiores custos hospitalares, menor taxa de rotatividade nas enfermarias e predispondo os pacientes a infecções hospitalares. Esse trabalho objetiva analisar os fatores preditivos do prolongamento da permanência hospitalar de pacientes submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas em um hospital público ligado à rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, observacional e documental, aprovado no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob número CAAE: 67898717.0.0000.5052. Foram coletados retrospectivamente os prontuários dos pacientes de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos e que foram submetidos a colecistectomia videolaparoscópica durante o período de janeiro a abril de 2017 e realizadas no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA). HMJMA é um hospital secundário ligado ao SUS, localizado em Fortaleza, Ceará, Brasil.</p> <p>RESULTADOS: Foram coletados 187 prontuários, dos quais, 70,2% eram do sexo feminino, a média de idade foi 42,9 + 14,2 anos, a média do IMC 28,41 + 5,30 kg/m², a média do tempo de cirurgia 91,07 + 35,05 minutos, 74,3% foram classificados como ASA 1 e 25,7% ASA 2 e 30,1% haviam relatado crise recente. Utilizando regressão linear, demonstramos que os dias de internação de um paciente pode ser previsto pelo tempo de cirurgia (p<0,01) e o ASA (p<0,01). Desse modo, cada minuto a mais de cirurgia aumenta 0,013 dias de internação, já o aumento do escore ASA, de 1 para 2, aumenta em 0,85 dias o tempo internação hospitalar. A idade não foi fator significante em nossa amostra (p=0,75). Quando analisamos a amostra em grupos, observamos que a média de internação dos pacientes com ASA 1 (2,19 + 0,60) são significativamente menores (p=0,04) que os com ASA 2 (3,04 + 2,76). Não foram identificadas relações significativas a comparação dos seguintes grupos: atividade física (p=0,93); sexo (p=0,14); data em relação à última crise (p=0,19).</p> <p>CONCLUSÕES: O escore ASA e o tempo de cirurgia influenciaram diretamente o tempo de internação do paciente submetido a colecistectomia videolaparoscópica.</p>
<p style="text-align: center;">PO 183-1</p> <p>ANÁLISE COMPARATIVA DAS COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS-OPERATÓRIAS DE COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS EM RELAÇÃO AO SEXO</p> <p>Franciele Perondi, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Amanda Prestes Valente, Caio Fernando Souza, Leandro Vicente Zoehler, William Foerster Silvano, Marcelo Figueiredo</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a incidência das complicações intra e pós-operatórias das colecistectomias videolaparoscópicas em relação ao sexo.</p> <p>MÉTODO: Estudo do tipo coorte retrospectiva, realizado através de prontuários de um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, entre os meses de março de 2017 e março de 2018. Foram selecionados todos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica por doença litíase, na faixa etária de 18 a 92 anos e risco anestésico I, II ou III de acordo com critérios da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA). A análise de dados foi processada no programa SPSS versão 20.0, onde foi calculado a incidência do desfecho investigado, sendo avaliado a relação entre os sexos das variáveis categóricas pelo teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher e as variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram comparadas pelo teste t de Student.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi composto por 189 pacientes, sendo 65,6% do sexo feminino e 63% com risco anestésico ASA II. Destes 14,3% já havia realizado alguma cirurgia intra-abdominal prévia, sendo de urgência em 62,9% das mulheres e 67,7% dos homens. O tempo médio da cirurgia foi de 110,6 (±35,56) no sexo feminino e 118,51 (±31,235) no sexo masculino. A conversão para cirurgia aberta foi 2,1%, dos quais 4,6% estavam associados ao sexo masculino e 0,8% ao sexo feminino, e deveram-se a dificuldade técnica por presença de inúmeras aderências que dificultaram a visualização do pedículo. Em relação a porcentagem de intercorrências intraoperatórias, foi maior no sexo masculino, com 10,8%. Já complicações e mortalidade pós-operatória foi maior no sexo feminino, com 2,4% e 0,8% respectivamente. Ressaltando que não houve diferença estatística entre os grupos em nenhuma das variáveis estudadas.</p> <p>CONCLUSÕES: O sexo masculino apresentou maior incidência de complicações intraoperatórias e de conversão para cirurgia aberta, além de maior tempo médio da cirurgia. Em compensação, o sexo feminino apresentou maiores complicações e mortalidade pós-operatória. Assim, sugere-se outros estudos mais robustos, a fim de avaliar a relação do sexo como fator de risco em colecistectomias videolaparoscópicas.</p>	<p style="text-align: center;">PO 184-1</p> <p>ESTUDO RETROSPECTIVO DOS ACHADOS ANATÔMICOS DAS VIAS BILIARES EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA ELETIVA</p> <p>Amanda Prestes Valente, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Alexandre Deves, Marco Aurelio Azevedo Casanova, Luiza Rossi Pettinelli, William Foerster Silvano, Rubens Gerd Weiss</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever aspectos anatômicos, clínicos, laboratoriais e epidemiológicos do grupo de pacientes submetidos ao exame de colangiografia intraoperatória em cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal descritivo, realizado em um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. Foram selecionados pacientes entre 18 a 80 anos, submetidos a colangiografia intraoperatória (CTO), durante colecistectomia videolaparoscópica eletiva, no ano de 2018. Os dados foram coletados através de prontuário. A análise de dados foi processada no programa Excel, sendo calculado as frequências e percentuais das variáveis.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi composto por 72 pacientes, com predominância do sexo feminino (76%) e média da faixa etária de 56 anos, sendo a mínima 22 anos e a máxima 77 anos. Dos pacientes analisados, aproximadamente 95% foram sintomático, os quais apresentaram sintomas gerais como náuseas, vômitos, dor abdominal em cólica e/ou pós-prandial, sendo que destes 36% apresentaram alterações laboratoriais nos exames pré-operatórios e 4,3% dos pacientes sintomáticos apresentaram sintomas colestatísticos. Da amostra analisada 10 pacientes não realizaram o exame de CTO. Destes, 30% por falta de equipamento radiográfico durante o tempo cirúrgico intraoperatório; 50% por alterações anatômicas no ducto cístico, seja por ducto curto, enovelado ou valvulado, e os demais, por clipagem concomitante do ducto cístico com artéria cística, dificultando assim a cateterização do mesmo. Na identificação do ducto cístico, prévia a cateterização, foi identificado que 32% dos pacientes apresentavam ducto curto, limitando a margem para a clipagem e aumentando o risco de lesão iatrogênica. Durante a injeção de contraste, 61% dos pacientes apresentaram dilatação normal, de até 0,8cm e 22% apresentou espasmo ampolar, porém com melhora após a alteração da incidência radiográfica ou após administração de buscopam composto endovenoso, apresentando boa passagem pelo Esfíncter de Oddi em 92% dos casos após manobras. No procedimento cirúrgico foram evidenciados achados casuais de variações anatômicas em 30% dos pacientes. A variação anatômica mais prevalente confere a presença da artéria cística anterior ao ducto cístico, presente em 14,5% de toda a amostra e perfazendo 40% das alterações encontradas. A segunda alteração mais frequente foi a presença de artéria cística acessória anterior, presente em 3,2% da amostra total e correspondendo a 8% das alterações. As demais alterações encontradas foram variantes que afetam a árvore biliar intra-hepática e variantes que afetam o ducto cístico.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste estudo, a CTO mostrou ser um procedimento seguro durante as colecistectomias videolaparoscópicas tendo a capacidade de identificar as alterações anatômicas existentes e de demonstrar a eventual presença de cálculos na via biliar principal insuspeitos, reduzindo ainda a possibilidade de lesões iatrogênicas.</p>

PO 185-1	PO 185-3
<p>INFLUENCIA DA OBESIDADE EM COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: CASO CONTROLE</p> <p>Carlos Magno Queiroz da Cunha, Vinicius Farina Sartori, Francisco Julimar Correia de Menezes, Douglas Marques Ferreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, José Walter Feitosa Gomes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A colecistectomia laparoscópica (CL) é o tratamento padrão para doenças calculosas das vias biliares e é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, com cerca de 1 milhão de CL por ano. Apesar do menor tempo intraoperatório (TI) e tempo pós operatório em comparação com a colecistectomia por via laparotômica, a CL não está isenta de trauma cirúrgico, sendo o tempo pós operatório influenciado diretamente pelo TI. É possível elencar como possíveis fatores preditivos do TI: sexo masculino, cirurgias prévias no abdômen superior, idade maior que 65 anos, índice de massa corporal elevado, parede da vesícula biliar maior que 4mm, icterícia observada no exame clínico, entre outros. Desse modo, devido a importância do conhecimentos desses fatores, nosso estudo buscou identificar e analisar a presença de fatores descritos em literatura, bem como sua influência no tempo cirúrgico dos pacientes submetidos à CL em um hospital público ligado a rede do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>MÉTODO: Foram coletados, em 187 prontuários, os dados de tempo de cirurgia, IMC, idade e sexo dos pacientes submetidos a CL de Janeiro a Março de 2017 no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, sendo utilizado os testes de regressão linear simples e de U de Mann-Whitney para estudar tais variáveis.</p> <p>RESULTADOS: Foram coletados 187 prontuários, sendo as variáveis Sexo Feminino, Idade, IMC, Excesso de peso, Tempo de cirurgia. A média do tempo de cirurgia dos homens (103,38 + 40,45 min) foi maior do que a média de tempo das mulheres (87,94 + 32,96 min) de forma estatisticamente significante (p=0,02). Por sua vez, a média do tempo de cirurgia dos indivíduos com excesso de peso (99,48 + 37,16 min) foi maior do que dos eutróficos (90,49 + 34,68 min), também com significância estatística (p=0,01). A idade em nossa amostra influenciou no tempo de cirurgia dos pacientes, bem como apresentou relação direta de previsão (p<0,01), uma vez que que a cada ano a mais de idade, o tempo cirúrgico aumentou em 0,0815 minutos.</p> <p>CONCLUSÕES: O sexo masculino, o aumento da idade e a elevação do IMC estão relacionados a tempos de cirurgia maiores, devendo a equipe cirúrgica ficar atenta nesse grupo de pacientes, pois um maior tempo de cirurgia gera um maior tempo de internação e consequentemente de complicações relacionadas a internação.</p>	<p>MORTALIDADE DE PACIENTES QUE SOFRERAM TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO NO BRASIL: UM ESTUDO DE 1996 A 2016</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Caio César Chaves Costa, Nathalia Gabay Pereira</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará / Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a mortalidade causada por traumas automobilísticos no decorrer dos anos no Brasil, identificando o perfil sócio demográfico desta.</p> <p>MÉTODO: Foram coletados dados referentes a Declaração de óbito do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde por meio do DATASUS e separados os dados em que a causa do óbito era trauma automobilístico entre os anos de 1996 até 2016 e entre as regiões brasileiras.</p> <p>RESULTADOS: Ao total foram identificados 152.014 casos no decorrer dos anos. O maior número de casos ocorreu no ano de 2012, com 6,6% dos casos, seguido pelo ano de 2014 (6,6%) e de 2013 (6,4%). Já em relação a região mais acometida, destaca-se o Sudeste do país com 55.053 casos no decorrer do período, seguido pelas regiões Nordeste (37.117 casos) e Sul (33.853 casos). A maioria dos casos durante o período correspondem ao sexo masculino (77,3%), além de branco (51,3%) ou pardo (34%). A faixa etária mais com maior mortalidade entre o período, foi a de 20 a 29 anos, com aproximadamente 26,3% dos casos, seguido por 30 a 39 anos (20,5%) e pela faixa etária de 40 a 49 anos (15,8%). Quanto ao estado civil das vítimas de trauma automobilístico, constatou-se uma maior mortalidade em solteiros (46,9%), seguido por casados (33,3%).</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar das tentativas de conscientização pelo governo, os casos de traumas automobilísticos são extremamente presentes em nossa realidade. Além disso, deve-se atentar para aquela pessoa que possui um maior risco de sofrer com o mesmo, por meio da identificação e conscientização orientada para a mesma.</p>
<p>PO 186-2</p> <p>ESTUDO RETROSPECTIVO DE ESTENOSE CAROTÍDEA NA UNIDADE DE AVC NO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI.</p> <p>MONDEYV FREITAS PASCOAL, Elton JOHN TEIXEIRA DANTAS, MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM, Márcio FERNANDO GONSALVES ARAUJO, ALYNE LAYANE PEREIRA LEMOS, JACQUELINNY LOPES MACEDO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - JUAZEIRO DO NORTE - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho tem como objetivo descrever os casos de doença aterosclerótica carotídea numa população de doentes internados por AVC isquêmico/AIT na Unidade Cérebro Vascular do Hospital Regional do Cariri. Discorrer sobre a importância do USG Doppler como uma ferramenta para diagnóstico de estenose de carótida em paciente com Acidente Vascular Cerebral. Descrever os pacientes com estenose de carótidas, bem como o percentual dos fatores de risco presentes nos pacientes com e sem doença carotídea. Relatar o percentual de estratificação da estenose de carótida com base no que é preconizado pela literatura vigente.</p> <p>MÉTODO: Objetivou-se um estudo transversal, retrospectivo, por meio de análise de prontuários dos pacientes admitidos na Unidade Cérebro Vascular do Hospital Regional do Cariri, no período de Janeiro a Junho de 2016. Os critérios de inclusão foram o diagnóstico de AVC/AIT e a realização de USG doppler de carótidas na investigação de doença carotídea. O seguinte estudo através de coleta dos dados através de resgate de prontuário, descrevendo o quadro clínico do paciente, os exames que contribuíram para o diagnóstico e o tratamento instituído para a patologia em estudo. Dados como idade, sexo, presença ou não de hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, etilismo, cardiopatia e AVC prévio foram coletados e avaliados. A estratificação da doença carotídea através da USG doppler de carótidas também foi estudada.</p> <p>RESULTADOS: Este trabalho descreveu o perfil dos pacientes internados por ACV/AIT e avaliou aqueles que apresentavam estenose de carótida. Dos 344 pacientes, 150 apresentaram doença carotídea nos mais diversos graus de estenose. Nosso trabalho observou uma porcentagem maior de homens com estenose de carótida, quando comparado as mulheres.</p> <p>CONCLUSÕES: Quando comparamos ao nosso trabalho, nossa prevalência de estenose ≥ 50% foi de 29,33%, mais elevada, quando comparada a literatura. Observou-se em nosso estudo, que a maioria dos pacientes com estenose tinham menos de 50% de oclusão, correspondendo a 70,67% de todos os casos. Pacientes com estenose de carótida superior a 50% apresentam um risco de AVC/AIT de 1 a 5% ao ano, enquanto que lesões com menos de 50% de obstrução, o risco é menor que 1%. Nosso trabalho encontrou 70,67% de estenose inferior a 50% dos pacientes com AVC/AIT e doença carotídea. Talvez a associação com os outros fatores de risco (hipertensão, diabetes, tabagismo, etilismo, idade avançada) que também são preditores para os eventos cerebrovasculares, tenham contribuído para o surgimento dessas complicações no paciente com estenose inferior a 50%. A análise multivariada dos fatores de risco com o grau de obstrução da doença carotídea talvez seja necessária para melhor detalhamento dessa associação, importante para estudos futuros.</p>	<p>PO 188-2</p> <p>MORTALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES</p> <p>Gisélia Bezerra Cavalcanti, Andrezza Díaz Araruna, Lara Almeida Ferreira, Onélia Rocha Queiroga, Taisa Gonçalves Farias, Vitor Arrais Monteiro</p> <p><i>Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a produção científica acerca da mortalidade de pacientes após amputação.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa. Buscaram-se artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e PUBMED nos idiomas português, inglês e espanhol, nos últimos cinco anos. Foram selecionados oito estudos para integrar a revisão, considerando as áreas temáticas de ciência da saúde com limite em estudos em humanos.</p> <p>RESULTADOS: A taxa de mortalidade após amputação divergiu entre as publicações: nos primeiros 30 dias de pós-operatório, variaram entre 9 e 22%; aumentando para 29 a 44% em um ano e para 63 a 85% em cinco anos. Em relação à sobrevida após cirurgia, uma das publicações ressaltou que é menor em mulheres, apesar da mortalidade ser maior no sexo masculino. Além disso, foi constatado que a sobrevida é, em média, de 50 meses; sendo, em maiores de 85 anos, cerca de 8 meses. Os fatores de risco significativamente relacionados aos óbitos após amputação foram: diabetes Mellitus (DM), maiores de 70 anos, nefropatas, infarto agudo do miocárdio pós-operatório, pneumonia e sepse pós-operatória, doença pulmonar obstrutiva crônica. As intervenções vasculares prévias não aumentaram sobrevida e elevaram o risco de óbito desses pacientes. Amputações transfemorais, hipalbuminemia, uso de esteroides pré-operatório e DM aumentaram o risco de morte em 30 dias, sendo trombocitopenia e choque séptico fatores independentes neste período. Em contrapartida, conclui-se que a raça negra, tabagismo e status funcional total ou parcialmente independente são fatores protetores para mortalidade após amputação. Ao comparar o período entre a realização da amputação e a morte, observa-se as transfemorais com o menor intervalo, correspondendo cerca de sete meses, enquanto as transbilbiais ocorre em 13,6 meses. O risco de morte em um ano nos portadores de doença cerebrovascular é 2,5 vezes maior do que nos que não a possuem. Já nos nefropatas, o risco é 3,5 vezes mais elevado em um ano e aumenta para 5,3 vezes em cinco anos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a mortalidade após amputação aumenta progressivamente com os anos, ocorrendo em faixas etárias mais avançadas, predominando no sexo masculino e sendo maior nas amputações mais extensas. Dentre os fatores de risco, todos os trabalhos ressaltaram a relevância da associação com doença renal, doença cerebrovascular, sepse pós-operatória. Já as chances de óbito foram maiores nos pacientes com intervenções vasculares prévias.</p>

<p style="text-align: center;">PO 189-3</p> <p>SUBSTITUIÇÃO DE VOLUME COM ÁGUA DE COCO EM RATOS COM CHOQUE HEMORRÁGICO.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Aldo Cunha Medeiros, Gabriela Lima Nóbrega, Guilherme Bastos Pailiot de Brito, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Irami Araújo-Neto, Amália Cinthia Meneses Régio</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O choque hemorrágico + trauma é a terceira principal causa de morte no mundo, apoiado por sua frequência, gravidade e capacidade de induzir respostas inflamatórias sistêmicas e danificar vários órgãos. Atualmente, não existe um fluido ideal para reposição de volume. Há conhecimento relevante sobre a composição nutricional da água de coco (MC), mas faltam estudos sobre seu uso para reanimação em casos de choque hemorrágico. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da água de coco modificada (3% de sódio) na ressuscitação em choque hemorrágico em modelo experimental em ratos.</p> <p>MÉTODO: Ratos Wistar pesando 250-300g foram utilizados. No grupo 1 (n = 6) choque + água de coco (CW); grupo 2 (n = 6) choque + sangue total fresco (BEF); grupo 3 (n = 6) choque + salina 0,9% (S). Ao final do experimento, foram medidos os níveis de TNF, IL-1, IL-2, Proteína C-reativa, AST, ALT, uréia e creatinina.</p> <p>RESULTADOS: Todos os animais sobreviveram aos procedimentos e testes até o final do experimento. Houve redução significativa nos testes de função hepática (ALT e AST), uréia e creatinina nos animais tratados com CW, comparados aos tratados com BEF e S (p <0,05). No entanto, não foram observadas diferenças significativas quando os parâmetros foram comparados entre os grupos FWB e salina (p > 0,05). A expressão de TNF-α, IL-1β e IL-2 foi significativamente menor em ratos tratados com CW que em ratos tratados com FWB e S (p <0,05). Nos animais tratados com CW, o nível médio de proteína C-reativa foi menor do que em ratos salinos (P <0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: Nossos resultados demonstram que, em ratos com choque hemorrágico, a administração de água de coco iv preservou a função renal e hepática, e foi superior ao sangue total e à solução salina no que diz respeito à expressão de citocinas pró-inflamatórias.</p>	<p style="text-align: center;">PO 190-2</p> <p>PERFIL POSTURAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO</p> <p>Fernanda Melo Oliveira, Leticia Lima Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Paulo André Duque Wanderley Filho, Higor José Silva Leal, Glauber Schettino Silva, Glauber Gotardo Pinheiro Santos</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil postural de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, realizado no Hospital do Coração – HCOR/AL. A avaliação postural foi realizada em dois momentos: pré e pós operatório. A avaliação foi feita através de um protocolo elaborado pelos autores, sendo composta por: avaliação postural subjetiva; a escala visual análoga de dor (EVA); o índice de massa corporal (IMC); a estatura ou altura do vértice; a discrepância de membros inferiores; a cirtometria torácica; a relação cintura quadril (RCQ). Os dados foram organizados e tabulados em planilha, sendo identificado o perfil postural mais apresentado e suas prováveis causas. Para análise estatística descritiva foi aplicado média, desvio padrão e porcentagem.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 20 pacientes, sendo 11 do sexo masculino e 9 do feminino, com idade média de 61,2 \pm 8,27 anos e todos passaram pelo procedimento cirúrgico esternotomia. Foram colhidos dados em todas as vistas na avaliação postural, porém os dados com maior significância foi obtidos na vista lateral, onde no pré-operatório 33% apresentavam protrusão de pescoço, 22% o ombro protruso, 72,22% o abdômen proeminente, 27,78% apresentavam uma cifose torácica e no pós operatório houve uma mudança na postura onde 55,56% apresentam uma protrusão de pescoço, 66,67% o ombro protruso o abdômen protruso se manteve b mesma margem mas a cifose torácica teve uma aumento considerável de 44,45%.</p> <p>CONCLUSÕES: Grande parte dos indivíduos apresentou uma mudança de perfil postural. As maiores alterações poderão ser vista na visão lateral, onde visivelmente eles adotavam um encurtamento da cadeia anterior, adotada como meio de proteção e alívio de dor.</p>
<p style="text-align: center;">PO 190-3</p> <p>COLOSTOMIA EM PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMOS NA MEDULA ESPINHAL, UMA REVISÃO DA LITERATURA.</p> <p>Rodrigo Teófilo Parente Prado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão acerca da literatura, visando observar a utilização, o efeito e o impacto do uso da colostomia em pacientes com traumatismo na medula espinhal.</p> <p>MÉTODO: Trata-se uma de revisão da literatura com busca ativa de informações nas bases de dados do MEDLINE, Redalyc e SciELO. Os descritores de assunto utilizado para a busca de artigos foram: stoma, spinal cord injury, bowel management e bowel dysfunction, tanto em inglês quanto em português, organizados em arranjos diferentes.</p> <p>RESULTADOS: Grande parte dos indivíduos que sofreram traumatismos na medula espinhal (TME) convivem com problemas no hábito intestinal, causados pela disfunção neurológica que eles possuem, que vão de constipação (35%) à incontinência (75%). Sendo essa disfunção intestinal colocada por Glickman et al como um dos maiores problemas, tanto físico quanto psicológico decorrente de TME. A colostomia entra nesse contexto, uma vez que vem sendo utilizado somente em casos de difícil manutenção intestinal ou que envolvem complicações mais sérias, somente cerca de 2,4% dos pacientes nessa condição possuem uma ostomia, apesar de estudos demonstrarem que os pacientes relatam maior facilidade de cuidado com a colostomia do que com o uso do método tradicional. A literatura demonstrou que o tempo utilizado, na semana, para a manutenção do hábito intestinal caiu de 10,3-14,8 horas, quando utilizado o método tradicional, para uma média de 1,9-8,65. Com aumento da independência e da qualidade de vida relatada pelos pacientes. Poucos pacientes complicaram com descarga de muco pelo reto. Outros estudos relataram diminuição da preocupação com variáveis como: incontinência fecal, manipulação da dieta e uso de laxantes, e novamente o tempo destinado ao cuidado intestinal. Além disso, um fator a ser observado é a escolha do procedimento a ser realizado, se será uma colostomia ou uma ileostomia, a literatura difere um pouco nesse aspecto, dizendo não haver diferença, porém os dados mais atuais sugerem a colostomia, visto que a ileostomia não aumenta tanto a sensação de independência e possui maiores riscos de complicações quanto a distúrbios hidroeletrólíticos e desidratação.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, a seguinte revisão encontrou dados bastante favoráveis à utilização da colostomia, mesmo que de maneira eletiva, quando ocorre um pedido do paciente, em paciente vítimas de TME, pois, de fato, há um aumento na qualidade de vida, na independência do paciente e uma diminuição no tempo de cuidado destinado ao hábito intestinal. No entanto, esse procedimento ainda é pouco realizado, o que gera a necessidade da realização de estudos que visem embasar uma mudança nessa realidade.</p>	<p style="text-align: center;">PO 193-2</p> <p>PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES EM PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL: UM ESTUDO DESCRITIVO.</p> <p>Caio Fernando Souza, Amanda Prestes Valente, Kevin Verdin Phillips, João Gabriel Mello Ramos, Tuany Oliveira Dornelles, Franciele Perondi, Alexandre Deves, Tiago Blaya Martins</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estimar as principais complicações decorrentes do procedimento de acesso venoso central.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo descritivo, que estima a frequência de complicações em procedimento de cateterização venosa central. Foram selecionados todos os pacientes submetidos ao procedimento de cateterização venosa central em um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Os dados foram coletados por meio do prontuário eletrônico e as informações de interesse na coleta foram complicações referentes ao procedimento. A análise de dados foi feita através das frequências e percentuais das variáveis.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos no estudo 198 procedimentos. Destes, 116 (58,58%) pacientes eram do sexo feminino. Dentre o total de acessos venosos centrais realizados, houveram complicações em 57 (28,78%) pacientes. As complicações imediatas, foram punção arterial 12 (20,68%), insucesso 9 (15,51%), hematoma local 6 (10,34%), pneumotórax 4 (6,89%) e hemotórax com 2 (3,44%) casos. Já as complicações tardias foram infecção com 16 (%) casos, trombose com 6 (10,34%) e dor, que ocorreu em 2 (3,44%) pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a complicação mais frequente no procedimento de cateterismo venoso central, no período compreendido, foi a infecção, uma complicação tardia. Já dentre as complicações imediatas, a punção arterial foi a mais frequente corroborando com achados na literatura. A fim de diminuir tais taxas de intercorrências, propõe-se que os cuidados como avaliação do paciente, do sítio de punção, cuidados com a técnica correta, punção guiada por ecografia, radiografia de tórax, higiene e cuidados com o manejo e curativos devem ser intensificados, minimizando os riscos de complicações.</p>

PO 194-2	PO 196-1
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A IMPLANTAÇÃO DE FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR EM UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE-RS.</p> <p>Alexandre Deves, Vítor Deves, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Caio Fernando Souza, Amanda Prestes Valente, Leonardo Castilho, Tiago Blaya Martins</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil de pacientes submetidos à implantação de filtros de veia cava inferior em um hospital de Porto Alegre-RS.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo longitudinal retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes com idade maior que 18 anos, submetidos ao procedimento de implantação de Filtros de Veia Cava Inferior (FVCI), entre o período de janeiro de 2016 a outubro de 2017 em um hospital de Porto Alegre-RS. A coleta de dados foi realizada por meio de prontuário eletrônico. As informações coletadas foram sobre comorbidades prévias a cirurgia, sexo, idade e sobre o procedimento cirúrgico, como via de acesso, complicações e possíveis recaptura do implante posteriormente. Os resultados foram analisados e descritos para as variáveis categóricas através de frequência absoluta e percentual, e para as variáveis contínuas através de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil.</p> <p>RESULTADOS: Dos 48 pacientes analisados, a idade média foi de 73,7 anos com 25 (52,08%) pacientes do sexo masculino e mediana do tempo de internação de 14 dias, entretanto, nenhuma das vezes decorrente de complicações relacionadas ao procedimento de implantação do filtro de veia cava, e sim por outras comorbidades apresentadas pelo paciente. Das comorbidades dos pacientes, 43 (89,6%) tinham trombose venosa profunda, 30 (62,5%) com tromboembolismo pulmonar, 11 (22,9%) apresentaram impossibilidade de anticoagulação não especificada, 12 (18,8%) com trombo flutuante (lílio femoral), 06 (12,5%) apresentaram sangramento digestivo com/sem anticoagulação e 8 (16,7%), 5 (10,4%), 3 (6,3%) e 9 (18,8%) pacientes tinham, respectivamente, baixa capacidade pulmonar, sangramento cerebral, plaquetopenia e outras comorbidades. Apenas 05 pacientes internaram exclusivamente para implantação do filtro de veia cava, e estes apresentaram tempo de internação médio de 03 dias. Em relação aos sítios de punção venosa, 29 (60,4%) foram realizadas pela veia femoral direita, 16 (33,3%) punções de veia femoral esquerda, 02 (4,2%) punções em veia jugular direita e 01 (2,1%) através de veia subclávia esquerda, este último sítio utilizado por impossibilidade de utilização de veias femorais e jugulares.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que paciente submetidos a implantação de filtro de veia cava possuem idade média de 73 anos, sabendo-se que a necessidade deste procedimento aumenta progressivamente a cada década de vida acima dos 40 anos. Também, não foi visto diferença muito grande de frequência entre os sexos. As comorbidades mais frequentes foram trombose venosa, tromboembolismo pulmonar e problemas de anticoagulação.</p>	<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE COLELITIASE E COLECISTITE NO BRASIL EM 5 ANOS</p> <p>João Paulo Santos Correia, Marina Ganem, Arthur Linniekier, Priscila Almeida, Pedro Mansur, Ewerton Soares, Tiago Tenório, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da ocorrência de de coleditase e colecistite no Brasil nos últimos 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 1.287.682 internamentos por coleditase e colecistite, sendo destes 541.178 (42%) em caráter de urgência e o restante de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 512.152 casos. A segunda região com mais casos é a região nordeste com 312.443, seguido da região sul com 249.700, Centro-Oeste com 113.223 e, por último, região Norte com 100.164 casos. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 40 a 49 anos, com significativos 255.106 casos, ou seja, 19,8% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 30 e 39 anos, com 253.783 casos e de 50 a 59 anos com 251.154 casos. O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, temos um total de 293.646 casos do sexo masculino e 994.036 do sexo feminino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em homens superassem o do sexo oposto. 2018 foi o ano com maior número de internações. Considerando a cor/raça, no intervalo de tempo considerado, dos indivíduos, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 472.347 dos registros. Em seguida encontra-se a população parda com 443.980. Na população negra, vemos um total de 38.283. 24% da cor/raça não foi informado. Levando-se em conta o regime de internações, vemos a prevalência do regime privado no país. Vale lembrar que 64,5% dos casos foram ignorados quando considerado o regime com critério classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil, registrado o valor total de 1.038.829.824,99 reais nesse intervalo de tempo, sendo 40,5% do gasto na Região Sudeste, e logo em seguida temos a Região Nordeste com 23,5% dos gastos totais. Do total gasto pelo Sudeste, 51,7% correspondem ao estado de São Paulo, e apenas 5% é fruto do estado do Espírito Santo.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor é a região Norte. Deve-se notar também que o sexo feminino possui um maior predomínio sobre o masculino. Outro fato importante que pode ser destacado é em relação ao caráter de urgência que correspondeu a 89,6% das internações, mostrando a necessidade de um diagnóstico de forma mais precoce. Essas informações devem servir como base para que se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>
<p>PO 197-2</p> <p>TAXAS DE INTERNAÇÃO POR FLEBITE, EMBOLIA E TROMBOSE VENOSA EM GOIÁS: UMA ANÁLISE CRÍTICA RELATIVA AO PERÍODO DE 2008 A 2017.</p> <p>Frank Luiz Pereira Carnesi, Lucas Henrique Souza de Azevêdo, Paulo Vítor Miranda Macedo de Brito, Marcus Vinicius Menezes da Silva, Itallo de Almeida Pinheiro, Jonatan Eduardo Silva, Kalley Santos Cavalcante, Ricardo Vieira Teles Filho</p> <p><i>Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A flebite é uma inflamação aguda da veia, causando edema, dor, desconforto, eritema ao redor da punção e um "cordão" palpável ao longo do trajeto da veia. Já a embolia caracteriza-se pela presença de qualquer corpo estranho (êmbolo) sendo transportado pela corrente sanguínea, até que eventualmente, seja detido em vasos de menores calibres. Por fim, a trombose é o processo de solidificação dos constituintes normais do sangue, no interior do sistema cardiovascular, no animal in vivo. Este trabalho tem como objetivo analisar a tendência das séries temporais das taxas de Internações por Flebite, Embolia e Trombose Venosa (FETV).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico das séries temporais das Taxas de Internações por Flebite, Embolia e Trombose Venosa (FETV) em Goiás estratificado por sexo e por faixa-etária (FE), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017. Foram estratificadas quatro FE: até 25 anos, 25 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e pelas estimativas de população da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Para a análise temporal foi utilizado o método de Prais-Winsten, utilizando o pacote estatístico Stata, versão 13.0.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisadas 10931 internações, sendo 4381 referentes ao sexo masculino e 6550 ao sexo feminino. A FE com maior número de internações foi a de 40 até 59 anos com 4272 internações e a FE com menor número foi a de até 25 anos com 633 internações. As maiores taxas de Internações são do sexo feminino com taxa média de 20,56 internações/100.000 habitantes. O sexo masculino tem taxa média de 13,72 internações/100.000 habitantes. A FE com maior taxa de internação foi a faixa de 60 anos ou mais, com taxa média de 72,37 internações/100.000 habitantes. As tendências das taxas de internações por FETV foram estacionárias (p-valor > 0,05). As tendências das taxas de internações do sexo masculino e feminino também foram estacionárias, p-valor >0,05. Em relação às FE, a de 25 até 39 anos teve tendência crescente (b=1,54 e p-valor=0,004) enquanto todas as outras tiveram tendência decrescente (b<0 e p-valor<0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: A investigação ecológica apontou tópicos determinantes para o controle e vigilância dessas patologias vasculares no estado de Goiás. A análise dos dados traz que os grupos mais acometidos por FETV são mulheres e a incidência parece aumentar conforme aumenta a faixa etária, indicando grupos os quais necessitam de uma atenção maior em campanhas de conscientização e atividades de rastreio no estado. Alarmantemente a tendência em faixa etária de 25 a 39 anos é crescente, trazendo a necessidade de uma atenção maior a esta faixa etária que pode ser mais bem abordada por atividades de conscientização tanto para os afetados quanto para profissionais de saúde.</p>	<p>PO 197-3</p> <p>EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES IDOSOS OPERADOS DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO NO HOSPITAL DE BASE DO DF</p> <p>Carolina Marques Vinhal de Carvalho, Nathalia Marques Vinhal de Carvalho, Maria Clara Mesquita Leite, Mauro Takao Suzuki</p> <p><i>Hospital de Base DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudar o perfil epidemiológico de uma série de pacientes operados de HSDC, hematoma subdural crônico, na Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal com ênfase na população idosa.</p> <p>MÉTODO: Um estudo descritivo, observacional, do tipo série de casos com análise retrospectiva de prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à cirurgia de HSDC, no Hospital de Base do Distrito Federal, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015. Avaliou-se como variáveis: idade, sexo, uso de anticoagulante, antiagregante plaquetário, classificação do TCE (leve, moderado, grave), sinais e sintomas de apresentação, escala de coma de Glasgow (ECG) na admissão e alta, escala de desfecho de Glasgow (EDG), lateralidade do hematoma, intercorrências, tempo de internação hospitalar no período pós-operatório imediato, mortalidade durante a internação, mortalidade no primeiro ano de seguimento e recorrência do HSDC em um ano. As análises dos dados foram realizadas no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21, 2012.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas análises de 328 prontuários de pacientes operados de HSDC entre 20 e 96 anos. A grande maioria dos pacientes era do sexo masculino. Os resultados foram divididos em dois grupos, conforme a faixa etária: grupo 1, com pacientes com menos de 60 anos (n = 102) e grupo 2, pacientes com mais de 60 anos (n = 226). Os pacientes com mais de 60 anos (grupo 2) corresponderam a 68,9% dos casos. Quase metade dos pacientes avaliados possuía mais de 70 anos. O aumento da idade correlacionou-se com maior mortalidade. O uso de AAS e anticoagulante na população geral e na idosa não se correlacionou com piores desfechos. Na população do grupo 2, houve 33 óbitos internados (14,6%) e 14 óbitos em um ano após a cirurgia (6,2%). Houve somente um óbito na população do grupo 1 (0,98%) durante a internação e nenhum ao longo do primeiro ano.</p> <p>CONCLUSÕES: No Brasil, os traumas multissistêmicos são responsáveis por grande parte da mortalidade entre 1 e 44 anos, sendo o TCE o principal fator de morbidade, incapacidade e mortalidade (Melo et al., 2004). Deste grupo o HSDC é um importante participante, especialmente nos pacientes idosos, relacionado especialmente a atrofias cerebrais e coagulopatias (Ducruet et al., 2012) (Miranda et al., 2011). Observa-se a necessidade do cirurgião de conhecer tal problema, como também reconhecer os principais grupos, como passo inicial para implementação de cuidados específicos e prevenção de agravos funcionais. Ducruet AF, Grobelny BT, Zacharia BE, Hickman ZL, DeRosa PL, Anderson K, et al. The surgical management of chronic subdural hematoma. Neurosurgical review. 2012;35(2):155-69. Melo JRT, Silva RAD, Moreira Jr ED. Características dos pacientes com trauma craneoencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(3-A):711-5. Miranda LB, Braxton E, Hobbs J, Quigley MR. Chronic subdural hematoma in the elderly: not a benign disease: clinical article</p>

PO 199-1	PO 200-2
<p>EFICIENCIA DE CUSTO E BENEFICIO DA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA VS CIRURGIA ABERTA NO ESTADO DE SERGIPE</p> <p>Debora Silva Pereira, Rafael Silva Santos, Thaissa Carvalho Viaggi, Mariana Santos, Rafael Coutinho Santana, Guinievere Lessa Sobral de Oliveira, Fernanda Rodrigues Rocha, Valdinaldo Aragao de Melo</p> <p><i>Instituto de Tecnologia e Pesquisa - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Obter informações locais sobre o custo de ambas as técnicas por meio de uma avaliação econômica dos gastos em internações hospitalares e media de permanência, para comparação de custos diretos e a efetividade. Comparar taxas de mortalidade de serviços que utilizam abordagem laparoscópica com serviços que utilizam a técnica aberta.</p> <p>MÉTODO: Os critérios de inclusão foram pacientes internados para colecistectomia eletiva ou de emergência, de qualquer idade, gênero e gravidade em seu estado de saúde ao entrar no hospital de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Foram avaliados os dados de AIH, Internamentos, Gasto Médio e Tempo de Permanência, no sistema DATASUS, do ministério da Saúde. Além disso, os dados complementares que foram fornecidos pelos diferentes setores de atendimento foram nominados A, B, C e D, em concordância com termos éticos para coleta de dados fornecidos pelas instituições. Os pacientes advindos de serviços que utilizam videolaparoscopia foram comparados diretamente com os pacientes dos serviços que utilizam apenas cirurgia aberta. As principais medidas de desfecho foram: número de internamentos, mortalidade, tempo de internação, duração e custos diretos. Variáveis contínuas foram descritas usando média e desvio padrão, e variáveis categóricas, utilizando frequências. A análise bivariada foi realizada por meio dos testes qui-quadrado e t de Student, com nível de significância de 5%.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos 3617 pacientes no estudo, dos quais 1715 (58,5%) foram operados em setor A, que utiliza exclusivamente videolaparoscopia, 748 em setor B que utiliza a técnica aberta ou laparoscópica, 795 no setor C que utiliza pela técnica laparoscópica e 359 em setor D, que utiliza a técnica laparoscópica e aberta. O custo médio por dia de internação hospitalar, incluindo despesas com a equipe médica, teve média em 4 anos de R\$754 no Setor A, R\$746 no Setor B, R\$862 no Setor C, e R\$957 no setor D. O tempo médio de internamento foi de 1,5 dias ao longo de 4 anos, no Setor A, de 2,2 dias no Setor B, de 7,9 dias no setor C e de 3,8 dias no Setor D. Existe significância estatística ($p < 0,05$) entre o valor total gasto em relação a média estimada pelo tempo de permanência, entre os serviços que incluem a laparoscopia e os serviços que não incluem a laparoscopia. A mortalidade observada foi no Serviço A de 0,35 em 4 anos, no Serviço B de 0,4, no Serviço C de 6,96 e no Serviço D de 0,88. Os valores apresentam significância estatística ($p < 0,01$) comparando a técnica aberta com a técnica laparoscópica.</p> <p>CONCLUSÕES: O hospital que apresentou melhor desempenho em custo-benefício foi o Serviço A, com técnica laparoscópica exclusiva. Embora a videocolecistectomia apresente maiores gastos com equipe médica, material, e exija investimentos em infra-estrutura local além da formação técnica do cirurgião, o benefício para os pacientes esteve refletido nos menores custos totais e na redução da taxa de mortalidade.</p>	<p>ANALISE EPIDEMIOLOGICA DA OCORRÊNCIA DE VEIAS VARICOSAS DAS EXTREMIDADES INFERIORES NO BRASIL NOS ULTIMOS 10 ANOS</p> <p>João Paulo Santos Correia, Marina Ganem, arthur linnieker, priscila almeida, Ewerton Soares, Pedro Mansur, Tiago Tenório, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da ocorrência de veias varicosas das extremidades inferiores no Brasil nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 917.466 casos, sendo destes 738.468 em caráter eletivo e 178.929 em caráter de urgência. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 484.896 casos, que representa 52,8% de todo país. A segunda região com mais casos é a região sul com 214.948, seguido da região nordeste com 126.353, centro-oeste com 50.906 e, por último, região Norte com 37.363 casos. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 40 a 49 anos, com 242.383 casos, ou seja, 26,4% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 50 e 59 anos, com 232.690 casos e de 30 a 39 anos com 178.162 casos. O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, 706.507 foram no sexo feminino e 210.959 no sexo masculino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em homens superassem o do sexo oposto. Em 2014 houve o maior número de internações, representando 9,8% do total de casos entre todos os anos. Considerando o intervalo de tempo considerado, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 410.230 casos, seguida da população parda com 241.541 casos, da população negra com um total de 25.945 casos e da indígena com 360 casos. 25,4% dos dados cor/raça não foram informados. Levando-se em conta o regime de internações, vemos a prevalência do regime privado no país. Vale lembrar que 27,1% dos casos foram ignorados quando considerado critério como elemento classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil registrado o valor total de 234.302.960,48 reais nesse intervalo de tempo, sendo 49% do gasto na Região Sudeste, seguida pela Região Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Dos 114.991.794,50 reais arcados pela região Sudeste, 46,8% correspondem ao estado de São Paulo.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor é a região Norte. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio significativo dessa enfermidade na região Sudeste. Deve-se notar também que o sexo feminino possui um maior predomínio sobre o masculino.</p>
<p>PO 200-3</p> <p>ANALISE COMPARATIVA DO TCE POR FAIXA ETARIA NO TOCANTINS E BRASIL ENTRE 2015 E 2017</p> <p>Rita Albuquerque Lima, Bárbara Veloso de Deus, Victor Vargas de Oliveira, Pedro Manuel Gonzalez Cuellar</p> <p><i>Universidade Federal do Tocantins - PALMAS - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trauma craniocéfálico (TCE) é a principal causa de morte por causas externas em adultos jovens no Brasil. Entender a sua distribuição de cada estado da federação, permite uma abordagem individualizada de um problema tão comum em nossa sociedade. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é analisar a prevalência do trauma craniocéfálico no estado do Tocantins de acordo com a faixa etária, comparando o panorama estadual com a realidade nacional.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, no qual foram levantados os dados da internação por TCE de acordo com a faixa etária no Tocantins e no Brasil, permitindo uma comparação entre os dados encontrados, que foram considerados neste trabalho, de forma indireta, como a prevalência deste trauma na população. Os dados obtidos foram então confrontados com a literatura possibilitando inferências e apontando as conclusões tecidas neste trabalho.</p> <p>RESULTADOS: Em todos os anos analisados, no Brasil, as internações por TCE representaram cerca 0,9% do total de internações no país. Enquanto isso, no Tocantins, em 2015 e 2017 foram respectivamente 0,93% e 0,94%, enquanto em 2016 1,11% das internações do estado foram devido ao TCE. Em uma análise em relação a faixa etária, no Brasil, entre 2015 e 2017, os adultos jovens representaram a faixa etária com maior número percentual de internações por TCE, com cerca de 32% (32,22%, 32,41% e 31,36%, respectivamente, por ano), do lado oposto, os indivíduos menores de 1 ano representam a faixa etária com menor número de internações por este tipo de trauma com cerca de 2,5% (2,56%, 2,40%, 2,48%, respectivamente) do total de internações. No Tocantins, seguindo o panorama nacional, a prevalência de internações para adultos jovens foi de 36,12%, 40,18% e 36,43%, respectivamente, entre os anos de 2015 e 2017, representando também a faixa etária com maior quantidade de internações por TCE e para os menores de 1 ano, para todo o estado, os dados encontrados foram, respectivamente, 1,6%, 1% e 1,4%, sendo também a faixa etária menos acometida por esta modalidade de trauma.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com a literatura, a faixa etária em que o TCE é mais prevalente é a do adulto jovem, que são indivíduos entre 20 e 39 anos. Através deste trabalho conclui-se que o Tocantins segue o panorama nacional e os adultos jovens, que são os mais acometidos pelos acidentes de trânsito e se expõe a riscos como dirigir sob efeito de drogas ou álcool, configuram a faixa etária mais acometida pelo TCE dentro do estado. O conhecimento individualizado em relação a faixa etária no contexto estadual direciona as propostas de mudanças através de campanhas de conscientização sobre o uso de capacete ou sobre a importância de não dirigir após a ingestão de bebidas alcoólicas, atitudes que são voltadas mais especificamente para o público entre 20 e 39 anos e que podem evitar a perda de indivíduos com grande capacidade produtiva, reduzindo o prejuízo socioeconômico inerente ao TCE.</p>	<p>PO 201-2</p> <p>PROTOTIPO DE TREINAMENTO DE SUTURAS VASCULARES</p> <p>Marcia Grazielly Souza Vieira, Ivelise Regina Canito Brasil, Hermínia Moreira Coelho Da Costa</p> <p><i>Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A confecção de suturas vasculares não é uma prática restrita a cirurgiões vasculares e cardiovascular, comumente diversas especialidades cirúrgicas se deparam com a necessidade de restabelecer o fluxo sanguíneo de um determinado órgão ou tecido, como, por exemplo, para a realização de retalhos, reimplantes e transplantes e em cirurgias traumatológicas. A maioria dos centros de formação de cirurgiões utilizam o aprendizado teórico-prático em pacientes dos centros formadores em seus treinamentos desta habilidade, o que pode acarretar prejuízos ao paciente, como aumento do tempo cirúrgico e dos custos hospitalares por maior tempo de permanência hospitalar e necessidade de procedimentos adicionais. Com efeito, o desenvolvimento de simuladores na educação médica tem sido o recurso ideal para minimizar esses danos, visto que possibilitam o treinamento em qualquer momento da formação médica, reduzem os riscos para o paciente, proporcionam o controle do nível de dificuldade e permitem realizar treinamentos em etapas crescentes de habilidades. Assim, procurou-se elaborar um protótipo de treinamento de suturas vasculares que pudesse ser usado em diversos estágios da formação médica sem que expusessem seres humanos a complicações e que fosse financeiramente acessível às instituições de ensino.</p> <p>MÉTODO: Criação de um protótipo de treinamento de suturas vasculares caracterizado por ser uma estrutura de baixo custo que simula condições realistas de vasos sanguíneos passíveis de sutura e que possibilita que médicos em diversos níveis de sua formação aprendam e pratiquem técnica cirúrgica vascular com controle de nível de dificuldade e em etapas crescentes de habilidades sem prejuízos aos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Foi desenvolvido uma estrutura metálica esterilizável que simula as condições em que encontramos vasos sanguíneos passíveis de reparo cirúrgico. No interior desta estrutura, há hastes metálicas que sustentam ponteiros também metálicas, as quais, por sua vez, conectam vasos sanguíneos de diversos calibres e passíveis de reparo cirúrgico, possibilitando, assim, o o treinamento de suturas vasculares.</p> <p>CONCLUSÕES: O Protótipo de Treinamento de suturas vasculares permite que acadêmicos, residentes e chefes de serviço realizem treinamentos com estruturas realistas que simulam o ambiente, as dificuldades de acesso às estruturas e os equipamentos encontrados no centro cirúrgico, viabilizando a otimização das habilidades de técnicas cirúrgicas e da segurança dos pacientes, assim como a redução do tempo cirúrgico e de procedimentos adicionais para os pacientes.</p>

<p style="text-align: center;">PO 203-2</p> <p>A NANOEMULSÃO DE NONI PRESERVA AS FUNÇÕES ORGÂNICAS NA PRESENÇA DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO INTESTINAL</p> <p>Irami Araújo-Filho, Maria Luiza de Holanda Balbino, Arthur Almeida Marinho, João Luis Gomes da Silva, Wysterlányo Kayo Pereira Barros, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Observar o efeito protetor e reparador do extrato nanoemulsionado de Noni na presença de translocação bacteriana induzida, por um modelo experimental de isquemia / reperfusion intestinal.</p> <p>MÉTODO: O estudo consistiu de 2 grupos de 7 animais, onde os controles foram tratados com solução salina 0,9% (I / R + S) e grupo experimental (I / R + Noni) tratados com 5 mg / mL / Kg Noni. nanoemulsão oral por gavagem 12h e 2h antes do experimento. Nos grupos, a artéria mesentérica superior foi ocluída com micro-clamp vascular e a laparotomia reaberta durante 60min. depois para puxar o grampo. A resposta ao tratamento foi avaliada pelo hemograma, marcadores inflamatórios e dosagens bioquímicas, incluindo uma amostra do íleo terminal e hepático de cada animal, fixada em formol a 10% e incluída em parafina e corada com hematoxilina-eosina para medida morfológica. Medição de TNF-α, IL-1β, IL-6 e IL-10 foi feita. Um grama de baço, fígado, e gânglios linfáticos mesentéricos foram colhidos para cultura por meios seletivos para bactérias Gram (-) e Gram (+). ANOVA e o teste post-hoc de Tukey e Student foram considerados, considerando-se $p < 0,05$ como significativo.</p> <p>RESULTADOS: A nanoemulsão de Noni influenciou positivamente as reações orgânicas na presença de isquemia / reperfusion intestinal, reduzindo a produção de citocinas pró-inflamatórias, a translocação bacteriana, prevenindo a lesão tecidual e atenuando a resposta inflamatória sistêmica frente ao modelo experimental utilizado.</p> <p>CONCLUSÕES: A nanoemulsão de Noni influenciou positivamente as reações orgânicas na presença de isquemia / reperfusion intestinal, reduzindo a produção de citocinas pró-inflamatórias, a translocação bacteriana, prevenindo a lesão tecidual e atenuando a resposta inflamatória sistêmica frente ao modelo experimental utilizado.</p>	<p style="text-align: center;">PO 204-2</p> <p>SUPLEMENTAÇÃO DE ASTRAGALOSIDE IV PROMOVE EFEITO NEUROPROTETOR EM MODELOS EXPERIMENTAIS DE DESORDENS NEUROLÓGICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>Irami Araújo-Filho, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Antonio Bezerra Wanderley-Neto, Tâmara Azevedo de Medeiros, Marcielly Manaia de Paula Gome, Maria Luiza de Holanda Balbino, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os distúrbios neurológicos constituem uma preocupação mundial crescente devido ao envelhecimento progressivo da população e ao comportamento de risco que representam. Os medicamentos fitoterápicos têm relevância científica no tratamento dessas patologias. Uma dessas substâncias, Astragaloside IV (AS-IV), é o principal composto ativo presente na raiz de Astragalus membranaceus (Fisch.) Bge, uma erva medicinal chinesa com propriedades neuroprotetoras. No presente estudo foi realizada uma revisão sistemática que buscou compreender o efeito neuroprotetor apresentado pela AS-IV em modelos experimentais de distúrbios neurológicos.</p> <p>MÉTODO: Método: Este estudo é uma revisão sistemática, onde uma busca eletrônica na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Science Direct, Biblioteca Cochran, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, Web of Science, Medline, através das bases de dados Proquest e Periódicos Capes, abrangendo os anos entre 2007 e 2017, utilizando "Astragaloside IV" e "Neurodegenerative diseases"; "Astragaloside IV" e "Neurological disorders" como termos de referência.</p> <p>RESULTADOS: Foram identificados 16 artigos, nos quais a eficácia da AS-IV foi descrita em modelos experimentais de doença de Parkinson, doença de Alzheimer, isquemia cerebral e encefalomielite autoimune, melhorando déficits motores e / ou atividade neuroquímica, especialmente sistemas antioxidantes, reduzindo a inflamação e o estresse oxidativo.</p> <p>CONCLUSÕES: Os achados do presente estudo indicam que a administração de AS-IV pode melhorar os déficits comportamentais e neuroquímicos, em grande parte devido às suas propriedades antioxidantes, antiapoptóticas e antiinflamatórias.</p>
<p style="text-align: center;">PO 205-2</p> <p>EFEITOS DA SINVASTATINA NA MUCOSITE GASTROINTESTINAL INDUZIDA PELO 5-FLUOROURACIL EM RATOS</p> <p>Thomas Di Nardi Medeiros, Wysterlányo Kayo Pereira Barros, Maria Luiza de Holanda Balbino, Antonio Bezerra Wanderley Neto, Tâmara Azevedo de Medeiros, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Irami Araújo-Filho, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A sinvastatina possui efeitos pleiotrópicos anti-inflamatórios e imunomoduladores potencialmente úteis na prevenção da mucosite gastrointestinal induzida por quimioterapia. Estudos sobre isso são escassos. Este estudo teve como objetivo examinar os efeitos da sinvastatina na mucosite gástrica e intestinal após o tratamento com 5-fluorouracil (5-FU) em ratos.</p> <p>MÉTODO: Ratos com peso de 270 ± 18g foram divididos em dois grupos. Os ratos do grupo 5-FU + soro fisiológico (5-FU / SAL) foram tratados com 5-FU (50 mg / kg) mais solução salina a 0,9% por via oral (gavagem) uma vez por dia durante cinco dias. O grupo 5-FU + sinvastatina (5-FU / SIMV) foi tratado com 5-FU (50mg / kg), mais sinvastatina (10mg / kg), da mesma forma. Os ratos foram eutanasiados no sexto dia, depois o estômago e intestino foram fotografados e removidos para exames. Dosagens séricas de TNF-α, IL-1β, IL-6 e histopatologia foram realizadas para o estômago e intestino.</p> <p>RESULTADOS: O peso corporal foi significativamente menor em ratos tratados com 5-FU + salina do que a perda de peso dos ratos do grupo 5-FU / SIMV. A expressão de TNF-α foi menor no grupo 5-FU / SIMV ($172,6 \pm 18$ pg / ml) do que em 5-FU / SAL ($347,5 \pm 63$ pg / ml). A IL-1β sérica foi menor no grupo 5-FU / SAL ($134,5 \pm 23$ pg / ml) do que no 5-FU / SIMV ($48,3 \pm 9$ pg / ml). A IL-6 sérica foi de $61,8 \pm 15$ pg / ml em 5-FU / SIMV e $129,4 \pm 17$ pg / ml em grupos 5-FU / SAL. Essas diferenças foram significativas ($p < 0,05$). Os danos da mucosa no estômago e no jejuno foram observados em ratos que receberam apenas 5-FU. No estômago e no jejuno, a sinvastatina causou efeitos protetores significativos contra a lesão da mucosa induzida por 5-FU.</p> <p>CONCLUSÕES: A sinvastatina atenuou a mucosite gástrica e intestinal relacionada à terapêutica com 5-FU em modelo animal.</p>	<p style="text-align: center;">PO 206-2</p> <p>ALTERAÇÕES EXPANSIVAS E FENOTÍPICAS DE CÉLULAS MESENQUIMAIS DE MEDULA ÓSSEA DE CAMUNDONGOS CULTIVADAS COM FGF-2 E MEIO CONDICIONADO POR NERVO FACIAL</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Antonio Bezerra Wanderley Neto, Tâmara Azevedo de Medeiros, Marcielly Manaia de Paula Gomes, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo avaliar as alterações morfológicas e fenotípicas em MCs cultivados com meio facial condicionado pelo nervo na presença ou ausência do fator de crescimento de fibroblastos 2 (FGF-2)</p> <p>MÉTODO: Para análise fenotípica quantitativa, a expressão de GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200 foi analisada por imunocitoquímica. Células cultivadas com meio facial condicionado pelo nervo na presença de FGF-2 expressaram GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200. Na média, a área e o perímetro das células positivas para GFAP foram maiores no grupo cultivado com meio facial condicionado pelo nervo em comparação ao grupo cultivado com meio condicionado e FGF-2 ($p = 0,0001$).</p> <p>RESULTADOS: Após 72 horas de observação, foi realizada imunocitoquímica nos dois grupos experimentais e diferentes filtros de microscópio fluorescente foram usados para verificar a coloração nos MCs. As células do grupo 1 (meio condicionado) expressaram GFAP e OX-42 (Fig. 2 A e B, respectivamente). As células do grupo 2 (meio condicionado + FGF-2) expressaram GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200 (Figs. 3 A, B, C, D, E e F, respectivamente). No grupo 1, observou-se a migração da imunoreatividade GFAP e OX-42 do citoplasma para o compartimento nuclear das células, juntamente com uma maior intensidade de coloração. Além disso, coloração mais baixa e mais estreita foi encontrada no compartimento citoplasmático. No grupo 2, várias células com a forma bipolar característica foram identificadas, bem como células com morfologia mesenquimal típica. Coloração uniforme mais brilhante para β-tubulina III pôde ser observada em todo o citoplasma, bem como coloração para OX-42 e MAP-2 no compartimento nuclear. A área e o perímetro médios das células positivas para GFAP foram maiores no grupo 1 do que no grupo 2 ($p = 0,0001$) (fig. 4).</p> <p>CONCLUSÕES: Este estudo demonstrou a plasticidade dos MCs para linhagens neuronais e gliais e abre novas perspectivas de pesquisa em terapia celular e trans-diferenciação.</p>

PO 207-2	PO 208-2
<p>ALTERAÇÕES EXPANSIVAS E FENOTÍPICAS DE CÉLULAS MESENQUIMAIS DE MEDULA ÓSSEA DE CAMUNDONGOS CULTIVADAS COM FGF-2 E MEIO CONDICIONADO POR NERVO FACIAL</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Maria Luiza de Holanda Balbino, Arthur Almeida Marinho, João Luís Gomes da Silva, Wysterlânio Kayo Pereira Barros, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo avaliar as alterações morfométricas e fenotípicas em MCs cultivados com meio facial condicionado pelo nervo na presença ou ausência do fator de crescimento de fibroblastos 2 (FGF-2).</p> <p>MÉTODO: Para análise fenotípica quantitativa, a expressão de GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200 foi analisada por imunocitoquímica. Células cultivadas com meio facial condicionado pelo nervo na presença de FGF-2 expressaram GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200. Na média, a área e o perímetro das células positivas para GFAP foram maiores no grupo cultivado com meio facial condicionado pelo nervo em comparação ao grupo cultivado com meio condicionado e FGF-2 ($p = 0,0001$).</p> <p>RESULTADOS: Após 72 horas de observação, foi realizada imunocitoquímica nos dois grupos experimentais e diferentes filtros de microscópio fluorescente foram usados para verificar a coloração nos MCs. As células do grupo 1 (meio condicionado) expressaram GFAP e OX-42 (Fig. 2 A e B, respectivamente). As células do grupo 2 (meio condicionado + FGF-2) expressaram GFAP, OX-42, MAP-2, β-tubulina III, NeuN e NF-200 (Figs. 3 A, B, C, D, E e F, respectivamente). No grupo 1, observou-se a migração da imunoreatividade GFAP e OX-42 do citoplasma para o compartimento nuclear das células, juntamente com uma maior intensidade de coloração. Além disso, coloração mais baixa e mais estreita foi encontrada no compartimento citoplasmático. No grupo 2, várias células com uma forma bipolar característica foram identificadas, bem como células com morfologia mesenquimal típica. Coloração uniforme mais brilhante para β-tubulina III pôde ser observada em todo o citoplasma, bem como coloração para OX-42 e MAP-2 no compartimento nuclear. A área e o perímetro médios das células positivas para GFAP foram maiores no grupo 1 do que no grupo 2 ($p = 0,0001$) (fig. 4).</p> <p>CONCLUSÕES: A área e o perímetro das células positivas para GFAP foram maiores no grupo 1 (meio condicionado) do que no grupo 2 (meio condicionado + FGF-2). Esses achados sugerem que o FGF-2 promove a expressão de proteínas neuronais, o que poderia contribuir para a regeneração nervosa periférica.</p>	<p>COMBINAÇÃO DE ENXERTO DE NERVO CIÁTICO E FATOR DE CRESCIMENTO FIBROBLÁSTICO 2 PROMOVE REGENERAÇÃO TECIDUAL PARA NF-200 E 5-HT EM LESÃO MEDULAR</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Maria Luiza de Holanda Balbino, Arthur Almeida Marinho, João Luís Gomes da Silva, Wysterlânio Kayo Pereira Barros, Tâmara Azevedo de Medeiros, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar se o FGF-2 adicionado a um enxerto de nervo ciático colocado em um gap promoveu a recuperação do nervo após uma transecção completa da medula espinal e se poderia aumentar a plasticidade neuronal.</p> <p>MÉTODO: Ratos foram submetidos a transecção ao nível torácico, que foi reparado com solução salina ou um fragmento do nervo ciático. Em outro grupo, o FGF-2 foi adicionado imediatamente após a lesão. Os efeitos do FGF-2 e do fragmento do nervo ciático na plasticidade neuronal foram investigados no epicentro da lesão usando a imunoreatividade ao NF-200 e 5-HT após 8 semanas.</p> <p>RESULTADOS: Um elevado número de fibras imunorreativas a NF-200 e 5-HT foi observado nos grupos tratados com enxerto de nervo ciático na presença ou ausência de FGF-2 quando comparado ao grupo salina. No entanto, um pequeno número de fibras NF-200 ($p = 0,03$) e 5-HT foi observado no epicentro do enxerto quando o FGF-2 foi adicionado, quando comparado ao grupo que recebeu o enxerto do nervo ciático.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, a adição do fragmento do nervo ciático que foi enxertado em um gap da medula espinal de ratos que foi submetido a transecções completas foi capaz de melhorar neuroprotection na medula espinal. O enxerto de nervo ciático favorece o crescimento de fibras na medula espinal traumatizada, um efeito que é levemente influenciado por a adição de FGF-2 para a NF-200 e 5-Fibras imunorreativas a HT.</p>
<p>PO 209-2</p> <p>USO DA SINVASTATINA NA PREVENÇÃO DA MUCOSITE URETERAL INDUZIDA PELA CICLOFOSFAMIDA</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Thomas Di Nardi Medeiros, Wysterlânio Kayo Pereira Barros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, João Luís Gomes da Silva, Antonio Bezerra Wanderley Neto, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo foi desenhado para investigar a eficácia farmacológica da sinvastatina contra a mucosite ureteral induzida por ciclofosfamida.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados ratos Wistar pesando $287 \pm 14g$. Uma dose única de ciclofosfamida (CYP) 200 mg / kg IP + sinvastatina oral (10mg / kg) foi administrada no grupo (CYP / SIMV) ($n = 6$), no grupo (CYP / SAL) ($n = 6$), saline vo foi administrado. Os animais foram pesados diariamente. Após 7 dias de administração de CYP, o sangue foi colhido por punção cardíaca sob anestesia. Após a eutanásia, os úteros foram coletados para exame histopatológico. Os níveis séricos de TNF-α, IL-1α, IL-6 foram determinados por ELISA.</p> <p>RESULTADOS: A mucosite ureteral induzida por CYP em ratos resultou num aumento significativo do nível de citocinas séricas (TNF-α, IL-1α, IL-6). Ratos tratados com sinvastatina mostraram diminuição significativa dos níveis de citocinas inflamatórias. Nos registros de peso corporal, os ratos tratados com CYP mostraram uma perda de massa corporal significativa visível em comparação com os ratos não tratados ($p < 0,05$). Edema e células inflamatórias nos tecidos do ureter foram reduzidos após o tratamento com sinvastatina, como demonstrado na coloração histológica de HE.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, nossos achados atuais forneceram evidências científicas de que a sinvastatina oral influenciou positivamente os benefícios da mucosite do ureter induzida pela ciclofosfamida, o que possivelmente ocorreu pela inativação de citocinas.</p>	<p>PO 210-2</p> <p>EFEITO DA SUTURA GÁSTRICA DE CAMADA ÚNICA VERSUS SUTURA DE DUAS CAMADAS NA EPITELIZAÇÃO E RUPTURA DE PRESSÃO EM RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Tâmara Azevedo de Medeiros, Arthur Almeida Marinho, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Maria Luiza de Holanda Balbino, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar duas técnicas de sutura sobre o estômago parede. Single- camada e de duas camada de gástrico sutura foram comparados, avaliando: evolução doepithelialization processo no gástrica mucosa; força tênsil e alterações histopatológicas na área da sutura .</p> <p>MÉTODO: Doze (12) Wistar ratos pesando $220 \pm 18 g$ foram usados. Grupo 1 ($n = 6$) - gástrico incisão foi suturada com individuais interrompidos suturas em extramucoso única camada;Ratos do grupo 2 ($n = 6$) tiveram a incisão do estômago suturada na técnica de duas camadas . 6- 0 polipropileno rosca com atraumática agulha foi usado. Pelo sétimo pós-operatório dias os animais foram anestesiados de novo para avaliar a tracção força dos gástricas suturas. O estômagoa ferida cicatrizada e suturada foi removida, fixada em formalina a 10% , para exame histopatológico com coloração HE .</p> <p>RESULTADOS: Todos os animais sobreviveram aos experimentos. No grupo de camada única, a pressão suportada pela linha de sutura foi de $247 \pm 30,2 mmHg$. Em comparação com a pressão no grupo de sutura de duas camadas ($187,8 \pm 25,5 mmHg$), a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). No grupo de sutura de camada única, o aspecto do epitélio na área de sutura mostrou epitélio estruturado, selamento perfeito, pequena reação inflamatória e cura normal compatível dentro do esperado para o sétimo dia de pós-operatório. No grupo de sutura de duas camadas, observamos intensa reação inflamatória e baixa regeneração epitelial na zona de sutura.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a sutura gástrica extramucosa de plano único em ratos suportou maior pressão intragástrica que a sutura em duas camadas e influenciou positivamente a epitelização na zona de sutura.</p>

PO 210-3	PO 211-2
<p>CAUSAS EXTERNAS QUEDAS EM IDOSOS, SERIE HISTÓRICA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS EM RONDÔNIA E NO BRASIL</p> <p>Emilli Lorrayne Bertão Vieira, Marcelo Regis Lima Corrêa, Ana Julia de Medeiros Fernandes, Marília Silva Ferreira dos Santos, Kislia Gondim Barreto, Leticia Vitória de Almeida Lima, Gabriela da Rocha Branco Silveira, Horácio Tamada</p> <p><i>Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica de Rondônia - LACCRO - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As causas externas são uma modalidade do trauma que afeta diferentes indivíduos, das crianças aos idosos. Podem ser acidentes de trânsito, lesões autoprovocadas voluntariamente, iatrogenia, demais acidentes - inclusive quedas. De acordo com a 9ª edição do Advanced Trauma Life Support (ATLS), estima-se que 22% da população estadunidense tenha alcançado a melhor idade em 2050 - reiterando ainda a importância de realizar-se um perfil epidemiológico elucidativo, utilizando dados relativos a internações, morbidade e mortalidade decorrentes de traumas por causas externas sofridos por idosos. Um exemplo destas causas são as quedas, dada a instabilidade conferida ao idoso devido ao processo de senescência inerente a todo ser humano. Desse modo, esta visa analisar o perfil epidemiológico das quedas geriátricas registradas no Sistema de Saúde Pública (SUS) do Brasil e comparar faixa etária, região e mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Busca de dados relacionados à quedas em idosos, consideradas parte das causas externas do trauma, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Foram comparados os dados gerais entre Brasil, Região Norte e o estado de Rondônia, assim como dados referentes à faixa etária que apresenta maior incidência de quedas, ao sexo mais incidente, à taxa de mortalidade e quantidade de óbitos, todos em função da região escolhida. Quatro análises foram realizadas: registro das internações referentes à faixa etária selecionada, do índice de mortalidade, da média de permanência por faixa etária e da incidência de internações por sexo. Os dados foram processados pelo programa Excel e expostos em gráficos.</p> <p>RESULTADOS: As quedas em idosos de 60 anos acima integraram 36,05% da totalidade de causas externas, computando 670.465 internações. 4,14% das internações por quedas evoluíram para óbito na região norte, totalizando 683 óbitos. Rondônia contribuiu com 71 óbitos, aproximadamente 10,4% dos casos na região norte. Observou-se aumento da média de permanência com o avançar da idade que, no Brasil, se eleva de 5,5 em pacientes de 60 a 69 anos para 7,3 em 80 anos acima. Em relação às internações por sexo, o feminino demonstra maior pontuação em todas as categorias.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir da análise de dados, entende-se que internações por quedas são mais recorrentes em idosos conforme o avançar da idade. A taxa de mortalidade representa a quantidade de internações seguidas por óbito que, a nível nacional, é de 4,23%. A região Norte mantém seu índice abaixo do padrão brasileiro. Ao avançar da idade, a média de permanência dos pacientes aumenta, uma vez que idosos acima de 80 anos possuem maior instabilidade. Além disso, pacientes do sexo feminino têm maior tendência à internação por quedas em faixas etárias mais elevadas.</p>	<p>EFEITO DA LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE NA ANGIOGÊNESE E IMUNOEXPRESSION DA METALOPROTEINASE DE MATRIZ-2 NA REPARAÇÃO DE FERIDAS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Arthur Almeida Marinho, João Luís Gomes da Silva, Wysterlányo Kayo Pereira Barros, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, Tâmara Azevedo de Medeiros</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A terapia com laser de baixa intensidade (LLLT) induz atividades anti-inflamatórias e angiogênicas na cicatrização de feridas. No entanto, o mecanismo de ação e os parâmetros ideais exigem maior esclarecimento. Neste estudo, investigamos os efeitos da LLLT na imunoe expressão da matriz metaloproteinase (MMP) -2 da cicatrização de feridas e processos angiogênicos.</p> <p>MÉTODO: Vinte ratos Wistar fêmeas foram divididos aleatoriamente em quatro grupos (n = 5) de acordo com os tratamentos, como se segue. CG7 e CG14 foram grupos controle aos dias 7 e 14, respectivamente, que receberam soro fisiológico (NaCl a 0,9% diariamente). LG7 e LG14 foram grupos de terapia a laser nos dias 7 e 14, respectivamente, que receberam duas (LG7) ou quatro (LG14) aplicações LLLT (40 mW; 660 nm; 4 J / cm2). Uma amostra de pele dorsal na área da ferida (medindo 2 cm2) foi removida após o período experimental e, em seguida, os animais foram eutanasiados. Os espécimes foram processados para análises histológicas qualitativas e quantitativas e mensuração da expressão de MMP-2 na derme e epiderme.</p> <p>RESULTADOS: Crosta persistente e número moderado de células inflamatórias foram encontradas nos grupos CG7 e CG14. No grupo LG14, as feridas demonstraram completa reepitelização na fase de remodelação. A angiogênese e a expressão de MMP-2 foram maiores nos grupos tratados com LLLT, particularmente no grupo LG14, que se correlacionou de acordo com o teste de correlação de Spearman. LLLT melhora a cicatrização de feridas aumentando a neocologênese, aumentando a quantidade de novos vasos formados no tecido (neovascularização) e modulando a expressão de MMP-2.</p> <p>CONCLUSÕES: A superexpressão epidérmica de MMP-2 foi correlacionada com processos angiogênicos.</p>
<p>PO 211-3</p> <p>ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS A VÍTIMAS DE LESÃO POR ARMA DE FOGO NO HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS</p> <p>Rayssa Rocha Rios, Victor Hugo Peixoto Machado, Carlos Roberto Naegeli Gondim, Alex Lima Sobreiro, Marcelo de Trani Ávila Fernandes</p> <p><i>Hospital Estadual Getúlio Vargas - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A violência urbana é um dos principais problemas que afligem os brasileiros, impactando na expectativa de vida no Brasil. A violência interpessoal é a principal causa de óbito entre jovens de 10 a 19 anos1. Em 2016, o país registrou 62.517 homicídios2 e 43.200 mortes por armas de fogo3. Os homicídios representam 94% destas mortes3. Estima-se que em um cada 4 homicídios no mundo acontece no Brasil3. Lesões por arma de fogo provocam, além de óbito, lesões graves com danos potencialmente irreversíveis e afastamento de trabalho, sobrecarregando os serviços de saúde pública, elevando custos para o Sistema Único de Saúde e para a Previdência Social4. Entre 2015 e 2018, o SUS gastou R\$191,33 milhões em atendimento a pessoas baleadas5. O objetivo deste trabalho é analisar os atendimentos dos pacientes com lesão por arma de fogo no Hospital Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, entre julho de 2018 a janeiro de 2019.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo transversal de todos os atendimentos realizados na Emergência por lesão por arma de fogo no Hospital Estadual Getúlio Vargas, entre os meses de julho de 2018 a janeiro de 2019. A coleta de dados foi realizada a partir da análise de todos os boletins de atendimento e prontuários dos pacientes selecionados, sendo levantados os seguintes itens: data do atendimento, idade e gênero da vítima, tipo de lesão, frequência respiratória, pressão arterial sistólica e escala de coma de Glasgow no momento da admissão, e desfecho final. Com esses dados, foi possível calcular o Escore de Trauma Revisado dos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 256 atendimentos a vítimas por lesão por arma de fogo. O perfil de pacientes atendidos por esse motivo revela predomínio de pessoas do sexo masculino (218 pacientes – 85,2%), com idade média de 29,18 (+ 1,56) anos. O tipo de lesão predominante foi em membros inferiores (98 pacientes), seguidos membros superiores (46), abdome (28), cabeça (23), tórax (18) e pescoço (4). Múltiplas lesões foram evidenciadas em 39 pacientes. O Escore de Trauma Revisado apresentou média de 7,47 (+ 0,14), com 33 óbitos (12,8%). Do total, 109 (42,6%) pacientes foram liberados após avaliação inicial. Observamos maior incidência de vítimas aos domingos (47 pacientes) e sextas-feiras (46 pacientes) e menor incidência nas segundas-feiras (21) e quintas-feiras (27). Somadas, as ocorrências nos dias de sexta-feira, sábado e domingo representam 52% da amostra.</p> <p>CONCLUSÕES: Podemos concluir que, em nossa amostra, adultos jovens masculinos são a maioria das vítimas atendidas em nosso Hospital. A maioria das lesões acontece nos dias do final de semana. Embora a maior parte dos nossos pacientes não apresente lesões graves, a mortalidade atinge parcela significativa de nossa amostra. Desenvolvimento de políticas públicas para prevenção de vítimas por lesões por armas de fogo são necessárias, assim como melhorias do atendimento pré-hospitalar e das condições de trabalho em nosso hospital, especialmente em pacientes mais graves.</p>	<p>PO 212-2</p> <p>EFEITO DO EXTRATO NANOESTRUTURADO MORINDA CITRIFOLIA L. (NONI) EM FERIDAS INFECTADAS EM RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, João Luís Gomes da Silva, Arthur Almeida Marinho, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Wysterlányo Kayo Pereira Barros, Antonio Bezerra Wanderley Neto</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo explorou o potencial do Noni para melhorar a inflamação e a infecção em feridas de pele infectadas abertas de ratos.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 14 ratos Wistar, pesando 285 ± 12g. O estudo foi realizado em um grupo cujas feridas abertas infectadas foram tratadas com aplicação tópica do extrato hidroalcolólico nanoestruturado Morinda citrifolia L. (Noni) 5mg / mL / Kg (grupo Noni (N), n = 7) e o segundo grupo com feridas tratadas com solução salina 0,9% (grupo controle (C), n = 7). Um exame bacteriológico do fluido das feridas para bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, a expressão tecidual de TNFα e IL-1α pela técnica imuno-histoquímica e a análise histológica por HE foram realizadas.</p> <p>RESULTADOS: A expressão do TNFα pode ser claramente demonstrada em menor grau em feridas cutâneas tratadas com o grupo Noni (N) do que no grupo Salina (C). Em comparação, o tecido da ferida do grupo (N) apresentou infiltração de leucócitos significativamente menor do que a observada no grupo Salina (C) (p <0,05). Os resultados de cultura das amostras retiradas do fluido da ferida no terceiro dia pós-tratamento revelaram infecção da ferida em apenas um rato do grupo, onde Proteus mirabilis, Escherichia coli e Enterobacter sp foram isolados. Nos ratos cujas feridas foram tratadas com solução salina (C), foi detectada infecção polimicrobiana com mais de 100.000 UFC / g em todas as feridas.</p> <p>CONCLUSÕES: Além de suas propriedades anti-inflamatórias, os efeitos protetores da Morinda citrifolia L. (Noni) em feridas infectadas da pele foram capazes de reduzir a infecção e ter ação antibacteriana.</p>

PO 213-1	PO 213-2
<p>HISTORIA RECENTE DO USO DAS TELAS EM CIRURGIAS DE HERNIA INGUINAL: REVISAO</p> <p>Vinicius Magalhães Rodrigues Silva, Fernanda Magni Cadamuro, Marcus Vinicius V Silveira, Raphael Cruz Buzatto Ramos</p> <p><i>Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho teve como objetivo central realizar uma revisão da literatura atual sobre a evolução recente no uso das telas na cirurgia de reparo de hérnia inguinal, e pontuar as principais complicações e benefícios de cada método bem como suas vantagens e desvantagens na interface atual.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados artigos científicos das bases de dados físicas e digitais: Bireme, PubMed/MEDLINE, Google Acadêmico e livros didáticos. As palavras-chave utilizadas foram: Hérnia Inguinal, Cirurgia, Tela, Benefícios e Complicações.</p> <p>RESULTADOS: O interesse e o estudo das hérnias da parede abdominal são muito antigos. As primeiras referências sobre o assunto estão contidas no Papiro de Ebers (1536 a.C.). Atribui-se a Galeno (129-210 d.C.) a observação e correlação entre o surgimento de uma hérnia e a fraqueza da musculatura da parede abdominal. Com o advento de materiais protéticos, foi possível idealizar maneiras para correção dessa fraqueza, sendo que em 1989, Liechtenstein desenvolveu o conceito da cirurgia sem tensão através do uso de tela de polipropileno tornando-se o procedimento mais usado e difundido em relação aos reparos convencionais nos últimos 15 anos devido à sua simplicidade técnica e às baixas taxas de recorrência. Em 1993, Rutkow e Robbins apresentaram o método plug-and-patch, considerado uma técnica de dissecação mínima, recuperação rápida e baixas taxas de recorrência e complicações como, por exemplo, a migração da tela, violação inadvertida do peritônio levando a obstrução intestinal, perfuração do colón, fistulas e formação de divertículos. Em 1999, Gilbert publicou os resultados obtidos com uma nova técnica de reparo das hérnias inguinais utilizando a tela tridimensional com efeito teórico no reforço e manutenção da parede posterior do canal inguinal, sem tensão, contemplando o orifício miopectíneo. Esta técnica emprega uma prótese de polipropileno, conhecida como Prolene Hernia System (PHS), que combina três mecanismos de ação e resulta em não-recidiva e em uma taxa de complicações como seromas, hematomas e infecções muito baixas. Também reduziu as complicações pós-operatórias como dor, tempo de recuperação, complicações a curto prazo e taxas de recorrência. Embora um método recente, a reparação com PHS mostrou ter menos complicações quando comparado aos métodos de plug-and-patch e de Lichtenstein.</p> <p>CONCLUSÕES: As novas técnicas, bem como novos tipos de próteses e materiais, estão focadas em melhorar os elementos do procedimento como: facilidade de aplicação técnica com consequente diminuição do tempo operatório e das complicações precoces e tardias – melhorando a qualidade de vida dos pacientes – ao invés de reduzir uma taxa de recorrência que já baixa. Conforme vários autores, dentre as próteses sintéticas atualmente disponíveis em nosso meio, a tela de polipropileno ainda é o material mais utilizado pela disponibilidade, difusão da técnica e baixo custo.</p>	<p>OS BENEFÍCIOS DO USO DE SIMULADORES COMO TREINAMENTO DOS RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL</p> <p>Thays Batista Soares, Leslie Cliford Noronha, Cintia Viana Prado, Joany Marcelle Luiz, Ana Paula Gonçalves Monteiro, Barbara Sousa Bispo, Livia Gusmão Teixeira</p> <p><i>Universidade Católica de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os benefícios que o uso de simuladores traz aos residentes que realizam procedimentos cirúrgicos e aos pacientes que são submetidos a estes procedimentos. Sendo motivado pela experiência ambulatorial, no qual os pacientes eram submetidos a procedimentos desconfortáveis na realização de testes para efetivação do tratamento.</p> <p>MÉTODO: Através de uma revisão sistemática incluindo estudos quantitativos, por meio do levantamento de artigos científicos. Foram utilizadas as bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo, cujos descritores foram: "General Surgery"; "Simulators"; "Residents"; "training". No período de 2000 a 2019, com os idiomas inglês, espanhol e português, foram analisados os títulos e os resumos de 13 artigos.</p> <p>RESULTADOS: Existem vários fatores que são importantes para a formação de médicos competentes e seguros, como treinamento, observação e realização de procedimentos. A adoção de novas tecnologias no processo cirúrgico é notória e inconteste, exigindo que o profissional acompanhe as mudanças e se qualifique, para isso também é necessário que seja assegurada a integridade do paciente e segurança do procedimento, tornando o uso de simuladores cirúrgicos ideais para o aprendizado psicomotor. Os estudos analisados demonstram que a habilidade precoce nos simuladores cirúrgicos aperfeiçoam o profissional, fazendo com que ele adquira uma maior destreza manual, refletindo em qualidades essenciais como firmeza, delicadeza e noção de movimentos manuais, além de adquirir destreza na utilização dos aparelhos. (LEMOS, 2016). A simulação para a formação dos profissionais na residência médica faz com que sejam conferidos a esses profissionais as habilidades necessárias para a videocirurgia, nesse momento são permitidos erros, sempre aprimorando a prática e visando o crescimento, sem arriscar a segurança do paciente.</p> <p>CONCLUSÕES: A preocupação ética de aprender tratamentos cirúrgicos por vídeo sobre os pacientes, há restrições financeiras do sistema de saúde e restrições nas horas de trabalho. Pois exige uma mudança na abordagem pedagógica do treinamento cirúrgico. A simulação, em suas diversas modalidades, mudou drasticamente a face da educação cirúrgica ao longo da última década, fornecendo uma plataforma para a aquisição de habilidades técnicas e técnicas não-cirúrgicas. O treinamento em videogame oferece um bom desempenho cirúrgico em simuladores avançados de realidade virtual. O desempenho em videogames, inicialmente é desafiador para o cirurgião. Pode ser um fator preditivo para o resultado na simulação cirúrgica. Com o avanço da aprendizagem de habilidades psicomotoras e o desenvolvimento de modelos de simulação validados, muito do aprendizado inicial de habilidades cirúrgicas pode ocorrer em um ambiente de laboratório. Com isso o treinamento médico em simuladores virtual oferece redução de riscos para pacientes e alunos, melhorando a competência e a confiança dos alunos, aumentando a segurança do paciente e reduzindo os custos com assistência médica no longo prazo.</p>
<p>PO 213-3</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS: UMA RETROSPECTIVA DA ULTIMA DECADA NA VISAO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE</p> <p>Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Utilizar a plataforma DATASUS para obter dados relativos à cirurgias em pacientes politraumatizados, identificando o número de procedimentos, taxa de mortalidade e tempo médio de internamento, durante o período de 2009 até 2018, com objetivo de comparar os dados de cada ano, analisando mudanças significativas que indiquem melhorias na abordagem desses pacientes.</p> <p>MÉTODO: Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em primeiro momento cruzou-se os dados ano de atendimento do procedimento, número de internações, tempo médio de internação (TMI) e taxa de mortalidade (TM), no período de Janeiro de 2009 a dezembro de 2018 referentes ao Brasil. Em seguida, analisou-se os dados no Excel 2013, calculando as alterações no decorrer dos anos.</p> <p>RESULTADOS: No período selecionado, foram realizados 533.573 internações com o objetivo de tratamento cirúrgico de pacientes politraumatizados, possuindo média de permanência de 7 dias e taxa de mortalidade média de 5.36. Após análise, é possível verificar um aumento de mais de 100% no número de procedimentos realizados entre os anos de 2009 à 2018. Já em relação a taxa de mortalidade, houve uma queda importante de cerca de 40%, evidenciando avanços significativos na abordagem a esses pacientes. Acerca do tempo médio de internação, em 2009 iniciou com 7.8 e terminou com 6.3 dias, em 2018 sendo este o tempo menor do período estudado, o tempo máximo foi de 9.8 em 2015.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos resultados encontrados, é possível observar um aumento considerável no número de procedimentos cirúrgicos em pacientes traumatizados, no entanto, na contramão desse aumento, a taxa de mortalidade obteve uma queda importante que, associado à diminuição do tempo de internação médio, revelam uma evolução na abordagem terapêutica desses pacientes, com uma maior organização e padronização do atendimento pré-hospitalar e hospitalar.</p>	<p>PO 214-2</p> <p>COMPARAÇÃO ENTRE OS FIOS DE ALGODÃO E SONDA DE SILASTIC UTILIZADOS COMO SEDENHOS NO AFASTAMENTO DOS CABOS MUSCULARES DO ESFÍNCTER ANAL APOS FISTULOTOMIA EM RATOS.</p> <p>Ana Laura Sanches Lima, Beatriz Schorro Gianini, Bruna Miranda Santana, Carlos Henrique Marques dos Santos, Doroty Mesquita Dourado, Juliano Seger Falcão, Lucas Bannwart, Sara Jéssica Falcão Câmara</p> <p><i>Universidade Anhanguera Uniderp - Campo Grande - Mato Grosso do Sul – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As fistulas anais são uma das patologias orificiais mais frequentes e o tratamento convencional através das fistulotomias dilaceram não só o canal fistuloso, mas também o tecido muscular adjacente, causando incontinência importante nos pacientes submetidos a tal procedimento. Assim, novas opções terapêuticas vêm ganhando espaço, na busca de técnicas com bons índices de cura aliadas a baixas taxas de incontinência fecal, visando melhor qualidade de vida para os pacientes. Visto isso, o presente estudo visa comparar os fios de algodão e sonda de silastic utilizados como sedenhos no afastamento dos cabos musculares do esfíncter anal de ratos submetidos a fistulotomia.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 30 ratos Wistar, machos, alocados em três grupos, os quais receberam anestesia específica por injeção intraperitoneal; logo em seguida, foi confeccionada a fistula perianal em todos os animais pela passagem de fio de aço 1-0 no canal anal na posição lateral direita. Após 30 dias, no grupo A (controle) foi retirado o fio de aço seguido por secção do trajeto fistuloso. Nos demais grupos, o fio de aço foi substituído pelo sedenho, grupo B (fio de algodão 0) e grupo C (sonda de silastic), o qual permaneceu por mais 30 dias. Decorrido este prazo, foi realizada a fistulotomia e após sete dias a eutanásia, sendo ressecado um cubo contendo o canal anal e o trajeto fistuloso aberto para posterior análise histológica. Os espécimes sofreram avaliação do grau de fibrose produzida e do afastamento dos cabos musculares, sendo os resultados submetidos a tratamento estatístico pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, estabelecendo-se como significante $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Em relação a avaliação do grau de afastamento dos cabos musculares do esfíncter anal, medido em micrometros (μm), houve diferença significativa entre os três grupos ($p < 0,00001$). O grupo A contabilizou a maior média de afastamento com 107,9 μm, seguido pelo grupo B com 82,4 μm e por último o grupo C com a menor média de 53,5 μm. A sonda silastic obteve resultado superior com menor afastamento dos cabos musculares, com diferença significativa em relação ao algodão e também ao grupo controle ($p=0,00016$). Já a fibrose, classificada em 0 (ausente), 1 (moderada) ou 2 (severa), o grupo A obteve média 1,1, já o grupo B 0,9 e o grupo C 0,6. Quantitativamente, não houve diferença estatística significativa entre os três grupos em relação ao grau de fibrose determinada pela quantidade de fibras colágenas depositadas na zona de cicatrização ($p=0,352$).</p> <p>CONCLUSÕES: Levando em consideração o processo inflamatório mais contido aliado a um menor afastamento dos cabos musculares do esfíncter anal, o uso da sonda de silastic previamente a fistulotomia é uma melhor estratégia válida para preservação da camada muscular.</p>

PO 215-2	PO 216-2
<p>TAXAS DE MORTALIDADE POR LINFOMA DE HODGKIN, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015.</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Vinícius Carvalhêdo Cunha, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho, Rebeca Lima Miranda, Ana Gabriela Leite Moura, Júlia Souza Araújo</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UnICEUB) - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as taxas de mortalidade por linfoma de Hodgking, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos ao linfoma de Hodgking representados pelo código CID-10 C81. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Análises: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: Um total de 16.909 óbitos foram registrados para o linfoma de Hodgking, 10.290 óbitos para o sexo masculino e 6.611 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de óbito por linfoma de Hodgking, evidenciamos que homens entre 20 e 29 anos (15,81%) são os mais acometidos e mulheres entre 20 e 29 anos (16,27%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciam: taxa bruta para homens de 0,35; taxa padrão mundial de 0,39; taxa padrão Brasil de 0,42 e taxa bruta para mulheres de 0,22; taxa padrão mundial de 0,23; taxa padrão Brasil de 0,25.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo evidenciou que o sexo masculino (60,88%) apresenta mais óbitos por linfoma de Hodgking do que o sexo feminino (39,12%) na análise dos últimos 37 anos. A idade mais prevalente de óbito pelo linfoma de Hodgking para ambos os sexos foram entre os 20 e 29 anos de idade. O Brasil ainda apresenta taxas de óbitos maiores do que as taxas de óbitos mundial para ambos os sexos.</p>	<p>WHITE BOX: CAIXA PARA TREINAMENTO LAPAROSCÓPICO DE BAIXO CUSTO</p> <p>João Maximiliano Pedron Martins, Roberto Vanin Pinto Ribeiro, Ignacio Salonia Goldmann, Daniel Trahtman de Boer, Leonardo Totti Cavazzola</p> <p><i>Hospital de Clínicas - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar um modelo de caixa de treinamento laparoscópico de baixo custo, pois diversos estudos vêm mostrando que o treinamento em simuladores é capaz de aumentar significativamente a habilidade cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados materiais de fácil acesso: mini jato cromado, passa fios de borracha e uma webcam acoplada a um cabo de alumínio. Deve ser acoplado na caixa um dispositivo chamado "mini jato cromado", o que dará mobilidade à câmera como na operação real. Permite que um auxiliar movimente-a enquanto o cirurgião manuseia as pinças, ou também permite o treinamento individual, pois ao soltar a câmera o dispositivo permite sua estabilização no mesmo local. Para simular a aderência da pele com as pinças, ao invés do tradicional trocarte, devem ser acoplados "passa fios de borracha", que permite a mobilidade e ao mesmo tempo proporciona resistência similar a da pele humana. A câmera é webcam acoplada a um cabo de alumínio de 3 mm revestido por mangueira transparente permitindo a aderência necessária ao contato com o mini jato cromado.</p> <p>RESULTADOS: A white box foi produzida em dois dias com custo de R\$ 280,00.</p> <p>CONCLUSÕES: Assim como diversos estudos já comprovaram que é possível construir equipamentos completos e acessíveis para o treinamento da cirurgia laparoscópica, o uso da white box pode estimular o treinamento de maior número de cirurgiões na formação laparoscópica a baixo custo e buscar aperfeiçoamento de suas habilidades cirúrgicas fora do centro cirúrgico. Além disso, o treinamento de técnicas laparoscópicas básicas diretamente no centro cirúrgico e nos pacientes não é custo-efetivo e é potencialmente perigoso.</p>

PO 217-2	PO 218-2
<p>AVALIAÇÃO DA CONTAMINAÇÃO AMBIENTAL EM UM CENTRO CIRURGICO LOCALIZADO EM UM HOSPITAL NO NOROESTE PAULISTA</p> <p>Trícia Aline Ribeiro Pattini de Souza, Gustavo Rivelli Lamblogia, Amanda Oliva Spaziani, Guilherme Rivelli Lamblogia, Dora Inês Kozusny Andreani</p> <p><i>UNIVERSIDADE BRASIL - FERNANDÓPOLIS - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a contaminação por microrganismos de materiais e objetos presentes no ambiente cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa foi realizada por um período de doze meses, no Centro Cirúrgico de um hospital do município localizado no interior do estado de São Paulo. As amostras foram coletadas em triplicata, por meio de swab estéril embebido em solução fisiológica estéril a 0,85%, sendo esfregados nas superfícies na forma de zig zag, posteriormente depositados em tubos contendo meio de transporte estéreis, os quais foram devidamente identificados, e em seguida transportados em caixa isotérmica com gelo descartável. Foram colhidas amostras dos equipamentos, portas, mesas, chão, pias e do instrumental estéril. Para avaliação microbiológica, as amostras foram submetidas à diluição seriada em solução de NaCl (0,85%) e cultivadas em diferentes meios seletivos e não seletivos, incubadas a 35o C por 24-48 horas para bactérias e os fungos por 5-10 dias. As culturas bacterianas positivas foram avaliadas pela coloração de Gram e agrupadas em gram positivas e gram negativas, para posterior identificação pelos métodos bioquímicos convencionais. Os fungos foram analisados pelas características macroscópicas e microscópicas utilizando azul de algodão.</p> <p>RESULTADOS: Foi observado que o número de unidades formadoras de colônias foi baixa no centro cirúrgico, sendo nula nos instrumentais que passaram pelo processo de esterilização em autoclave. Verificou-se presença de fungos filamentosos e leveduras dos gêneros Rhizopus e Candida, respectivamente, assim como bactérias identificadas como Bacillus spp e Micrococcus spp nas superfícies do chão e pia. Staphylococcus coagulase positiva foi isolado da porta do paciente e do botão do equipamento de eletrocardiograma. Nas portas, feminina e masculina dos funcionários, foi isolado Staphylococcus coagulase negativa.</p> <p>CONCLUSÕES: Nas portas, feminina e masculina dos funcionários, foi isolado Staphylococcus coagulase negativa. Conclusão A presença destes microrganismos no centro cirúrgico pode ser endógena, ou proveniente de fontes exógenas como dos membros da equipe cirúrgica, do ar da sala operatória, e de instrumentos e materiais levados ao centro cirúrgico pelos profissionais da saúde.</p>	<p>PERFIL DAS CIRURGIAS MAIS REALIZADAS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>MARINÍLIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, JULIA SILVA FERREIRA, MATHEUS SIMÕES DE OLIVEIRA, GLAUBER SILVA CRISTO, GABRIELA MEDEIROS FORMIGA MOREIRA, GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, CAIO FELIPE THOMAZIN PANICIO, ANGELO LUIS TONON SANTANA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITARIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o índice das cirurgias mais realizadas no Brasil nos últimos 5 anos, levando em consideração o tipo de cirurgia; se foi realizado em caráter de urgência ou eletivo e categorizar por região do país.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo ecológico retrospectivo, com dados encontrados no DATASUS no período de 2013 a 2017, quantificando-se, por região do país, o tipo de cirurgia e em que contexto foi realizada.</p> <p>RESULTADOS: A classificação de cirurgias de caráter geral ou de especialidade foi gerada pela Associação Médica Brasileira, em 2008, incluindo-a a Lista de Procedimentos Médicos. O número total de cirurgias foi 22.122.526 neste período, com média de 4.424.505 por ano. Desse total, 87% foram cirurgias de média complexidade, e 58% em caráter de urgência. Em valores absolutos a nível nacional, os 3 subgrupos cirúrgicos mais realizados foram, em ordem decrescente, Cirurgia Obstétrica, Cirurgia do Sistema Osteomuscular e Cirurgia do Aparelho Digestivo, órgão anexos e parede abdominal. Esses 3 se repetem a nível regional, mudando apenas a ordem na região Norte, Nordeste, e Sul, no qual o subgrupo Cirurgia do Aparelho Digestivo ocupa o segundo lugar. Ainda sobre nível regional, tem-se que a região que mais realizou procedimentos cirúrgicos nesse intervalo de tempo foi a região Sudeste, com 8.992.406 cirurgias realizadas, seguindo da região Nordeste, com 5.778.539 procedimentos cirúrgicos realizados, e em última posição a região Norte, com 1.662.610 cirurgias realizadas.</p> <p>CONCLUSÕES: Com o avanço tecnológico, criação de métodos melhores para diagnóstico e a ampliação do acesso, não só em redes particulares, mas também no Sistema Único de Saúde (SUS), houve grande crescimento na quantidade de cirurgias realizadas no Brasil. Sendo mais de caráter de baixa complexidade, o que fica evidente o descaso na saúde primária para diagnóstico de doenças precoce. Assim, precisando ir diretamente para métodos mais agressivos de cura, como cirurgias. Das diversas cirurgias feitas, as obstétricas são as mais realizadas em todo o país, porém muitas vezes são consideradas sem indicações fidedignas. Com isso, é necessário maior investimento clínico para saber a real necessidade das realizações cirúrgicas.</p>

PO 219-2	PO 220-2
<p>MODELOS EXPERIMENTAIS EM VIDEOCIRURGIA LAPAROSCOPICA: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Yasmin Amorim dos Santos, Natália Guedes Alves, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Fabiel Spani Vendramin, Matheus Gonçalves Maués</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar levantamento dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre modelos experimentais em videociurgias laparoscópicas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à modelos experimentais em videociurgia laparoscópicas, publicados nas bases de dados Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs, com uso dos seguintes descritores "laparoscopic", "videosurgery", "model". Das referências que abordavam modelos experimentais em videociurgia nos últimos 5 anos, 11 foram analisadas, das quais foram excluídas, através de leitura analítica, todas as que não se adequaram ao objetivo do presente estudo.</p> <p>RESULTADOS: A necessidade de qualificação técnica é uma exigência indispensável mesmo ao cirurgião hábil nas técnicas tradicionais. A antiga e tradicional "caixa preta" de espelhos, introduzido por Batista et al (1998), ainda apresenta-se muito útil como dispositivo de treinamento da videociurgia, servindo de base para os primeiros passos na aquisição de habilidades da grande maioria dos profissionais, hoje atuantes em videociurgia. Entretanto, relata-se uma nova modificação da "caixa preta" tradicional, alterando-se o material empregado e o tipo de microcâmera. A madeira foi substituída por acrílico transparente, com fundo removível, para facilitar a limpeza e permitir a introdução de objetos de treinamento. Adotou-se a Mini Câmera CCD Color Suntech 420C, um tipo de microcâmera menor (L35mm, H-35mm, C-15mm). Além disso, também são referidos na literatura, outros modelos de dispositivos para treinamento de habilidades operatórias em laparoscopia. Trata-se de um dispositivo para simulação de situações semelhantes àquelas encontradas no ato cirúrgico, como preensão de estruturas, dissecação, ligaduras e síntese de tecidos. O modelo foi construído em acrílico branco e é composto por três faces: face frontal, face lateral esquerda e face lateral direita, todas fixadas por conjuntos de parafusos e porcas para facilidade de transporte e portabilidade. Todas as faces possuem orifícios para passagem dos instrumentos de laparoscopia.</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre os modelos de videociurgia laparoscópica analisados, os mais utilizados são modelos experimentais relacionados à tradicional caixa preta, entretanto com adaptações ao longo dos anos, as quais permitem ao aluno simular diferentes técnicas, suturas, coordenação olho-mão e se familiarizar com instrumentos. Observa-se uma tentativa de produzir modelos de baixo custo de produção, por ser uma opção viável para aquisição por instituições e pessoas físicas, mostrando-se de grande valia para o ensino e capacitação daqueles interessados em cirurgia minimamente invasiva.</p>	<p>MODELO EXPERIMENTAL DE RETALHO CUTANEO EM RATOS WISTAR: REVISAO DE LITERATURA.</p> <p>Matheus Marinho Rios, Lucas Alexandre de Oliveira Aleixo, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Alessandra Barros Dysarz, Igor Almeida Teixeira da Silva de Figueiredo</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de retalho cutâneo em ratos Wistar.</p> <p>MÉTODO: Esse estudo foi realizado por meio de revisão de literatura, a partir de análise de artigos que fizessem referências a retalhos cutâneos, com ênfase nos que relacionavam técnica de McFarlane. Os artigos foram coletados utilizando como fonte as bases de dado eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs. Foram selecionados artigos em inglês e português, materiais encontrados com data de publicação anterior a 2011 foram descartados, com exceção ao artigo original da técnica de McFarlane. Das referências que relacionavam retalho cutâneo, 44 foram analisadas, das quais 22 foram excluídas por meio de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo de estudo.</p> <p>RESULTADOS: A técnica mais conhecida e utilizada para a realização de retalhos cutâneos experimentais é a de McFarlane, sendo esta considerado o padrão-ouro. As dimensões originais de retalho cutâneo dorsal em ratos utilizadas por McFarlane foram 4 cm na base por 10 centímetros de comprimento, com necrose variando de 25 a 50% do retalho. Esse modelo tem se mostrado eficiente, a exemplo de trabalhos, nos quais foram utilizados fármacos para testar a viabilidade de retalhos cutâneos, de forma que o padrão de necrose variou dentro do limite esperado. Ademais, essa técnica foi utilizada em trabalhos que relacionaram retalhos cutâneos a doenças, a exemplo diabetes. No entanto, observou-se que apesar de vários estudos utilizarem a técnica de McFarlane como referência, muitos deles não utilizavam as dimensões estabelecidas, ou mesmo, variavam a localização da base de retalhos. Além disso, alguns estudos introduziram modificações na técnica padrão, com modificação nas dimensões, passando a ser 3x10 cm, 2x8 cm, 3x7 cm. Nessas variações, a dimensão 3 x 10 cm apresentou bons resultados, com menor necrose tecidual.</p> <p>CONCLUSÕES: O modelo proposto por McFarlane mostrou-se consolidado na literatura mundial, sendo que esse modelo é confiável e apresenta bons resultados. No entanto, novo modelo tem surgido e apresentado resultados positivos, o que sugere que, no futuro, poderá ocorrer uma modificação da técnica considerada padrão-ouro.</p>

PO 221-2	PO 222-2
<p>MODELO EXPERIMENTAL DE UTILIZAÇÃO DE OZÔNIO EM RETALHOS CUTANEOES EM RATOS WISTAR: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Samuel Soares Ribeiro, Giulia Luz da Fonseca, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos da Costa, Fabiel Spani Vendramin, Igor Almeida Teixeira da Silva de Figueiredo</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar, por meio de uma revisão de literatura, a eficácia da utilização do ozônio difundido em óleos vegetais sobre auto-enxertos para auxiliar na viabilização e cicatrização nos modelos experimentais.</p> <p>MÉTODO: Para a elaboração desse artigo, foram utilizadas fontes secundárias disponíveis nas plataformas online de banco de dados que abordassem diretamente ou indiretamente os efeitos do ozônio na pele, bem como PubMed, Google acadêmico e Scielo, com uso dos seguintes descritores "flap", "skin", "ozone", "olive oil" e "ozone therapy". Das referências que abordavam a ozonioterapia na viabilidade de enxertos cutâneos em modelos experimentais, por meio de uma análise objetiva e crítica, 29 trabalhos foram estudados, tendo a exclusão de 16, pois estes não se adequaram aos objetivos do estudo.</p> <p>RESULTADOS: A ozonioterapia quando usada na forma tópica em modelos experimentais fomentam a viabilidade de auto-enxertos diminuindo as áreas necróticas distais. Embora sua obtenção seja fácil e rentável, a instabilidade do gás é um impasse para sua utilização. Por isso, a técnica de difusão do ozônio em óleos vegetais demonstrou ser efetiva quando administrado no epitélio. Nesse contexto, o estudo feito por Mehmet Haşim Güner et al. demonstrou que os auto-enxertos em ratos Wistar apresentaram uma considerável diminuição das áreas necróticas distais nas cobaias que foram submetidas a técnica de "Hemo-ozone Therapy", a qual consiste insuflação de 0.5mg/L do gás ozônio via retal associada a administração do óleo vegetal ozonado no enxerto durante um período de 7 dias. Somando-se a isso, análises histológicas e imunológica evidenciaram que houve inibição das espécies reativas de oxigênio (ROS), por conseguinte, tornando possível a neovascularização, aumento do VEGF e maiores quantidades de colágeno do tipo III. Ademais, há estudos que comprovam a imunomodulação fator tem efeito anti-inflamatório, já que ele suprimiu a expressão de TNF-α e de IL-6. Portanto, notou-se que a exposição ao óleo vegetal ozonado melhorou o processo de cicatrização; entretanto, faz-se necessária pesquisas adicionais.</p> <p>CONCLUSÕES: As lesões do tipo solução de continuidade apresentam alto grau de complexidade, necessitando de processo de cicatrização eficiente. A pesquisa feita em modelos experimentais apontou, pois, o ozônio como uma alternativa eficiente, barata e segura para viabilizar esse processo. Todavia, a escassez de experimentos e maiores pesquisas sobre o potencial do ozônio dificultaram a elaboração de um estudo mais aprofundado, deixando clara a necessidade de abordagens futuras acerca do tema.</p>	<p>MODELO EXPERIMENTAL DE PARALISIA FACIAL EM RATOS WISTAR : REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Yasmin Amorim dos Santos, Natália Guedes Alves, Tiago Braga Duarte, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Samara Nazaré dos Santos Costa, Fabiel Spani Vendramin, Ian Chaves Daher</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar levantamento dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre modelos experimentais de paralisia facial em ratos wistar.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à paralisia facial em ratos wistar, com ênfase em modelos experimentais, publicados nas bases de dados Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs, com uso dos seguintes descritores "facial", "paralysis", "rats", "wistar" e "model". Das referências que abordavam a paralisia facial em ratos wistar e seus modelos experimentais, 58 foram analisadas, das quais 28 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo.</p> <p>RESULTADOS: O nervo facial desempenha um papel importante em diversas funções fisiológicas no organismo, no entanto, distúrbios funcionais desse nervo podem também afetar a psique do indivíduo. A paralisia facial é uma condição clínica relativamente comum. Existem alguns modelos de indução de paralisia facial em ratos, os quais se dividem em dois grupos principais: indução isquêmica - que é feita por meio de embolização da artéria que irriga o nervo facial - ou indução traumática - utilizando avulsão da raiz nervosa. O estabelecimento de modelos experimentais é o passo inicial para estudos de regeneração neural, estudo esse associado à paralisia facial devido ao fato de que muitos pacientes submetidos a cirurgias na base do crânio podem ter como complicação a paralisia facial. Diversos métodos para avaliar a regeneração neural em animais já foram propostos, como escalas comportamentais, análises eletrofisiológicas, análises de fibras musculares, análises de núcleos centrais e análises de axônios. O modelo experimental adequado deve apresentar características mínimas de ser prático e facilmente reproduzível, permitindo a análise temporal e objetiva do processo de regeneração neural. Na busca do modelo mais adequado para pesquisa experimental de substâncias sistêmicas que atuem na regeneração pós-traumática do nervo facial, encontra-se na literatura grande diversificação metodológica. Ademais, há um modelo experimental padronizado para pesquisas em nervo periférico, com a utilização de nervo ciático de ratos, porém, o nervo facial não responde à reparação de modo semelhante aos nervos periféricos.</p> <p>CONCLUSÕES: As principais formas de indução de paralisia facial em ratos são por meio de isquemia e de lesão traumática. Essa indução é muito utilizada para estudos de regeneração neuronal, os quais estão em amplo desenvolvimento atualmente.</p>

PO 223-1	PO 223-2
<p>HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA: UMA ANALISE EPIDEMIOLOGICA SEGUNDO DATASUS</p> <p>Katharina Andrade de Oliveira, Tainara Santos Gomes, Vitória Rodriguez de Pamela Barroso Aguiar</p> <p><i>UFBA - salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é descrever quantitativamente o desenvolvimento da herniorrafia inguinal videolaparoscópica no Brasil, analisando sua prevalência regional. Estima-se que 350 mil cirurgias de hérnia inguinal são feitas por ano no Brasil, sendo a hérnia inguinal responsável por 80% dos registros. A correção de hérnia inguinal é a cirurgia mais feita em homens no mundo. Por isso, analisar o crescimento de novas técnicas cirúrgicas terapêuticas motiva o estudo.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa retrospectiva com análise descritiva de dados segundo DATASUS. Dados do período de 2008 a 2018 no Brasil. Variáveis: quantidade de internamentos, número de óbitos, taxa mortalidade e valor médio de internamento.</p> <p>RESULTADOS: Foram registrados 9.208 internamentos em todo o Brasil entre 2008 e 2018; destes, 2.798 (30,38%) foram registrados na região Sudeste – região de maior concentração, seguida da região Sul com 2.721 (29,5%) internamentos. A região de menor registro de internamentos foi a Centro-oeste 911 (9,89%), seguida pela região Norte com 1.208 (13,11%) internamentos. Analisando a prevalência da herniorrafia inguinal videolaparoscópica durante os anos de 2008 e 2018, o estudo evidenciou um aumento no número de internações: 145% – de 745 em 2008 para 1.083 em 2018. Ao todo, dentre os 9.208 internamentos, foi registrada uma taxa de mortalidade de 0,15%; sendo que a região Nordeste, apesar de registrar apenas 17% dos internamentos (n. 1570), apresentou a maior taxa de mortalidade – 0,32%. Além disso, apenas 14 óbitos foram registrados em todo o país durante o período analisado – 6 destes presentes na região Sudeste. Em última análise, o valor médio de internamento foi de R\$ 444,31, com apenas a região Sudeste ultrapassando esse limite, chegando a R\$ 520,96.</p> <p>CONCLUSÕES: A herniorrafia inguinal videolaparoscópica é o procedimento de escolha para correção de hérnias inguinais por ser minimamente invasiva, sendo benéfica tanto aos usuários quanto ao sistema de saúde. Estudos recentes apontam vantagens importantes da abordagem laparoscópica em comparação com a abordagem convencional como: diminuição de dor pós-operatória, maior facilidade de dissecação anatômica de hérnias recidivadas, retorno precoce do paciente às atividades habituais e melhor resultado estético, o que pode explicar o aumento crescente dessa técnica. Pode-se inferir também que, na região Sudeste, a densidade tecnológica favorece um maior investimento em tecnologia em saúde, justificando a prevalência da herniorrafia laparoscópica nessa região. Além disso, a taxa de mortalidade de 0,15% dentre os internamentos aponta bom prognóstico e auxilia na crescente da técnica.</p>	<p>MODELO EXPERIMENTAL DE LIPOENXERTIA: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Natalia Guedes Alves, Yasmin Amorim dos Santos, einar fried dos santos, michelle gonçalves maues, Tiago Braga Duarte, Samara nazare dos Santos Costa, Fabel Vendramin, JOAO RAFAEL REIS VALENTE</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar levantamento dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre modelos experimentais de lipoenxertia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura feita por meio da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à lipoenxertia, com ênfase em modelos experimentais, publicados nas bases de dados Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs, com uso dos seguintes descritores “lipoenxerto”, “modelo”, “ratos”, “fat”, “graft” e “model”. Das referências que abordavam a lipoenxertia e seus modelos experimentais, 23 foram analisadas, das quais 7 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo</p> <p>RESULTADOS: A lipoenxertia é uma técnica amplamente utilizada tanto para fins cosméticos quanto para cirurgias reconstrutivas. O principal tipo de enxerto utilizado é o lipoenxerto autólogo. As principais complicações do procedimento são as taxas de reabsorção do conteúdo enxertado, a ocorrência de necrose central e a formação de cistos. Existem diversos métodos para tentar aumentar a eficácia desses enxertos. Quanto a coleta, a maioria dos cirurgiões realiza com uma seringa e sucção manual, mas novas técnicas estão surgindo, como a técnica de Coleman, que consiste na aspiração com cânula romba de três milímetros de diâmetro conectada à seringa de 10 mililitros com baixa pressão negativa, para reduzir o trauma ao tecido adiposo; seguida de preparo por centrifugação, durante três minutos a 3000 rotações por minuto, para separar os componentes do lipoaspirado entre adiposos, aquosos e oleosos; e, por fim, a enxertia em múltiplos túneis por meio de cânula romba em contato próximo a tecidos bem vascularizados. Ademais, a taxa de sobrevivência do enxerto é melhorada com a adição de células tronco adiposas e fornecimento de oxigênio adicional a estas células. Um dos modelos experimentais mais estudados e citados na literatura para lipoenxertia é o de neoplasia mamária residual em camundongos, pois células-tronco do tecido adiposo demonstram capacidade de promover crescimento e disseminação tumoral do câncer de mama, necessita-se avaliar o impacto da lipoenxertia sobre os tumores. Ademais, há modelos com injeções em série e gordura criopreservada a 196 graus negativos, podendo ser utilizada para enxerto de gordura para uso clínico; entretanto, pesquisas adicionais são necessárias.</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre os modelos de lipoenxertia analisados, os mais utilizadas estão relacionados à técnica de Coleman, devido sua maior eficácia. Além disso, há modelos recentes como o de gordura criopreservada – 196 graus celsius</p>
<p>PO 224-2</p> <p>MODELO EXPERIMENTAL DE INDUÇÃO DE SEPSE EM RATOS WISTAR: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>RAFAEL LOBATO MACHADO, VIVIANE ELLERES ALVES, MICHELLE GONÇALVES MAUES, EINAR FRIED DOS SANTOS, SAMARA DOS SANTOS COSTA, TIAGO BRAGA DUARTE, ALESSANDRA BARROS, JOAO RAFAEL REIS VALENTE</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Efetuar um levantamento de dados acerca dos conhecimentos científicos mais recentes utilizados na indução de sepse em ratos Wistar</p> <p>MÉTODO: Foram analisados artigos e publicações que abordassem assuntos relacionados à indução de sepse especificamente em ratos Wistar, com o objetivo de investigar os métodos mais utilizados atualmente durante a investigação dessa complicação clínica. Para isso, realizaram-se buscas nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Scielo e Lilacs, a partir dos seguintes descritores: “rats”, “Wistar”, “induced” e “sepsis”. A partir de 6 artigos que abordavam diretamente essa temática, observou-se 3 métodos experimentais mais relevantes na atualidade.</p> <p>RESULTADOS: A sepse configura uma das principais causas de morte atualmente, a qual caracteriza-se por um distúrbio da resposta fisiológica a uma infecção, resultando em disfunção múltipla e falência dos órgãos, além de provocar inúmeras complicações clínicas inflamatórias. Dessa forma, a indução experimental de sepse em ratos Wistar configura uma ferramenta fundamental no desenvolvimento de formas de tratamento e/ou terapias que diminuam os índices de mortalidade relacionados à essa complicação em humanos. A principal técnica observada foi a ligação cecal e punção (CLP), em que realiza-se uma incisão mediana, seguida da exposição do intestino, ligação da válvula ileocecal e, posteriormente, perfurações no ceco. Isso permite uma lesão consistente e consequente extravasamento de material fecal, o qual, após a reinserção do intestino na cavidade abdominal, provocará a sepse nesses animais. Ademais, existem outros procedimentos como a injeção intraperitoneal de lipopolissacarídeo (LPS), o qual corresponde a um componente da cápsula de bactérias Gram-negativas, simulando um estado patogênico de sepse, e o uso de stent para realizar a fixação e perfuração na região do cólon ascendente seguida da ordenha suave das fezes no stent, assegurando o seu vazamento constante no abdome (CASP).</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre os modelos experimentais de indução de sepse, o CLP demonstra ser o mais utilizado pela comunidade científica atualmente, configurando um procedimento de fácil execução e que encaixa-se dentro das normas estabelecidas em experimentos com ratos. Além disso, há modelos recentes como o CASP, cuja técnica de manipulação dos animais assemelha-se ao procedimento anterior, e a injeção de LPS, baseada na simulação de substâncias nocivas que assemelham-se, em parte, à sepse, tornando-a menos utilizada nos experimento</p>	<p>PO 225-2</p> <p>ANALISE DO EFEITO DO EXTRATO DE VERONICA OFFICINALIS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CUTANÉAS EM RATOS.</p> <p>Mateus Paes Teixeira, Máira Khoury Evangelista, Rosa Helena de Figueiredo Chaves, Marcieni Ataíde De Andrade, Hanna Machado da Silva, Lucas Villar Pedrosa da Silva Pantoja, Glenda Figueira Guimarães, Ulisses Vale Sá Junior</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o efeito do extrato hidroalcoólico liofilizado de Veronica officinalis no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos.</p> <p>MÉTODO: 15 ratos foram randomicamente distribuídos em 3 grupos: Grupo controle negativo (GCN), Grupo controle positivo (GCP) e Grupo Verônica (GV), cada um composto por 5 animais. Todos os grupos foram submetidos a criação de ferida cutânea (2cm x 2cm) utilizando-se carimbo para marcação da pele e bisturi frio para excisão do retalho cutâneo do dorso dos animais. O GCN foi tratado com soro fisiológico 0,9%, o GCP com Dersani® e o GV com o extrato da Veronica Officinalis a 4%, sendo todos aplicados 1 vez ao dia na dose de 0,2 mL sobre a ferida. Foi feito o registro fotográfico das feridas no 7º, 14º e 21º dia pós-operatório para posterior mensuração da sua área (cm²) através do Software Image J®. No 21º dia pós-criação da ferida foi realizada a eutanásia dos animais e coleta do retalho cutâneo para análise histológica (hematoxilina-eosina e Tricrômio de Masson). Os resultados da área da ferida foram analisados através do Teste de Variância de Kruskal-Wallis (Dunn) e dos padrões histológicos pelo Teste G de independência (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado).</p> <p>RESULTADOS: No que diz respeito à área das feridas, o GV obteve resultados estatisticamente melhores que o GCP no 14º (p0,0176) e 21º dia (p0,0204). Não houveram resultados estatisticamente significativos na análise microscópica.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir da análise macroscópica é possível concluir que o extrato hidroalcoólico liofilizado de Veronica offinalis a 4% apresentou influência positiva no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos Wistar, no 14º e 21º dia pós confecção da ferida, quando comparados ao Dersani®, um composto de escolha para tratamento tópico de feridas cutâneas limpas em processo de cicatrização por segunda intenção.</p>

PO 226-2	PO 227-2
<p>ANÁLISE DO EFEITO DOS HORMÔNIOS OVARIANOS NA CICATRIZAÇÃO CUTÂNEO-MUCOSA.</p> <p>Mateus Paes Teixeira, Ulisses Vale Sá Junior, Alexandre Arthur Vieira Lobato, Lainy Carollyne da Costa Cavalcante, Lucas Nascimento Galvão, Emanuelle de Matos Rodrigues, Edson Yuzur Yasojima, Rosa Helena Figueiredo Chaves</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o efeito dos hormônios ovarianos no processo de cicatrização cutâneo-mucosa em ratos.</p> <p>MÉTODO: 27 ratos foram distribuídos aleatoriamente em 3 grupos; Grupo Machos (GM), Grupo Fêmeas não ooforectomizadas (GF), Grupo Fêmeas Ooforectomizadas (GFO), cada grupo composto por 9 animais. Todos os grupos foram subdivididos em 3 subgrupos, cada subgrupo contendo 3 animais, de acordo com a ordem que os mesmos sofreram eutanásia: após o 7º dia, 14º dia e 21º dia da criação da ferida. Os animais do grupo GFO foram primeiramente submetidos a ooforectomia bilateral para apenas no 21º dia pós-operatório serem submetidas ao processo de criação da ferida com punch dermatológico (6mm de diâmetro), sendo este último procedimento realizado também nos animais dos demais grupos. Foram feitos registros fotográficos nos dias de realização da ferida e da eutanásia, utilizados para a realização da análise do diâmetro (mm) e área (mm²) da ferida pelo Software ImageJ®. Após a eutanásia foi feita a excisão da pele contendo a ferida ou cicatriz para análise histomorfológica (coradas com Hematoxilina-Eosina e Tricromo de Masson). Os resultados foram submetidos ao teste de Kruskal-Wallis sendo considerados estatisticamente significativos os resultados com valor de p inferior a 0,05.</p> <p>RESULTADOS: No que diz respeito à área das feridas, no 7º dia a área mediana do grupo GM foi significativamente menor que aquela dos animais do grupo GFO (p=0,0036). Embora os animais do grupo GFO tenham apresentado área mediana das feridas numericamente maior nos três períodos avaliados, essas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas. Não houve significância estatística da análise microscópica entre grupos.</p> <p>CONCLUSÕES: Foi demonstrado que os hormônios ovarianos não atuam no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos Wistar de forma estatisticamente relevante.</p>	<p>ESTUDO ANATOMICO E MORFOMETRICO DOS RAMOS COLATERAIS DO ARCO AORTICO EM COELHOS DA ESPECIE ORYCTOLOGUS CUNICULUS</p> <p>Deivid Ramos dos Santos, Faustino Chaves Calvo, Rodrigo Carneiro Franco, Dora Fonseca da Silva, Antônio Leonardo Jatahi Cavalcanti Pimentel, José Maciel Caldas dos Reis, Renan Kleber Costa Teixeira, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>Universidade do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo sistematizar e descrever os ramos do arco aórtico e suas principais ramificações em coelho, da raça Nova Zelândia, estabelecendo um modelo padrão e as principais variações nessa espécie, a qual é de fundamental importância, visto que a vascularização dos membros superiores, face, pescoço, crânio e cérebro (CAMPOS et al., 2010). Além disso, este conhecimento é importante para a criação de modelos experimentais e para a interpretação de exames de imagem (PORTUGUAL et al., 2014; QUINONES-HINOJOSA et al., 2016).</p> <p>MÉTODO: Foram usados 16 coelhos adultos (<i>Oryctologus cuniculus</i>) New Zeland, pesando 2-3 kg e com 10-12 meses. Os animais foram submetidos à associação de Cetamina (70 mg/kg) e Xilazina (10 mg/kg) por via subcutânea. Posteriormente, realizou-se a heparinização com 5000 UI por meio da artéria femoral. Foi aguardado 10 minutos e seguiu-se com a eutanásia do animal usando sobredose da associação anestésica. Após, seguiu-se com a abertura da cavidade torácica.</p> <p>RESULTADOS: A aorta dos coelhos iniciou a partir do ventrículo esquerdo com um diâmetro médio de 5,4 ±0,6mm em seu maior eixo. A aorta projetou-se dorso-crânio-lateralmente à esquerda, em todos os animais estudados, formando o arco aórtico. O tronco arterial braquiocéfálico apresentou um diâmetro de 3,8 ±0,4mm em sua eminência. Foram identificados dois padrões de saída artéria carótida comum esquerda. O padrão mais frequente (75%) onde este vaso surge milímetros após a eminência do tronco e o modelo variante onde (25%) onde esta surge após 0,4-0,6mm da base do tronco. Este trabalho observou o padrão de origem da aorta no ventrículo esquerdo, tendo ascensão dorso-crânio-lateral esquerda e posterior deflexão.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo do arco aórtico de coelhos demonstrou a emergência de dois ramos arteriais, o outro tronco braquiocéfálico sendo um a artéria subclávia esquerda. Este apresenta a ramificação da artéria carótida comum esquerda logo na sua base e posteriormente uma bifurcação a qual dá origem à carótida comum direita e subclávia direita. Observou-se uma grande variação anatômica nos ramos originados das artérias subclávias, não sendo possível uma padronização uniforme.</p>
<p>PO 228-2</p> <p>CIRURGIA ROBOTICA NO BRASIL. COMO ESTAMOS?</p> <p>TÚLIO BARBOSA NOVAES, Karine Nascimento Chaves, Fernanda Helena Baracuh da Franca Pereira, Victória gabrielle broní Guimaraes, Camila Gonçalves Dias Ponzi, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Giovanna Conceição Gomes, Jose Leidson de Almeida holandá</p> <p><i>CESMAC - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o avanço, quantitativo e qualitativo, de procedimentos cirúrgicos realizados com robôs no Brasil nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que utilizou artigos, publicados de 2009 a 2018, disponíveis nas bases de dados SciELO, PubMed, BIREME, entre outras.</p> <p>RESULTADOS: A robótica tem sido um meio muito utilizado na atualidade dentro dos mais diversos setores profissionais. No âmbito da saúde, possibilitou a realização de cirurgias minimamente invasivas contribuindo para a realização de tarefas que exigem maior precisão do médico, além de promover uma recuperação mais rápida e menos dolorosa, reduzindo o tempo de internação, risco de infecção e eventuais complicações no pós-operatório. Em 2018 o Brasil alcançou o marco de 10 anos de atividade com sistemas robóticos no país, desde então já foram realizadas cerca de 17 mil cirurgias. Dados atuais declaram que o país possui 41 sistemas robóticos cirúrgicos, sendo vinte e um instalados em hospitais de São Paulo e Barretos (SP), nove no Rio de Janeiro, três em Belo Horizonte, dois em Porto Alegre e Recife e um em Curitiba, Brasília, Belém e Fortaleza. Um exemplo para analisar esse avanço diz respeito ao trabalho realizado no período de outubro de 2012 a dezembro de 2015 no Hospital Samaritano (Rio de Janeiro, Brasil), foram realizadas 293 operações por robôs em Cirurgia Geral, nestas o índice de complicações foi de apenas 2,4%. No contexto nacional, em agosto 2015, as operações robóticas só eram realizadas no Rio Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Barretos. A partir de 2018, mais polos entraram para lista como Curitiba, Belo Horizonte, Belém, Recife e Fortaleza. Apesar de todas as vantagens da cirurgia robótica, fatores como alto custo e presença de poucas instituições que disponibilizam essa tecnologia impedem que essa modalidade esteja mais difundida no Brasil, especialmente no Sistema Único de Saúde. Pela maioria dos registros serem de hospitais da rede privada a análise quantitativa é dificultada.</p> <p>CONCLUSÕES: O aumento dos bons resultados obtidos, se deve ao maior número de plataformas disponíveis e, ao crescente número de cirurgiões devidamente capacitados utilizando a tecnologia. O desenvolvimento da cirurgia robótica ainda tem um amplo espaço territorial e funcional a ser explorado, apesar do crescimento visto durante o período. Tudo indica que o uso das plataformas robóticas tende a se popularizar, alcançando cada vez mais pessoas, de todas as classes sociais, com novos centros disponibilizando essa tecnologia.</p>	<p>PO 229-2</p> <p>AValiação DA VIABILIDADE DE UM MODELO EXPERIMENTAL DE ANIMAIS ACOMETIDOS COM DIABETES E HIPOTIREOIDISMO CONCOMITANTEMENTE</p> <p>Glenda Figueira Guimaraes, Fernando Allan Farias Rocha, Bruno Duarte Gomes, Natiele Ferreira Rabelo, Renata Silva Forte, Maira Khoury Evagelista, Mateus Paes Teixeira, Emanuelle Matos Rodrigues</p> <p><i>CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Investigar a viabilidade da realização de um modelo experimental de diabetes e hipotireoidismo concomitantemente</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 20 ratos Wistar machos (<i>Rattus norvegicus</i>), com dois meses de idade, pesando entre 80 a 120 gramas, divididos em quatro grupos: um grupo controle sem procedimentos; um grupo com hipotireoidismo optando por um modelo experimental de tireoidectomia bilateral; um grupo com diabetes, com aplicação de 200 mg/kg a 2% de Aloxana; e um grupo com as duas patologias, adotando ambos os procedimentos experimentais. Nos grupos estudados foi utilizado para avaliar da viabilidade do modelo experimental, as avaliações hormonais através da dosagem de T3 sanguíneo e glicemia capilar dos animais estudados, num período de 30, 45 e 60 dias. Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística pelo teste de Análise de Variância (ANOVA) um critério, seguido pelo pós-testes Bonferroni. Os valores de p < 0,05 serão considerados estatisticamente significativos.</p> <p>RESULTADOS: Foi encontrado uma diminuição significativa dos níveis de T3 sanguíneo, em relação ao modelo de hipotireoidismo (± 0,732 mg/dl) em comparação ao grupo controle (± 1,439 mg/dl) e o grupo diabetes (± 1,19 mg/dl), sendo que grupo com ambas as patologias a média do dosagem do hormônio (±0,632 mg/dl), já em relação aos valores de glicemia, os valores encontrados foram, controle (± 89,63 mg/dl), hipotireoidismo (± 88,39 mg/dl), diabetes (± 391,26 mg/dl), ambas as patologias (± 398,21 mg/dl). Todos os resultados apresentaram diferença estatisticamente quando comparado o grupo controle com o grupo experimental de ambas as patologias.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, os resultados obtidos dão suporte à viabilidade da utilização dos modelos experimentais para a realização de demais estudos, principalmente em relação ao modelo do hipotireoidismo em conjunto com o diabetes, pois a avaliação hormonal dos grupos mostraram dados semelhantes a dosagens hormonais de animais com essas patologias estudadas, em modelos já existentes na literatura atual.</p>

PO 230-1	PO 230-2
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM HERNIA INGUINAL NO BRASIL EM 2018.</p> <p>JÉSSICA ARAÚJO FERREIRA, LUCAS EMANNUEL DOS SANTOS BORDALLO, CAMILA PANTOJA AZEVEDO, ANTONIO VITOR DA SILVA FREITAS, PAOLA DOS SANTOS DIAS, MAYARA CRISTINA PEREIRA LOBO, RUI WANDERLEY MASCARENHAS JUNIOR</p> <p><i>CENTRO UIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com hérnia inguinal no Brasil, no ano de 2018. Sabe-se que a hérnia inguinal é a protrusão de uma alça intestinal, do epíplo ou, mais raramente, de outra viscera intra-abdominal através de um orifício na parede abdominal na região da virilha, estando relacionado a fatores diversos, como a predisposição genética relacionada à pressão da cavidade intra-abdominal e também à estrutura do colágeno do indivíduo. Cabe ressaltar que esse tipo de hérnia é uma das patologias que se faz frequente na cirurgia geral, apesar de muitas vezes, ser considerada de pequena importância. Nesse contexto, o presente estudo levou em consideração que essa patologia acarreta em interferências na qualidade de vida do doente, principalmente em termos sociais para o exercício pleno das suas atividades laborais</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no ano de 2018. As informações captadas foram anexadas em tabelas para melhor compreensão e posterior análise. As variáveis abordadas são sexo, idade e o tipo de internação. O número de óbitos foi um dado incluído na pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do SIHSUS, no Brasil, no ano de 2018, foram internados 147.031 pessoas, sendo 58.769 (39,97%) na região Nordeste, 43.235 (29,4%) na região Nordeste, 24.466 (16,64%) na região Sul 11.482 (7,8%) na região Norte e 9.079 (6,17%) na região Centro-Oeste. Dos casos, 26.958 (18,33%) foram de urgência e 120.073 (81,66%) eletivos. Quando a idade, 27.266 (18,54%) tinham 60-69 anos, 27.166 (18,47%) entre 50-59 anos, 19.614 (13,34%) entre 40-49 anos, 16.125 (10,96%) entre 70-79 anos, 14.335 (9,74%) entre 30-39 anos, 10.967 (7,45%) entre 20-29 anos, 10.140 (6,89%) entre 1-4 anos, 7.789 (5,29%) entre 5-9 anos, 4.819 (3,32%) <1 ano, 3.829 (2,60%) >80 anos, 2.491 (1,69%) entre 15-19 anos e 2.490 (1,69%) entre 0-4 anos. Na região Sudeste, o comportamento foi mais discrepante quanto ao sexo, havendo maior predominância em homens. Contudo, cabe ressaltar que em todas as regiões houve um maior predomínio do sexo masculino. Na região Sudeste, houve maior predominância de atendimentos em caráter de urgência. Em relação aos óbitos, sua maior concentração foi na região sudeste (49,8%) em pacientes com mais de 80 anos do sexo masculino.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que no ano de 2018 a hérnia inguinal acometeu principalmente homens, na faixa etária de 60 a 69 anos, em sua maioria, provenientes da região Sudeste, que internaram em caráter eletivo para fins cirúrgicos. Além disso, cabe ressaltar que é no grupo de pacientes com mais de 80 anos que há o maior número de óbitos.</p>	<p>ANÁLISE DA CICATRIZAÇÃO DE ANASTOMOSES COLORRETAIS, EM RATOS, SOB A AÇÃO DO EXTRATO DE VERONICA OFFICINALIS EM COMPARAÇÃO A CICATRIZAÇÃO DAS ANASTOMOSES COLORRETAIS, EM RATOS, SOB AÇÃO DE MELOXICAM</p> <p>LUCAS NASCIMENTO GALVÃO, MAÍRA KHOURY EVANGELISTA, EDSON YUZUR YASOJIMA, André Takashi OTI, TÁSSIO CRUZ XAVIER, GLENDA FIGUEIRA GUIMARÃES, EMANUELLE MATOS RODRIGUES, MATEUS PAES TEIXEIRA</p> <p>OBJETIVO: Avaliar o efeito do extrato da planta Veronica officinalis sobre a cicatrização de anastomoses colorretais efetuadas em ratos Wistar.</p> <p>MÉTODO: 21 ratos distribuídos randomicamente em 4 grupos: Grupo Piloto (GPi): realizado treinamento técnico (N3); Grupo Anastomose Colorretal (GAC): efetuada anastomose colônica término-terminal, plano único, com Vicryl 5-0 no cólon descendente próximo ao reto (N6); Grupo Anastomose Colorretal+Verônica officinalis (GAC+VO): efetuada anastomose colônica término-terminal, plano único, com Vicryl 5-0 no cólon descendente próximo ao reto. Foi administrado extrato de Veronica officinalis por gavagem. (N6); Grupo Anastomose Colorretal+Meloxicam (GAC+M): efetuada anastomose colônica término-terminal, plano único, com Vicryl 5-0 no cólon descendente próximo ao reto. Foi administrado meloxicam por gavagem. (N6). Foram avaliadas aderências abdominais e histomorfologia no 3º e 7º dia pós-operatório.</p> <p>RESULTADOS: O uso da Veronica officinalis não revelou alteração da quantidade de aderências, infiltrado mononuclear, proliferação fibroblástica e do tecido de granulação. A estatística dentro dos grupos demonstrou que o tratamento com Veronica officinalis diminui o edema (p0.0253) e congestão (p0.0253) entre o 3º e o 7º dia. A comparação dos grupos entre si revela a redução da congestão (p0.0183) dos animais tratados (GAC+VO) em relação aos outros grupos no 7º dia. No entanto, não é possível afirmar que extrato tem efeito positivo sobre o processo de cicatrização final das anastomoses.</p> <p>CONCLUSÕES: O extrato hidroalcoólico fluido de Veronica officinalis não é estaticamente relevante como tratamento no processo cicatricial das anastomoses colônicas em ratos Wistar.</p>
<p>PO 231-2</p> <p>EFEITO CÉLULAS TRONCO MESENQUIMAIS EM ANASTOMOSES INTESTINAIS DE ALTO RISCO. ESTUDO EXPERIMENTAL</p> <p>VALTER ALVARENGA JUNIOR, AMBILÉ MARAN CARRA, WAGNER BAETAS DA CRUZ, HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA, MORGANA TEIXEIRA CASTELO BRANCO, PAULO CESAR SILVA, MANOEL LUIZ FERREIRA, ALBERTO SCHANAIDER</p> <p><i>UFRRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar o potencial efeito curativo do uso local de células-tronco mesenquimais (CTM) derivadas do tecido adiposo, em modelo de anastomose colônica de alto risco em ratos.</p> <p>MÉTODO: Sessenta ratos Wistar foram distribuídos aleatoriamente em cinco grupos (Figura 1): 1. Controle, 2 Anastomose 3. Colite induzida por ácido trinitrobenzenossulfônico (TNBS), 4. Colite induzida por TNBS, anastomose e solução de cultura celular (MCA), 5. Colite induzida por TNBS, anastomose e CTM. No dia 7 pós-colite, foi realizada uma secção transversal do cólon descendente, 4 cm acima da reflexão peritoneal, com anastomose término-terminal. Em seguida, uma solução com 2 x 10⁶ CTM ou uma solução de MCA foi gotejada diretamente sobre a superfície externa da anastomose. Foram utilizados os seguintes parâmetros para análise das amostras: escore histológico, atividade de mieloperoxidase, fibrose, infiltrado inflamatório, dano epitelial, mediadores inflamatórios em sobrenadantes de culturas de explantes e expressão gênica de moléculas envolvidas na cicatrização de feridas, por PCR em tempo real.</p> <p>RESULTADOS: Os animais que foram submetidos a indução da colite pelo TNBS (Grupo 3) apresentaram deiscência da anastomose, abscesso e/ou peritonite, ao contrário do Grupo 4 sem complicações decorrentes da anastomose. Na análise histológica (H & E), no Grupo 3, com 14 dias presença de colite caracterizada por: infiltração de células mononucleares, hiperemia, vasodilatação e alterações atróficas associadas. A aplicação de MSC, no Grupo 4, reduziu a inflamação e preservou a mucosa com adequada cicatrização. A avaliação quantitativa de fibras de colágeno (Picosirius Red-PS) e células calcificantes (PAS) em amostras de cólon obtidas aos 14 dias evidenciou redução significativa da densidade do colágeno e a preservação do número de células no Grupo 4 (anastomose tratada com CTM). As células positivas para TUNEL obtidas com 14 dias mostraram uma redução significante de células apoptóticas do Grupo 4 quando comparada àquela do Grupo 3. A análise imunohistoquímica do grupo tratado com CTM reduziu o recrutamento de células inflamatórias (CD4 e CD11) e análise por PCR mostrou uma redução significante dos níveis de mRNA de mediadores inflamatórios, capazes, também, de interferir com a cicatrização.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento com CTM foi capaz de melhorar a evolução cirúrgica de anastomoses intestinais em vigência de processo inflamatório, proporcionando cicatrização e regeneração teciduais adequadas, em face da atividade imunomoduladora dessas células, com perspectiva de aplicabilidade em pesquisas translacionais.</p>	<p>PO 232-2</p> <p>INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: UMA REVISÃO DAS ATUALIZAÇÕES GLOBAIS PARA A PREVENÇÃO</p> <p>Lucas Roberto da Silva Barbosa, Caio Felipe Thomazin Panicio, Matheus Simões de Oliveira, Giovana Escrivano da Costa, Gabriela Medeiros Formiga Moreira, Ana Elisa Biesek Leite, Camilla Batista Mascena Nogueira, Angelo Luis Tonon Santana</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar a importância da temática para a comunidade acadêmica assim como evidenciar as principais recomendações globais para a prevenção desta condição.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão de literatura em que foi realizada ampla busca sobre o assunto em artigos publicados entre 2013 e 2018, indexados nas bases de dados Scielo, Pubmed e BVS.</p> <p>RESULTADOS: A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é objeto de grande preocupação dos serviços de saúde. Dentre as topografias das IRAS, a Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) está diretamente relacionada aos procedimentos cirúrgicos e, no Brasil, ocupa a terceira posição dentre todas as infecções em serviços de saúde, compreendendo entre 14% e 16% em pacientes hospitalizados. Entretanto, há evidências de que essa incidência é subestimada, não incluindo as infecções que se manifestam após a alta hospitalar, as quais podem variar entre 12% e 84%. As ISCs podem ser causadas por microrganismos de fontes endógenas (principal via, sendo o Staphylococcus aureus o mais comum) ou exógenas (majoritariamente por escassa antisepsia e lesões perfurantes) e levam a graves consequências, como aumento nos gastos devido ao seu tratamento; aumento do tempo de internação e mortalidade atribuída. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a prevalência da ISC compreende entre 14,0 a 16,0% dentre as infecções encontradas em pacientes hospitalizados. Dentre os principais fatores de risco para ISC estão: preparo pré-operatório ineficiente, tipo de procedimento cirúrgico, tempo e técnica da equipe profissional. Porém, fatores inerentes ao próprio paciente são os mais prevalentes (BATISTA, RODRIGUES; 2012); pacientes com menos de um ano e maiores de 60 anos constituem grupo de risco, juntamente com imunodeficientes, e apresentam maior probabilidade de adquirir esse tipo de infecção (SANTOS, TEIXEIRA, DIOGO; 2010). Segundo Berríos (2017) a cada episódio de ISC o período de internação aumenta cerca de 7-11 dias. O risco de mortalidade é 2 a 11 vezes mais elevado em relação àqueles sem infecções. Há impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e na imagem da instituição. É sabido que entre 50 a 60% das ISC poderiam ser evitadas por meio da implementação de estratégias de controle baseadas em evidências.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a ISC é de grande preocupação e há evidências que sua incidência está sendo subestimada. Quando contraída, a infecção leva a graves consequências não só para o paciente quanto para a instituição, tanto em sua imagem quanto aos elevados gastos para seu tratamento. A falta de preparo pré-operatório eficiente e uma técnica aprimorada de cirurgia são os principais fatores de risco, juntamente com pacientes com menos de um ano e maiores de 60 anos, que constituem grupo de risco. Pode-se diminuir tais índices com uma adequada formação e atualização da equipe profissional, aliado às técnicas baseadas em evidências.</p>

PO 233-1	PO 233-2
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS HERNIOPLASTIAS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>Lucas Roberto da Silva Barbosa, Caio Felipe Thomazin Panício, Matheus Simões de Oliveira, José Gabriel Rodrigues de Carvalho Holanda, Gabriela Medeiros Formiga Moreira, Ana Elisa Biesek Leite, Aline da Costa Gobbi, Angelo Luis Tonon Santana</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das hernioplastias nos estados brasileiros, levando em consideração a complexidade; o regime; o tipo de procedimento; a taxa de mortalidade; o contexto em que a cirurgia foi realizada (eletivo ou emergência) e categorizar por região do país.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo ecológico retrospectivo, com dados encontrados no DATASUS no período de 2014 a 2018, quantificando-se, por região do país, o perfil do procedimento e em que contexto foi realizada.</p> <p>RESULTADOS: A hérnia pode ser caracterizada como sendo uma protuberância de algum órgão interno para fora do seu sítio de alojamento natural. É importante salientar que cada hérnia recebe uma denominação a partir da localização que a mesma se apresenta. Temos a hérnia inguinal como sendo a mais frequente, hérnia femoral, hérnia de Spiegel, hérnia umbilical, hérnia epigástrica, hérnia de petit, etc. A ocorrência deste acaso pode ser devido à diversos fatores, sendo alguns destes: fraqueza muscular, tabagismo, esforço físico intenso, conduto peritônio-vaginal não obliterado e constipação crônica. No Brasil, entre 2014 e 2018, foram realizadas 1.151.232 hernioplastias. A região Sul apresentou o maior número de procedimentos por 100 mil habitantes, com 679,75, seguida pelo Nordeste, com 678,05. A região com menor número foi o Centro-Oeste, com 459,89 por 100 mil habitantes. Considerando o caráter da hernioplastia, 80% foram eletivas (total de 930.768), 19% de urgência (220.429) e 1% não foi registrado. Das eletivas a maior parte (40,10%) foi realizada no Sudeste, e a minoria (5,82%) no Norte. Dentre as de urgência, a maioria também foi realizada no Sudeste (31,5%), e a minoria no centro-oeste (7,70%). De acordo com o regime do procedimento, a maior parte foi ignorada a informação do setor (43%), do restante (31%) foram do setor privado e 26% do público. Dos tipos de hernioplastias, com maior número destacou-se a inguinal unilateral com 48,42%, seguida pela umbilical (26,84%) e incisional (9,3%), com menor número a epigástrica videolaparoscópica (0,02%), seguida pela diafragmática via torácica (0,092%) e diafragmática via abdominal (0,19%). Foram registrados 1.700 óbitos, destes a maior parte ocorreu no Sudeste (47,29%), seguido pelo Nordeste (24,7%), e com menor índice o Centro-Oeste (5,88%), seguido pelo Norte (6,5%).</p> <p>CONCLUSÕES: Mais da metade das hernioplastias foram eletivas, com prevalência na região Sudeste. Nessa região, também, foram documentados a maior parte dos óbitos. Houve prevalência de hernioplastias para hérnia inguinal unilateral. Desse modo, o conhecimento do perfil das hernioplastias se torna importante para a avaliação de riscos e, assim, guiar uma boa conduta médica.</p>	<p>MODELO DE BAIXO CUSTO PARA A PRÁTICA DE TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA</p> <p>Lara Poti Nobre, Matheus de Sousa Mendes, João Felipe Carvalho Rodrigues, Dharien Oliveira Correa, Victor Frota Dias, Bianca Batista Diniz Freitas, Francisca Dayanne Barreto Leite, Israel Lopes de Medeiros</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A simulação vem sendo amplamente realizada nas Universidades de Medicina, visto que cria uma alta carga de aprendizado. Modelos de baixo custo apresentam bastantes benefícios para a reprodutibilidade e acesso dos estudantes. A toracocentese, por sua vez, é um procedimento comum em emergências e enfermarias com pacientes portando derrame pleural. Tal procedimento é simples de ser realizado e serve para o diagnóstico de certas patologias. Diante disso, um modelo de baixo custo de toracocentese foi desenvolvido pela Liga de Cirurgia Torácica (LICITO) da Universidade de Fortaleza e testado por alunos do curso de medicina.</p> <p>MÉTODO: O modelo de Toracocentese foi elaborado em um manequim (R\$ 26) associado a massa de modelar (R\$2,90) para representar as costelas, uma garrafa de água de 330 ml (R\$ 2,00) para representar o derrame pleural, 1 metro de velcro (R\$ 2,60) e cola superbond (R\$ 6,10) para fixação das estruturas no manequim, 1 m² de papel EVA (R\$ 2,39) para representar as camadas da pele durante a punção. A escápula foi moldada por um pedaço do manequim que foi retirado com a finalidade de fornecer espaço para as camadas da pele e tecidos adjacentes. Ademais, foi colocado um balão acima da garrafa para representar um pneumotórax, caso houvesse erro durante a punção. Após a montagem do modelo, foram solicitados a acadêmicos de Medicina realizarem o procedimento de toracocentese. Além disso, foi aplicado um questionário com perguntas teórico-práticas sobre o procedimento antes e depois da prática, avaliando os conhecimentos prévios e adquiridos. Associado a isso avaliou-se a viabilidade do modelo e se recomenda-se o uso dele na aprendizagem.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados questionários pré-teste e pós-teste contendo 5 perguntas. Colheram-se 45 respostas ao pré-teste, sendo alunos do primeiro ao quinto semestre, enquanto que no pós-teste foram obtidas apenas 26 respostas, com a divisão dos semestres similar. Apenas 27 alunos participaram da aula teórica. No pré-teste, 48,9% acertaram a posição do paciente na punção, já no pós-teste todos os participantes responderam corretamente. Referente à segunda pergunta, apenas 35,6% dos alunos demonstraram conhecimento acerca do local da punção, enquanto que após a simulação foi 73% das pessoas. No que diz respeito à pergunta "Qual o parâmetro usamos para facilitar a palpação do espaço intercostal?" boa parte da amostra (57,8%) acertou a resposta no primeiro questionário; 3 cm abaixo da ponta da escápula, assim como para a indagação a respeito do limite máximo de drenagem considerado para a punção, sendo esta 42,2% dos participantes. Esta também atingiu um montante maior de acertos no segundo formulário, sendo 61,5%, assim como aquela, que apenas um aluno não respondeu corretamente. Quanto às possíveis complicações do procedimento, em ambos os questionários as respostas foram gerais e corretas.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante disso, foi possível notar a relevância para o aprendizado dos participantes, com abordagem teórico-prático do simulador feito pela LICITO.</p>
<p>PO 234-2</p> <p>SIMULAÇÃO DE ANASTOMOSE TRAQUEAL EM MODELO DE BAIXO CUSTO</p> <p>Matheus de Souza Mendes, Lara Poti Nobre, Rodrigo Teófilo Parente Prado, João Felipe Carvalho Rodrigues, João Carlos Fechine Machado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Victor Frota Dias, Israel Lopes de Medeiros</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A utilização de modelos de para a prática cirúrgica é de extrema importância para a aquisição de habilidades antes de se entrar em contato com o paciente. Os modelos de baixo custo trazem o ensino para o público médico em geral, além de dispensar utilização de modelos animais. A traqueoplastia, que é um dos principais tratamentos para a estenose traqueal, comum em pacientes que permaneceram intubados por mais de oito dias e um procedimento complexo, necessita de um treinamento adequado. Assim, criou-se um modelo de baixo custo, simulando o procedimento de maneira acessível ao público médico em geral.</p> <p>MÉTODO: O modelo de anastomose traqueal foi elaborado com um manequim (R\$ 26,00), um eletroduto corrugado (R\$ 7,20) para representar a traqueia, eletroduto rígido PVC (R\$ 13,49) para fixação do eletroduto corrugado na parede torácica do manequim junto a cola cianoacrilato (R\$ 6,10), elástico (R\$ 4,50) e pregos (R\$ 5,42) para representarem a pressão negativa do tórax ao tensionar a traqueia e fio de sutura de algodão 2.0 (R\$ 2,00). Após a montagem do modelo, 15 acadêmicos de medicina dos semestres 2^o-4^o participaram da prática de anastomose traqueal após uma aula teórica ministrada por integrantes da Liga de Cirurgia Torácica (LICITO) da Universidade de Fortaleza. Em seguida, foi solicitado aos acadêmicos para responderem um questionário sobre o contato prévio com a anastomose traqueal, eficácia do aprendizado a partir do modelo, satisfação com os materiais usados no modelo, reprodutibilidade, semelhança anatômica e questionamentos sobre a aprendizagem na simulação prática.</p> <p>RESULTADOS: Após análise das avaliações, 93,3% dos participantes nunca tiveram contato com o assunto. 73,3% acreditam que o simulador foi construído com material satisfatório (26,7% concorda parcialmente). 46,7% acha o simulador semelhante ao procedimento real, 46,7% concorda parcialmente e 6,7% discordam. 93,3% acredita que deveriam haver mais momentos práticos associados à teoria (6,7% concorda parcialmente). 100% achou a atividade prática eficaz no processo de aprendizagem do procedimento. Por fim, 93,3% recomendaria momentos de prática associado à aulas para outros colegas (6,7% concorda parcialmente).</p> <p>CONCLUSÕES: Mesmo com limitações, os resultados demonstram satisfação dos participantes. O desenvolvimento de modelos baixo custo associados a aulas teóricas é uma opção viável e efetiva na busca de novos conhecimentos e habilidades na graduação médica. Sendo montado com materiais acessíveis e de fácil manuseio, sua possível utilização em larga escala permite a prática e avaliação em grandes grupos, tornando o modelo uma ferramenta de ensino adequada.</p>	<p>PO 234-3</p> <p>TRAUMA TORACICO E ABDOMINAL PENETRANTE: COMPLICACOES POS OPERATORIAS</p> <p>Victor Luis Fischer, Paulo Silveira, Gisele Castro Peron</p> <p><i>Hospital estadual adao pereira nunes - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar estatisticamente os tipos de traumas penetrantes tóraco-abdominais e de tórax e abdome, e os fatores relacionados à ocorrência de complicações pós-operatórias imediatas, prolongamento do tempo de internação hospitalar e óbito.</p> <p>MÉTODO: Avaliados 62 pacientes vítimas de ferimentos penetrantes tóraco-abdominais e de tórax e abdome, atendidos na sala de trauma do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, no período de 01 de Dezembro de 2018 à 06 de Março de 2019.</p> <p>RESULTADOS: Foi observado que, dos 62 pacientes, 22,5% apresentou lesão tóraco-abdominal, 37,7% apresentou lesão torácica e, 40,3% apresentou lesão abdominal. No primeiro grupo houve uma mortalidade de 7,14% e uma taxa de 21,4% de complicação pós-operatória. No segundo grupo houve 4,34% de mortalidade e 13% de complicação pós-operatória. Já no terceiro grupo a mortalidade foi de 20% contra 4% de complicação pós-operatória. Quanto ao tempo de internação hospitalar, a média foi de 13,6; 10,9; e 8,9 dias para os primeiro, segundo e terceiro grupos, respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes vítimas de lesões penetrantes toraco-abdominais mostraram apresentar maior tempo de internação hospitalar, enquanto as lesões abdominais resultaram em maior mortalidade e as lesões de tórax foram responsáveis pelas maiores taxas de complicação nos pacientes estudados.</p>

PO 235-2	PO 236-2
<p>PRODUÇÃO DE INTERFACE PARA APRIMORAMENTO DE IMAGENS TOMOGRAFICAS EM LESÕES TRAUMÁTICAS ESPLÊNICAS</p> <p>MAYARA MAIKA ALVES LOBATO ALMEIDA, DANILO STANZANI, MARIANA FERNANDES ALVES</p> <p><i>HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE CARVALHO DE FLORENCE - SAO JOSE DOS CAMPOS - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Utilizar ferramentas tecnológicas para modificar imagens tomográficas de abdome em trauma esplênico com a finalidade de tornar o contraste dispensável, porém mantendo intacta a qualidade das imagens tendo a certeza do não prejuízo ao diagnóstico das lesões.</p> <p>MÉTODO: Uso do software MATrix Laboratory (MATLAB) para processar imagens de tomografia computadorizada de traumas esplênicos coletadas do banco de dados do sistema de imagens do Hospital Municipal José de Carvalho Florence (EPACS)</p> <p>RESULTADOS: Testes iniciais mostraram que parece ser possível obter o resultado esperado, com realce das imagens de lesões de baço apesar do uso de contraste intravenoso, porém mais testes são necessários para concluir o experimento</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo propôs a modificação de imagens de tomografia computadorizadas afim de dispensar o uso do contraste mantendo o realce e a qualidade das imagens. Testes iniciais já evidenciaram ser possível tal feito, porém ainda é necessário um maior período de estudos e testes para se alcançar o resultado definitivo</p>	<p>OS SMARTPHONES PODEM SER USADOS PARA REALIZAR MICROANASTOMOSE ASSISTIDA POR VIDEO? UM ESTUDO EXPERIMENTAL</p> <p>Nayara Pontes de Araújo, Deivid Ramos dos Santos, Faustino Chaves Calvo, Luan Teles Ferreira de Carvalho, Dora Fonseca da Silva, Renan Kleber Costa Teixeira, Rui Sérgio Monteiro De Barros</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a possibilidade de usar o sistema de ampliação de smartphones para realizar microanastomose em ratos.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 15 ratos machos da espécie Rattus norvegicus, da linhagem Wistar, divididos aleatoriamente em 3 grupos, com 5 animais cada. Todos os animais foram submetidos à anastomose da artéria femoral na parte dianteira da pata direita e neurografia do nervo femoral na pata posterior esquerda, acessados por meio de uma incisão longitudinal feita na região anterolateral da pata direita e esquerda, do trocarter maior em direção ao côndilo lateral do fêmur, e dissecação do tecido subcutâneo para exposição do feixe neurovascular do fêmur. Os grupos foram diferenciados de acordo com o sistema de ampliação utilizado: Microscópio (MG), smartphone iPhone 7 (IG) e smartphone Galaxy S7 (SG). No grupo do microscópio, foi utilizado um microscópio de microcirurgia DFVasconcelos para a realização dos procedimentos. Em ambos os grupos de smartphones, os aparelhos foram apoiados por meio de um suporte metálico, criado pelo próprio pesquisador, e os sistemas de ampliação foram conectados a uma televisão de 55 polegadas através da função de espelho, via wi-fi. O peso corporal, o calibre arterial e nervoso e o tempo e patência da anastomose foram imediatamente analisados. As análises estatísticas foram realizadas usando o software BioEstat 5.3. O peso corporal, o calibre de artéria e nervo, a anastomose arterial e a duração da neurografia foram comparados entre os grupos usando análise de variância, seguida de comparações pós-teste de Tukey. As taxas de patência foram comparadas usando o teste exato de Fisher. Um nível de P <0,05 foi considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação ao peso corporal, calibre arterial ou calibre do nervo. Os primeiros passos em direção à anastomose ou rafia foram realizados com dificuldade nos grupos IG e SG, pois os smartphones não forneceram qualidade de imagem suficiente para uma identificação adequada das paredes arteriais para anastomose ou do epineuro para evitar a lesão axonal durante a sutura. Portanto, nem a anastomose arterial nem a neurografia puderam ser completadas, mesmo após 3 horas da cirurgia. Já no grupo MG, o tempo necessário para completar a anastomose arterial e a neurografia foi de 16,80 ± 2,44 minutos e 3,82 ± 0,31 minutos, respectivamente, e a patência arterial foi de 100%, o que diferiu significativamente de ambos os grupos de smartphones (P <0,01).</p> <p>CONCLUSÕES: A resolução de vídeo atual e a falta de imagem estereoscópica dos smartphones disponíveis não são suficientes para realizar a anastomose videoassistida das artérias ou nervos femorais.</p>
<p>PO 238-1</p> <p>AValiação DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR HERNIA INGUINAL NO BRASIL</p> <p>LUANNA LEITE, GABRIELA MOREIRA, CAIO PANICIO, FILIPE BOARETTO, LARISSA LEITE, PEDRO BRITTO, FRANCISCO CUSTÓDIO, ANGELO SANTANA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - OLINDA - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das internações por hérnia inguinal no Brasil nos anos de 2008 a 2018, identificando as regiões mais prevalentes, e a relação da patologia de acordo com o sexo, idade e a etnia no período de 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico e descritivo. O levantamento de dados deste estudo ocorreu a partir de resultados obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) no período de 2008 a 2018. A revisão de literatura ocorreu através das bases de dados dos portais PubMed e SciELO.</p> <p>RESULTADOS: Hérnia inguinal é uma protuberância que surge na região da virilha e, geralmente se dá por uma parte do intestino que sai através de um ponto fraco dos músculos abdominais. Costuma acometer indivíduos que se submetem a elevadas pressões abdominais ao longo dos anos, com um gradativo aumento da fragilidade da musculatura abdominal, até que ocorre a herniação. No Brasil, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, ocorreram 1.579.674 internações por hérnia inguinal, dentre esses 83,13% do sexo masculino e 16,86% do sexo feminino. A região Sudeste apresentou maior número geral de internações com 607.216 (38,4%), seguido pelo Nordeste, com 475.007 (30,06%). A região com menor número foi o Centro-Oeste, com 107.660 (6,81%), seguido pelo Norte, com 132.720 (8,40%). A faixa etária que se destacou com o maior número de acometidos foi de 50 a 59 anos, com 263.523 casos, seguida pela de 60 a 69 anos, com 251.184. A faixa etária com maiores de 80 anos e a entre 10 a 14 anos tiveram o menor número de registros, com 37.406 e 39.229 respectivamente. A etnia mais prevalente foi a Parda (32,89%), seguida pela Branca (32,79%), enquanto a menos prevalente foi a Indígena 0,09%. Nesses 10 anos, houveram 2.195 óbitos, sendo 1.514 (68,97%) do sexo masculino e 681(31,02%) do sexo feminino.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico da hérnia inguinal no Brasil é representado por um homem Pardo, entre 50 a 59 anos e morador da região Sudeste. Foi identificado que dentre as internações, mais de 80% é na população masculina, evidenciando a importância da implementação imediata de medidas sociais e políticas para esses indivíduos, visando a prevenção e a melhora na qualidade de vida dessas pessoas.</p>	<p>PO 240-2</p> <p>AValiação DA ADESÃO DOS CIRURGIÕES AO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.</p> <p>Gabriela Debs Diniz, Maria Beatriz Guimarães Ferreira, Maria Carolina Ferrete Garcia de Figueiredo, Daniel Eugênio Espindola de Amurim, Gilberto André Teles de Oliveira Junior</p> <p><i>Uniuibe - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A segurança do paciente é um componente fundamental na qualidade dos cuidados de saúde. Na tentativa de minimizar eventos adversos, erros e complicações na prestação de cuidados cirúrgicos, em janeiro de 2007 a Aliança Mundial de Segurança do Paciente iniciou a criação do checklist de cirurgia segura, o qual foi oficialmente implementado em junho de 2008. O uso do checklist de cirurgia segura tem como objetivo melhorar a segurança do paciente durante as cirurgias e intensificar a comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica. Além disso, reduz os conflitos gerados por imprevistos que possam ocorrer durante os procedimentos. O objetivo do presente estudo foi avaliar a adesão dos profissionais de saúde quanto às práticas do instrumento de checklist de cirurgia segura.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional, descritivo, seccional, de abordagem quantitativa, realizado no período de julho de 2017, em um hospital de ensino no interior de Minas Gerais. Foram observadas 124 cirurgias eletivas com pacientes maiores de 18 anos. Para identificar a adesão ao checklist de cirurgia segura, os pesquisadores realizaram observação da realização ou não dos procedimentos de segurança preconizados pela Organização Mundial de Saúde pelos profissionais de saúde em três momentos: A (antes da indução anestésica), B (antes da incisão cirúrgica) e C (antes da saída do paciente da sala de cirurgia). Para análise dos dados, adotou-se análise univariada com auxílio do software estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences, versão 23. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Uberaba, sob o CAAE nº 65788817.5.0000.5145.</p> <p>RESULTADOS: Entre as 124 cirurgias analisadas, o percentual de não adesão dos campos preenchidos no momento A foi de 59,71% (DP = 11,36), com mínimo de 33,33 e máximo de 87,50. No momento B foi de 53,74%, (DP = 7,97), com mínimo de 36,00 e máximo de 76,00. Já no momento C foi de 22,73%, (DP = 9,54), com mínimo de 6,25 e máximo de 50,00. Considerando a não adesão geral do checklist, o percentual foi de 48,31%, desvio padrão de 8,04, com mínimo de 30,07 e máximo de 67,69.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, os dados mostram que não houve uma adesão expressiva do checklist de cirurgia segura em nenhum dos momentos analisados, devendo haver maior divulgação e aplicação pelos profissionais da área a fim de evitar possíveis complicações ao paciente.</p>

PO 241-2	PO 243-2
<p>NOVO MODELO DE TREINAMENTO USANDO INTESTINO DE GALINHAS PARA ANASTOMOSES INTESTINAIS PEDIÁTRICAS</p> <p>Nayara Pontes de Araújo, Deivid Ramos dos Santos, Faustino Chaves Calvo, Hícaro Donato Granhen, Neli Miyuki Ramos Sasaki, Emmily Lima Borges, Renan Kleber Costa Teixeira, Rui Sérgio Monteiro de Barros</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL PARA - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Desenvolver um novo modelo de treinamento de baixo custo, fácil de fazer e fácil de usar, usando intestino de frangos para anastomoses intestinais infantis.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados segmentos de intestino de galinha, medindo 7 cm cada, os quais foram fixados em suporte próprio para a realização do procedimento. Realizou-se uma anastomose término-terminal, término-lateral e látero-lateral. Anastomoses suturadas à mão foram realizadas em dupla camada: uma camada interna de suturas interrompidas de vicril 5-0 e uma camada externa de prolene contínua 5-0 sutura. Para medir objetivamente a quantidade de estenose e vazamento, usamos um sistema que permitia que a água flua através da anastomose, com o auxílio de uma bolsa nutricional enteral preenchida com água e cateter 18G. A torneira foi aberta e a água pôde passar pela embarcação por 30 segundos. A quantidade de água coletada no recipiente situado sob a anastomose representou o vazamento. Antes do início de cada teste de treinamento, o recipiente foi esvaziado, seco com uma toalha e pesado para garantir medições de partida precisas. Os parâmetros analisados foram custo, diâmetro e comprimento do intestino, número de pontos, patência da anastomose e quantidade de fluxo e vazamento. Os resultados foram apresentados como média ± erro padrão da média.</p> <p>RESULTADOS: O diâmetro e o comprimento do intestino de frango utilizado variaram de 0,5 a 3 cm (média: 2,08 ± 0,77 cm) e 30 a 50 cm (média: 43,44 ± 3,59 cm), respectivamente. Com um intestino foi produzido em média 6 simuladores. O custo de cada simulador foi de aproximadamente US \$ 0,80. Em todos os casos foi possível fazer a anastomose em dupla camada sem dificuldades diferentes das usuais. Houve patência positiva em todas as anastomoses após o término do procedimento, sem necessidade de reintervenções. O fluxo médio foi de 19,71 ± 0,21ml para anastomose término-terminal, 19,55 ± 0,26ml para anastomose término-lateral e 19,28 ± 0,33ml para anastomose lado a lado. A quantidade média de vazamento foi de 0,16 ± 0,04ml para anastomose término-terminal, 0,25 ± 0,06ml para anastomose término-lateral e 0,24 ± 0,05ml para anastomose lado-a-lado.</p> <p>CONCLUSÕES: O novo modelo de treinamento utilizando intestino de galinha para anastomoses intestinais infantis é de baixo custo, fácil de fazer e de fácil acesso.</p>	<p>METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM CIRURGIA EXPERIMENTAL: O QUE HA DE NOVO?</p> <p>Túlio Barbosa Novaes, João Victor Fernandes de Paiva, Williamina Oliveira Dias Pinto, Caroline Gimenez Covatti, Ana Elisa Biesek Leite, Cristiano Paludo De Negri, Valéria Andrade Calado, Lourival Diniz Carvalho Neto</p> <p><i>cesmac - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar novas metodologias de ensino e aprendizagem referente à cirurgia experimental, verificando importância e inserção no ambiente cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática de literatura relativa às novas possibilidades de metodologias tanto de ensino quanto de aprendizagem em cirurgia experimental, utilizando as bases de dados PubMed, SCIELO e BIREME.</p> <p>RESULTADOS: O ensino em cirurgia sempre foi baseado no princípio tradicional do aprendizado cirúrgico: "ver, fazer e ensinar". Agora, as especialidades cirúrgicas estão desenvolvendo e incorporando simulação cirúrgica como potencial maneira de desenvolver habilidades dos seus aprendizes. Não há regras ou definições claras de como ensinar a técnica cirúrgica e cirurgia experimental. Sabe-se que hoje em dia, com a presença imperante da tecnologia entre os estudantes de Medicina, é possível combinar mídias sociais, vídeos de procedimentos cirúrgicos e até mesmo simulações em realidade virtual, integrando-os em ambientes virtuais de aprendizado. A Sala de Aula Invertida é um exemplo de metodologia que foi bem recebida e avaliada para estudantes de Medicina. Esse método demonstrou ser uma plataforma eficiente e promissora, demonstrando redução do tempo didático, sem afetar o rendimento dos estudantes em provas. A criação de aplicativos de forma simples, tal como o guia eletrônico, aumenta a interação professor-estudante, mediante uma comunicação direta e objetiva, com a possibilidade de a ferramenta poder ser atualizada com inclusão de material didático e vídeos de cirurgias e, se desejado, links para aplicações em realidade virtual vem cada vez mais encontrando espaço e aceitação como ferramenta para o aprendizado da medicina.</p> <p>CONCLUSÕES: É notável a crescente disponibilidade de recursos tecnológicos cada vez mais inseridos no meio profissional. A inserção da tecnologia para criação de métodos de ensino é uma alternativa válida já que influi na qualidade e disponibilidade de métodos de aprimoramento aos estudantes sem expor pacientes ao risco de erros técnicos por falta de prática e experiência, além de proporcionar aos alunos formas mais acessíveis de praticar suas habilidades.</p>
<p>PO 244-2</p> <p>A IMPORTANCIA DA LIGA ACADEMICA DE TÉCNICAS CIRÚRGICAS NO ESTUDO DA EPIDEMIOLOGIA.</p> <p>Renato Vitor Gonçalves da Silva, Iogo Palacio Pinheiro, Douglas Jose Moraes Pesoa, Roberto Costa de Macedo, Liziany Emanuely Oliveira Dias, Emerson Oliveira Lise, Marilena Corrêa de Mello, Kassya Da Silva Rebelo</p> <p><i>UNIFAMETRO - Manaus - Amazonas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Liga Acadêmica de Técnicas Cirúrgicas do Centro Universitário FAMETRO (UNIFAMETRO) tem como foco verificar as características epidemiológicas, clínicas e cirúrgicas atendidas no Hospital e Pronto Socorro (HPS) 28 de Agosto, Manaus-AM, no setor de cirurgia geral com o objetivo de auxiliar na busca da qualidade e racionalização de recursos da gestão hospitalar.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo transversal, feito com 189 pacientes atendidos no HPS 28 de Agosto no setor de Cirurgia Geral em Manaus-AM acompanhados pelos integrantes da Liga Acadêmica de Técnicas Cirúrgicas da UNIFAMETRO do dia 19 de Agosto de 2018 ao dia 9 de dezembro de 2018. Foram estudadas as variáveis clínicas: avaliação clínica dos pacientes atendidos no ambulatório e os pacientes submetidos a cirurgias.</p> <p>RESULTADOS: Os atendidos em âmbito cirúrgico foram 17 pacientes (8,99%) com predominância de apendicectomia (29,4%). Em ambulatório foram atendidos 172 pacientes com a predominância dos casos de Dor abdominal (19,57%) seguido de acidentes motociclístico (14,81%), vítimas de queda da própria altura (5,29), acidentes automobilísticos (5,29%), acidentes domésticos (3,70%), agressões físicas (3,17%), arma branca (3,17%), atropelamento (2,64%), acidentes de trabalho (2,11%), quedas maiores de 3 metros (1,58%), corpo estranho em ouvido (1,58%), queimaduras de segunda grau (1,58%), ataques de animais domésticos (1,58%), quedas de es- cada (1,58%), atestados de óbitos (1,58%), ferimentos em planta do pé (1,05%), dor em região lombar (1,05%), hérnias inguinais (1,05%), hemorragias anais (1,05%), derrames pleurais (1,05%) e outras causas (0,52%).</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e ambulatórios atendidos no HPS 28 de Agosto no setor de Cirurgia Geral foi: âmbito cirúrgico foram 17 pacientes (8,99%) com predominância de apendicectomia (29,4%) e no ambulatório foram atendidos 172 pacientes com a predominância dos casos de Dor abdominal (19,57%) seguido de acidentes motociclísticos (14,81%). A predominância dos casos é compatível com as séries descritas na literatura para pacientes atendidos no setor de cirurgia geral em serviços de emergências.</p>	<p>PO 246-2</p> <p>MODELO ALTERNATIVO DE METÁSTASE ÓSSEA NO CÂNCER COLORRETAL</p> <p>Giovanna Sanches De Laurentis, Giulia Carli Mendes, Maycon Giovanni Santana, Marina Zecchini Lopes, Ana Carolina dos Santos Rennó, Eduardo Felipe Kim Goto, Denise Gonçalves Priolli</p> <p><i>Universidade São Francisco - Bragança Paulista - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal tem seu curso natural bem descrito e possui terapêutica eficaz quando instituída precocemente. Em contrapartida, a sua ainda alta taxa de mortalidade se deve à busca por auxílio médico em fases avançadas da doença, sendo que 10% a 15% se apresenta com metástases. A incidência global de metástases ósseas em portadores de câncer colorretal é de 5,5%, sendo 17,5% em estágio 3 e 73% em estágio 4. Indicador de mau prognóstico, portadores de metástases ósseas apresentam sobrevida média menor do que 10 meses e o tratamento se baseia na radioterapia. São poucos os modelos de metástases ósseas advindas de câncer colorretal, sendo que especificamente para calota craniana, pela dificuldade em ser proposta radioterapia, modelos de estudos para novas terapêuticas se fazem necessários. Dessa forma, o objetivo desse estudo é desenvolver modelo animal de metástase óssea de adenocarcinoma colorretal com vistas a desenvolvimento de biomarcadores e ou novas modalidades terapêuticas.</p> <p>MÉTODO: Após cultura de adenocarcinoma humano/HT-29 foi realizado xenotransplante em calota craniana em camundongos atímicos. Após 30 dias, realizou-se estudo anatomopatológico (HE) para a caracterização da metástase óssea em animais de ambos os sexos.</p> <p>RESULTADOS: Houve crescimento de massa em região craniana, com fixação na calota e de caráter infiltrativo no osso. Observou-se processo inflamatório com áreas hiperemiadas, áreas de necrose e intenso processo de vascularização; notou-se ainda tecido branco homogêneo, levemente lobulado, com aspecto em "carne de peixe", achados esses típicos do adenocarcinoma colorretal. Microscopicamente observou-se aglomerados de células neoplásicas com núcleos hiper cromáticos, nucléolos proeminentes e citoplasma abundante, consistente com a carcinoma colorretal metastático. Houve diferença quanto ao desenvolvimento tumoral nos diferentes sexos. Em machos os tumores cresceram mais e com maior velocidade. Literatura da área demonstra que os estrogênios exercem efeito antitumoral pela sinalização mediada pelos receptores de estrogênio (ERs). O ERβ atua como regulador dominante, induzindo redução na expressão gênica mediada pelo ERα com consequente efeito negativo na proliferação celular. A diminuição da quantidade de receptores ERβ está associada com aumento de 54% no risco de morte específica por câncer colorretal e uma pior sobrevida. Portanto, a sinalização mediada por estrogênio exerce papel protetor no câncer colorretal. A maior compreensão deste evento poderá fornecer opções adicionais para a profilaxia e terapêutica destes tumores.</p> <p>CONCLUSÕES: Foi possível desenvolver modelo animal de metástase óssea de carcinoma colorretal com vistas a desenvolvimento de biomarcadores e ou novas modalidades terapêuticas.</p>

PO 247-2	PO 248-2
<p>ANÁLISE COMPARATIVA DA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE AUTOGENICO E ALOGENICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA VERSUS SUA COLETA E ACONDICIONAMENTO NO BRASIL</p> <p>MARINILIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, GABRIELA CONCEIÇÃO GOMES, JOÃO VÍCTOR FERNANDES DE PAIVA, GABRIELA MEDEIROS FORMIGA MOREIRA, YASMINE BADWAN MUSTAFÁ, ANA ELISA BIESEK LEITE, JOSÉ GABRIEL RODRIGUES DE CARVALHO, JOSÉ LEIDSON DE ALMEIDA HOLANDA</p> <p><i>Centro universitário tiradentes - MACEIO - Alagoas – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise comparativa entre os índices coleta versus o transplante autogênico e alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea em relação a sua coleta e acondicionamento de medula óssea no Brasil, nos últimos 5 anos, de acordo com a distribuição geográfica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2014 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas pode ser descrito como sendo uma modalidade terapêutica que, atualmente, vem ganhando espaço no tratamento de inúmeras doenças relacionadas ao sangue, sendo estas, benignas ou malignas, hereditárias ou adquiridas ao longo da vida. As células progenitoras (células-tronco) são desenvolvidas na medula óssea e podem ser encontradas também no cordão umbilical. O transplante dessas células irá acarretar em um fornecimento para o paciente de células progenitoras, estas podem ser retiradas dele próprio (transplante autólogo) de um doador compatível (transplante alogênico) ou de células do cordão umbilical. No Brasil, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, foram realizadas 3.785 coletas e 3.434 transplantes, o ano de 2017 teve o maior número de coletas (840), seguido por 2016 (835), o ano de 2013 teve o menor número (668), seguido por 2014(700). Em relação aos transplantes 2016 teve destaque com 728, seguido por 2014 (703), e com o menor foi 2015 (639), seguido por 2013 (693). A região que se destacou pela maior prevalência de coletas foi o Sudeste (64,79%), seguido pelo nordeste (17%), dentre os transplantes destacou-se o Sudeste (61,32%), e logo após o Sul (26,64%). Com a menor prevalência de coletas esteve o centro-oeste (3,72%), seguido pelo sul (14,47%) e de transplantes teve menor prevalência também o centro-oeste (3,02%), porém seguido pelo nordeste (8,99%).</p> <p>CONCLUSÕES: Dentre as regiões analisadas, o Sudeste destacou-se por seu maior número tanto em coletas como em transplantes. Entretanto, a prevalência dos procedimentos nas outras regiões não apresentou a mesma relação, concluindo que em muitos casos as amostras para os transplantados advêm de outro local.</p>	<p>ANÁLISE DA EPIDEMIOLOGIA DAS MALFORMAÇÕES CONGENITAS E OS SEUS TRATAMENTOS CIRÚRGICOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>MARINILIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, JOÃO VÍCTOR FERNANDES DE PAIVA, GABRIELA CONCEIÇÃO GOMES, JOSÉ GABRIEL RODRIGUES DE CARVALHO, YASMINE BADWAN MUSTAFÁ, BRUNA DO CARMO MESQUITA, ANA ELISA BIESEK LEITE, JOSÉ LEIDSON DE ALMEIDA HOLANDA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITARIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a ocorrência das malformações congênicas com base na distribuição geográfica, sexo, faixa etária e etnia, além dos seus tratamentos cirúrgicos levando em consideração os quesitos de caráter de atendimento, grupo procedimento, grau de complexidade e a distribuição geográfica, no Brasil nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2009 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: As malformações congênicas podem ser compreendidas como sendo um conjunto de alterações da estrutura, função ou do metabolismo presente no recém-nascido. Essas variações da normalidade podem resultar em anomalias físicas ou mentais, podendo ou não ter um comprometimento clínico geral. A etiologia dessas anormalidades ainda não estão bem estabelecidas, porém, pode-se destacar alguns fatores causais, como o fator genético e fatores que influenciam o desenvolvimento intra-uterino. O exame clínico do recém-nascido é fundamental para se chegar a um diagnóstico definitivo. De acordo com o DataSus a ocorrência de malformações congênicas durante o período de 2008 a 2018 foi registrado em um valor de 874.948 AIH aprovados, sendo a região sudeste a qual apresentou maior prevalência com 397.563 casos, enquanto que a região norte obteve um valor inferior comparado as outras áreas ,contabilizando 52.709 cadastros. Em relação a faixa etária, 198.077 internações foram registras com crianças menores de 1 ano, sendo esse grupo o mais prevalente. Em relação ao gênero, o sexo masculino atingiu 502.652 internações, enquanto o sexo feminino alcançou um valor de 372.296. No quesito étnico, pessoas brancas apresentam um valor de AHI maior, com 331.133 cadastros, já o menor valor foi referente aos indígenas, com 1.254 casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Convém ressaltar a importância dos exames clínicos do recém nascido para a identificação de malformações congênicas, no país o sexo masculino e a região Sudeste se destacam, e a idade do diagnóstico ocorreu entre menores de 1 ano principalmente. É fundamental o diagnóstico precoce para reduzir o índice de internações e mortalidade.</p>
<p>PO 249-2</p> <p>TREINAMENTO PRE-OPERATORIO COM MOLDES 3D: REVISAO DA LITERATURA</p> <p>Josias Silva dos Santos, Luiz Alberto Brant</p> <p><i>Universidade de Brasília - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A criação de métodos de prototipagem, em meados da década de 1980, introduziu uma nova maneira de visualização de objetos e sua utilização nas diversas áreas do conhecimento, incluindo áreas ligadas à engenharia e à saúde. Os avanços atuais na criação de moldes utilizando-se de materiais diversos com diferentes composições e consistências, com flexibilidade e rapidez, introduziram novas perspectivas quanto à utilização dessa tecnologia nas áreas da saúde, levando em consideração os diferentes tecidos que compõem o organismo humano. Assim, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa de literatura sobre a utilização de modelos tridimensionais para planejamento pré-operatório e treinamento cirúrgico. Levando em consideração suas limitações, vantagens e desvantagens.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado levantamento bibliográfico do período de 2007 a 2018 nas bases de dados PubMed e Google acadêmico. Foram utilizados os termos "Impressão 3D" e "Treinamento pré-operatório" e as correspondentes em inglês, "3D printing" e "preoperative training". Foram selecionados 15 artigos que abordavam a utilização de moldes 3D para planejamento pré-operatório e treinamento cirúrgico.</p> <p>RESULTADOS: A literatura aponta diversas utilidades dos métodos de fabricação aditiva e impressão 3D, como: Implantes personalizados, ensino e aprendizagem, planejamento cirúrgico, treinamento pré-operatório. Os estudos indicam que há uma considerável diminuição do tempo de cirurgia, melhor entendimento do paciente quanto ao procedimento a ser realizado, e possivelmente melhor prognóstico, considerando que esses modelos permitem ao médico uma pré-visualização e entendimento da complexidade estrutural do caso com mais afinidade do que os exames de imagem, como ressonância magnética e tomografia computadorizada. Além disso, os moldes permitem a realização de simulações cirúrgicas que auxiliam no desenvolvimento dos procedimentos a serem realizados. Entretanto, o custo relativamente elevado e os procedimentos necessários para a validação dos moldes se apresentam como barreiras para a sua larga utilização.</p> <p>CONCLUSÕES: Levando em consideração a vasta utilidade dos moldes 3D, mais estudos devem ser realizados para se entender as diversas possibilidades de uso dos moldes 3D, considerando o atual uso situacional, no que diz respeito à planejamento pré-operatório. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas ou recursos que melhorem a qualidade dos moldes e sua verossimilhança são necessários para uma maior utilização desses.</p>	<p>PO 250-2</p> <p>ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES ASSOCIADAS A SINDROME METABOLICA INDUZIDA POR DIETA HIPERCALORICA EM RATOS WISTAR.</p> <p>ARIANE CASTRO MENDES LEÃO, MONYKELLY DE SÁ CARVALHO, SILVIA APARECIDA SILVA, GUILHERME HENRIQUE SOUZA BOMFIM, IGOR CASTRO MENDES LEÃO, DINAIR CASTRO MENDES LEÃO, DIEGO CASTRO MUSIAL</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE - UFAC - RIO BRANCO - Acre – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Investigar o envolvimento dos receptores purinérgicos em átrios e aortas isolados de ratos Wistar com síndrome metabólica induzida por dieta hipercalórica.</p> <p>MÉTODO: Utilizou-se ratos Wistar EPM-1, machos, distribuídos em grupo controle (GC) e Grupo Obeso (GO), sendo que o GC recebeu dieta normocalórica (Nuvlab®) e o GO foi submetido à dieta hipercalórica (Rhostr®) por 8 semanas. Foram avaliados os seguintes parâmetros: peso corpóreo e do tecido adiposo visceral, pressão arterial sistólica indireta, massa cardíaca e função contrátil atrial e da aórtica por banho de órgão isolado. Os dados foram avaliados posteriormente pelo programa PRISMA 5.0 usando teste de ANOVA e pós teste de t student e bonferroni quando apropriados para cada ocasião, sendo fixado um intervalo de confiança de 95%. O presente trabalho foi aprovado pelo comissão de ética no uso de animais (CEUA) da UNIFESP (1169/2011).</p> <p>RESULTADOS: Os animais do GO estavam 27,8% acima do peso corpóreo e com ganho de gordura visceral 3 vezes maior comparado ao GC. Em relação aos parâmetros cardiovasculares observamos um aumento na massa cardíaca de 16,4% associado ao aumento na pressão arterial sistólica de 10±2,1 mmHg do GO comparado ao GC. Quando os átrios foram estimulados farmacologicamente com ATP observamos uma diminuição do efeito inotrópico negativo no átrio direito (49%) e no átrio esquerdo (42%), mediado via P1 (receptor de adenosina), comparado com o CG. Neste mesmo sentido, na aorta também ocorreu uma diminuição da resposta do receptor P1 quando estimulado com adenosina, sendo que o pD2 (afinidade aparente do agonista pelo receptor) diminuiu de 5.1±0.1 do GC para 3.4±0.1 no GO. No que se refere ao receptor P2, houve um aumento na sua função atrial quando estimulado com ATP de 57% no átrio direito. O componente purinérgico compõe a neurotransmissão simpática e é de extrema importância para sua regulação e uma alteração nesse componente pode ser responsável por uma disfunção cardiovascular.</p> <p>CONCLUSÕES: Uma dieta desbalanceada, rica em calorias, típica do padrão de vida contemporâneo, pode induzir à obesidade e promover alterações cardiovasculares favorecendo o aparecimento de comorbidades como visualizado na prática clínica constantemente. Desta forma, o presente resultado é de grande relevância, pois evidencia que em tais alterações pode existir a participação do componente purinérgico, o que levaria a uma alteração simpática e consequentemente a um aumento de risco para eventos cardiovasculares.</p>

PO 251-2	PO 252-2
<p>EFEITOS DOS OLEOS DE COPAIBA (COPAIFERA RETICULATA) E ANDIROBA (CARAPA GUIANENSIS) NA PIELONEFRITE AGUDA INDUZIDA EM RATOS</p> <p>Emanuelle de Matos Rodrigues, Edson Yuzur Yasojima, KAROLYNYNE LESSA BENGTON, MONNA HESSEN BANNA DE OLIVEIRA, Patrícia Cohen Brazão, Glenda Figueira Guimarães, Maira Khoury Evangelista, Mateus Paes Teixeira</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi avaliar a atividade dos óleos de copaiba (Copaifeira reticulata) e andiroba (Carapa guianensis) na pielonefrite aguda induzida em ratos.</p> <p>MÉTODO: Na metodologia foram utilizados 34 ratos machos da linhagem Wistar, sendo divididos nos seguintes grupos: G SHAM: os animais foram submetidos à laparotomia, sem ligadura do ureter. GCO : os animais foram submetidos à laparotomia, ligadura do ureter esquerdo seguida de secção do mesmo. A eutanásia foi realizada 2 dias após a realização da ligadura. Grupo Andiroba Profilaxia - GAP: os animais receberam óleo de andiroba via gavagem na concentração de 0,63ml/kg/dia por um período de 7 dias e foram submetidos à laparotomia e ligadura do ureter esquerdo seguida de secção do mesmo. Grupo Copaiba Profilaxia - GCP: os animais receberam óleo de copaiba via gavagem na concentração de 0,63 ml/kg/dia por um período de 7 dias e foram submetidos à laparotomia e ligadura do ureter esquerdo seguida de secção do mesmo. Grupo Andiroba Tratamento - GAT: os animais foram submetidos à laparotomia e ligadura do ureter esquerdo seguida de secção do mesmo. 2 dias após a realização da ligadura, foi iniciado o tratamento com óleo de andiroba via gavagem na concentração de 0,63 ml/kg/dia por um período de 7 dias. Grupo Copaiba Tratamento - GCT : Neste grupo, os animais foram submetidos à laparotomia e ligadura do ureter esquerdo seguida de secção do mesmo. 2 dias após a realização da ligadura, foi iniciado o tratamento com óleo de copaiba via gavagem na concentração de 0,63 ml/kg/dia por um período de 7 dias. Todos os animais foram submetidos à coleta de urina da bexiga e retirada do rim para análise no momento da eutanásia. Tal análise incluiu aspectos histológicos com o objetivo de avaliar o grau da PNA de acordo com Carpinelli, assim como os aspectos macroscópicos. Os animais dos grupos G SHAM, GCO, GAP GCP foram submetidos à eutanásia 2 dias após o procedimento cirúrgico, já o GAT e GCT, sofreram eutanásia ao fim de 7 dias de tratamento.</p> <p>RESULTADOS: A análise macroscópica revelou um P-valor = 0,0003, demonstrando diferença entre rins direito e esquerdo de animais de um mesmo grupo, e ainda um possível efeito protetor do óleo de andiroba no grupo GAP em relação ao grupo controle. Notou-se ainda, uma piora acentuada nos grupos GCP, GAT e GCT. Ao resultado da urocultura, não se observou resultado estatístico significativo. A histopatologia, observou-se a presença de processo inflamatório moderado e acentuado mesmo naqueles que apresentaram urocultura negativa.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que os óleos de copaiba e andiroba não representam alternativas eficazes na prevenção e tratamento da pielonefrite aguda.</p>	<p>ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NO ESTADO DE RONDÔNIA, DE JANEIRO DE 2008 A OUTUBRO DE 2018</p> <p>Gabriel Fumian Milward de Azevedo, Marcelo Regis Lima Corrêa, Lenara Melo da Silva, Wanessa Gouveia Castro, Nayara Roncoleta, Horácio Tamada</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Rondônia, comparando-o com a federação e suas regiões.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, que utilizou informações do DataSUS referentes ao estado de Rondônia e federação de janeiro de 2008 a outubro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Os procedimentos cirúrgicos do SUS no estado de Rondônia apresentaram um crescimento de 87% no período analisado, totalizando 299.575 intervenções. Enquanto a região Norte obteve um total de 3.497.028 e o Brasil 46.150.648 procedimentos. No geral, o número de procedimentos segue uma proporcionalidade quanto à população de cada estado. Com o valor total das internações de R\$299.685.102,52, o custo médio de internação ficou em torno de R\$853,49, o menor do país. A região Norte obteve um valor médio de R\$941,53 e a média nacional foi de R\$1.422,36. As grandes discrepâncias regionais observadas são causadas por fatores como a complexidade do serviço prestado, o custo de vida e o poder aquisitivo de cada localidade. Os custos com as internações para as intervenções cirúrgicas aumentaram 119,4% nos últimos anos, e a permanência média é superior às médias nacional e regional, totalizando 4,3 dias. A média norista é de 4,2 dias e a nacional está estabelecida em 3,8 dias. Em relação aos óbitos, o saldo total do período foi de 2.937, com uma taxa de mortalidade de 0,98%. A região Norte contabilizou 33.184 mortes em procedimentos cirúrgicos, com uma taxa de mortalidade de 1,11%, enquanto os óbitos totais nacionais foram 751.340, com 1,63% de taxa de mortalidade. Apesar de o estado de Rondônia possuir a menor taxa de mortalidade do país, este dado é, em partes, um reflexo das limitações do serviço, tendo em vista a falta de registros e a transferência de pacientes críticos para outras localidades com melhor infraestrutura. Tais práticas são observadas em toda a região Norte, o que influencia nos números referentes à taxa de mortalidade regional.</p> <p>CONCLUSÕES: A avaliação epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos realizados no estado de Rondônia permite concluir que ainda são necessários grandes investimentos nessa área. Faz-se necessário o aumento no número de procedimentos, a fim de que um maior contingente populacional seja atendido. O baixo valor médio das intervenções cirúrgicas demonstra a reduzida densidade tecnológica empregada, o que sinaliza a necessidade do maior investimento em equipamentos de ponta. A permanência média inferior à média nacional sinaliza dois cenários, que são a menor chance de complicação desses pacientes e o reduzido número de procedimentos de alta complexidade efetuados. Maiores investimentos nos hospitais e centros cirúrgicos possibilitarão a realização de procedimentos de risco, bem como a redução da permanência total e média, dos óbitos totais e da taxa de mortalidade.</p>
<p>PO 253-2</p> <p>MODELOS EXPERIMENTAIS DE MIOSITE: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>BERTHO VINÍCIUS ROCHA NYLANDER, LUIZ HENRIQUE ABENSUN VIEIRA, LETÍCIA LIMA BRANCO, GUSTAVO CELEIRA DE SOUSA, CAMILLA CRISTINA PEREIRA LEITÃO, LIDUINA MORAES CASTRO, GISELLE ALMEIDA COUCEIRO</p> <p><i>LCE / UEPA - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>MÉTODO: Uma busca sistemática foi realizada nas bases de dados Pubmed/Medline com a seguinte combinação de descritores: (models, Animal AND experimental) AND myositis. Foi encontrado um artigo (Animal Models in myositis), que foi utilizado como referência para a busca dos demais, que consistia nos diferentes métodos utilizados para a indução da mioosite. Com base no artigo referência, foram incluídos os demais artigos que continham informações sobre os métodos de indução e as suas respectivas vantagens.</p> <p>RESULTADOS: 10 artigos foram encontrados e considerados relevantes para a pesquisa, sendo que 4 induziam a mioosite por meio do Ácido Acético (concentrações 1%, 5% e 10%) (40%), 3 por meio da Proteína C (30%), 2 por meio da miosina do músculo esquelético de coelhos (20%), e 1 por meio da imunização por laminina (10%). 40% dos ratos utilizados são da espécie Rattus norvegicus, da linhagem Wistar, além dos ratos das espécies Mus musculus 40% e ratos silvestres (10%). Os modelos experimentais obtidos por meio do Ácido Acético têm como vantagens o baixo custo, além da obtenção da inflamação por meio da menor concentração testada nos artigos (1%). A indução por meio da Proteína C apresenta como vantagem a obtenção de uma inflamação clinicamente significativa no músculo esquelético dos modelos. Já a indução por meio da miosina de coelhos contém numerosas proteínas que podem ser os antígenos patogênicos, sendo assim importante para procurar um único antígeno miogênico. E a indução através da imunização por laminina induz uma mioosite de nível moderado a grave, causando a doença de maneira mais grave, se comparada com a indução por ácido acético.</p> <p>CONCLUSÕES: Assim, a pesquisa mostrou que dentre os 4 principais métodos de indução da mioosite, a mais acessível seria a obtida pelo Ácido Acético, tendo um baixo custo, além de produzir a doença em níveis satisfatórios, mesmo em baixas concentrações. Os outros métodos possuem suas vantagens específicas, sendo extremamente necessárias para abranger as diferentes maneiras que a Mioosite pode acometer os seres humanos, possibilitando o seu estudo e assim, a sua posterior resolubilidade.</p>	<p>PO 254-2</p> <p>METHODS TO AVOID THE INFLUENCE OF DIABETES IN SURGICAL FLAPS RATS MODELS- LITERATURE REVIEW</p> <p>Daniela Ferreira Tramontin, Eric Lins Soeiro, João Pedro Reis Costa, Juan Enrique Moraes Da Costa, Camilla Cristina Pereira Leitão, Liduina Moraes Castro, Giselle Almeida Couceiro</p> <p><i>LCE - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: OBJETIVO: Este estudo almeja levantar os efeitos de substâncias químicas e técnicas utilizadas para aumentar a sobrevida de retalhos cirúrgicos em ratos diabéticos</p> <p>MÉTODO: MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Pubmed e Lilacs, com a combinação de descritores: "Diabetes" AND "Surgical flaps" AND "Rats". Houve a inclusão de todos os artigos publicados nos últimos cinco anos escritos nas línguas inglesa e portuguesa, enquanto que aqueles, cujo tema não estava relacionado ao objetivo do estudo, foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: RESULTADOS: Foram encontrados 15 artigos por intermédio do mecanismo de busca, que contemplavam os critérios de inclusão. Nesses estudos, foi utilizada a espécie Rattus norvegicus das linhagens Wistar e Sprague-Dawley. Embora haja variação na dose utilizada, todos os estudos executaram a indução de diabetes por meio da administração de injeções de estreptozotocina. Todos os estudos sobre os efeitos de substâncias químicas e outras técnicas nos retalhos cutâneos de ratos diabéticos obtiveram resultados positivos, aumentando a sobrevida destes. Entre essas substâncias pode-se citar o ácido clorogênico aplicado por meio de injeções intra-arteriais locais em retalhos cutâneos abdominais. Outro produto químico utilizado foi o reverastrol, o qual promoveu neovascularização, aumento da densidade de fibroblastos e redução da necrose. Já a terapia com carnitina sistêmica mostrou uma correlação entre sua utilização e níveis elevados de fibronectina. Ademais, o ácido trans-retinóico regula diversos processos celulares, como a migração. Enquanto a atorvastatina promoveu a neovascularização e elevou o número de células progenitoras epiteliais recrutadas. Além da atorvastatina, a toxina botulínica do tipo A demonstrou efeito vasodilatador em ratos diabéticos. Em consonância, a deferroxamina e a terapia com células tronco do tecido adiposo aumentaram a expressão de HIF-1α e VEGF, que favorecem a sobrevida de retalhos perfurantes abdominais, cujas complicações perioperatórias são estimuladas pela diabetes. Outro estudo desenvolveu uma nova câmara de retalho para ratos isquêmicos que promove melhores resultados comparados com o modelo tradicional de suturas. Outrossim, o pré-condicionamento isquêmico possui efeitos benéficos em retalhos adiposo-cutâneos. Até mesmo as células-tronco mesenquimais já foram usadas de modo a gerar a diminuição de áreas de necrose em ratos diabéticos. Por fim, um dos estudos demonstrou que o campo de pulsos elétricos reduziu significativamente a área necrosada em retalhos musculocutâneos.</p> <p>CONCLUSÕES: CONCLUSÃO: O efeito negativo da diabetes na recuperação de retalhos em ratos pode ser amenizado pelo emprego de técnicas e substâncias, as quais atuam no aumento da quantidade de células progenitoras endoteliais e no restabelecimento de sua função, estimulando processos relevantes para a sobrevida do retalho, como a neovascularização, a exemplo do ácido trans-retinóico.</p>

PO 255-2	PO 256-2
<p>UTILIZAÇÃO DO FIO DE CABELO DE PERUCA NA REALIZAÇÃO DE MICROSUTURA</p> <p>Nayara Pontes de Araújo, Deivid Ramos dos Santos, Neli Miyuki Ramos Sasaki, Emmly Lima Borges, Faustino Chaves Calvo, Renan Kleber Costa Teixeira, Rui Sérgio Monteiro Barros</p> <p><i>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: AVALIAR A UTILIZAÇÃO DO FIO DE CABELO DE PERUCA NA REALIZAÇÃO DE MICROSUTURA</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados fios de cabelo sintético de peruca, sendo cada um seccionado medindo 15cm de extensão. Todos os fios sintéticos foram colocados paralelamente ao fio nylon 8-0, de agulhas encastoadas previamente usadas em modelos de treinamento não-vivo, e, então, a parte distal do fio nylon 8-0 foi colada na parte proximal do fio de cabelo sintético, por meio da cola de cianoacrilato, tomando-se cuidado para manter o alinhamento e a integridade dos fios. Uma vez concluído o processo, o microfio feito de peruca está pronto para uso. Para testar sua patência, foram realizadas microsuturas com o produto desenvolvido em comparação com o fio íntegro de nylon 8-0, microestrutura padrão, em modelo de treinamento microcirúrgico com luva de látex, realizando-se 3 pontos simples em cada tipo de incisão (vertical, horizontal e oblíqua). Após o término do treinamento, a qualidade da sutura de teste e da microestrutura padrão foi avaliada por questionário. O questionário consistiu nos seguintes tópicos: (1) qualidade do fio (tamanho, força, elasticidade) e (2) qualidade geral da estrutura. Os escores de cada categoria foram avaliados por Likertscore. A análise estatística se escore médio do Likert foi calculado e a qualidade da microestrutura de bricolage em cada categoria foi classificada pelo escore Likert médio (escore 1,00–1,43 = qualidade muito ruim, 1,44–1,88 = de ruim à má qualidade, 1,89–2,32 = má qualidade, 2,33–2,77 = de má à qualidade justa, 2,78–3,21 = qualidade justa, 3,22–3,66 = de justa à boa qualidade, 3,67–4,10 = boa qualidade, 4,11–4,55 = de boa à excelente qualidade e 4,56–5,00 = excelente qualidade). O teste U de Mann - Whitney foi usado para totalizar a diferença do escore de Likert em cada categoria entre as microsuturas "teste" e "padrão". Diferença estatisticamente significativa foi considerada se $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: A qualidade do e da microestrutura padrão teve qualidade "boa à excelente" e "excelente" (média Likert: 4,11–4,55 e 4,56–5,00 respectivamente) e comparada pelo teste U de Mann-Whitney não mostrou diferença estatisticamente significativa entre estes dois tipos de microsuture ($p < 0,05$). 2. A qualidade geral da sutura do microfio de peruca e da microestrutura padrão teve qualidade "boa à excelente" e "excelente" (média Likert: de 4,33 e 4,77, respectivamente). Comparado com o teste U de Mann-Whitney, a qualidade geral dos dois tipos de microsuturas usadas como material de sutura para treinamento básico em microcirurgia não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,13$).</p> <p>CONCLUSÕES: O microfio feita de cabelo sintético de peruca pode ser usado como um material alternativo para treinamento básico em microcirurgia, devido a sua qualidade aceitável, menor custo, fácil produção e disponibilidade em comparação com a microestrutura padrão.</p>	<p>MODELOS EXPERIMENTAIS DE NEOPLASIAS MAMÁRIAS</p> <p>BERTHO VINÍCIUS ROCHA NYLANDER, MARIA EDUARDA SILVEIRA BÜHRNHEIM, GABRIELA GURSEN DE MIRANDA ARAES, CAMILLA CRISTINA PEREIRA LEITÃO, LIDUINA MORAES CASTRO, GISELLE ALMEIDA COUCEIRO</p> <p><i>LCE / UEPA - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo é fazer um levantamento dos diferentes modelos experimentais utilizados para a indução de neoplasias mamárias em ratos.</p> <p>MÉTODO: Uma revisão sistemática foi realizada no Pubmed, sendo nela utilizados os seguintes descritores combinados: "Mammary Neoplasms, Animal" AND ("Models, Animal" and rats). Foram selecionados 14 artigos que possuíam o número da amostra, as características da amostra e a técnica de indução. Não foram considerados artigos publicados há mais de 5 anos, que utilizaram outros animais que não ratos e que não possuíam informações suficientes para a realização da análise do modelo experimental utilizado.</p> <p>RESULTADOS: Modelos experimentais de neoplasias mamárias em roedores são amplamente aplicados devido às semelhanças existentes entre neoplasias mamárias humanas e em ratos, especialmente no que tange a dependência hormonal e a ocorrência de transformações malignas. Quanto às espécies utilizadas, houve predominância da <i>Rattus norvegicus</i>, ocorrendo, entretanto, uma divisão entre as linhagens preferidas. A Sprague-Dawley se apresentou como a mais recorrente (61,5%), seguida pela linhagem Wistar (23%), fator associado à sensibilidade de ambas a carcinógenos. Ainda mais, há estudos que demonstram uma maior incidência de tumores na primeira em relação à segunda, sugerindo uma maior sensibilidade dela. Também foi relatado o uso de espécies geneticamente modificadas a partir da técnica do nucleotídeo genético. Há variados métodos de indução de tumores em modelos experimentais. Um consiste no uso de substâncias químicas, representado pelo uso do DMBA (46,1%) e do MNU (N-metil-N-nitrosourea) (53,8%). A injeção de DMBA no organismo do rato é feita por diferentes técnicas, a exemplo da gavagem, da intubação gástrica e do 'air pouch'. Essa substância é metabolizada, e é responsável pela produção de diversas espécies reativas, como O₂·, H₂O₂, OH, aumentando o estresse oxidativo. O aumento do estresse oxidativo, por sua vez, é um fator de contribuição marcante para o desenvolvimento de neoplasias, com destaque para as mamárias, fato que justifica o seu uso em modelos experimentais que as analisem. Outra técnica frequentemente utilizada foi a injeção de N-metil-N-nitrosourea no organismo dos roedores, também por diversas vias, como a intraperitoneal, a intramamária e a intravenosa. Esse composto causa modificações irreversíveis no DNA do animal, sendo assim uma eficiente forma de induzir neoplasias. Ademais, há relatos da inserção de células cancerígenas diretamente no corpo do animal, assim como o uso de radiação para a indução, ainda que de forma não tão incidente quanto os métodos químicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que, diante das variadas técnicas apresentadas, não há um modelo experimental absoluto de neoplasias mamárias. Cada modelo pode ser selecionado de acordo com a necessidade do experimento, possibilitando a realização de uma ampla gama de experimentos e constantes avanços na área.</p>
<p>PO 257-1</p> <p>CIRURGIA ABERTA E TECNICA LAPAROSCOPICA EM HERNIORRAFIAS INGUINAIS</p> <p>Clarice Sampaio Torres, Alice Maria Correia Pequeno, Brígida Lima Carvalho, Francisco Charles Barbosa Filho, Gabriela Correia Pequeno Marinho, Joice de Oliveira Amorim, Matheus de Sousa Silva, Ariel Gustavo Scafuri</p> <p><i>Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Agrupar e analisar criticamente estudos científicos que comparam as técnicas de reparo de hérnias inguiniais, a fim de determinar qual delas apresenta maior custo-benefício, em vista da efetividade do tratamento e de complicações cirúrgicas.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática de quinze estudos científicos internacionais, entre séries de casos, estudos de caso-controle, ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte, que discutem os aspectos gerais das técnicas aberta e laparoscópica de herniorrafia inguinal. Os estudos datam de 2002 a 2012 e totalizam 123420 pacientes. A busca ocorreu na base de dados PubMed/MedLine, com os seguintes termos: groin hernia repair, laparoscopic versus open repair hernia, open hernia repair, laparoscopic hernia repair, hernia repair outcomes. Os critérios analisados foram: tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de convalescência após cirurgia, complicações intraoperatórias e pós-operatórias, persistência de dor no pós-operatório e recorrência da hérnia. Foram incluídos os trabalhos que tratavam de hérnias inguiniais primárias apenas.</p> <p>RESULTADOS: Totalizou-se 113266 cirurgias abertas e 10154 laparoscópias. A cirurgia laparoscópica apresentou menores tempos de internação e convalescência após a cirurgia e tempo de cirurgia similar à técnica aberta. A taxa geral de complicações foi de 35,4%, sendo significativamente maior na cirurgia laparoscópica (42,6%). Quanto às complicações intraoperatórias, a cirurgia laparoscópica apresentou maior número de complicações (5,3%), sendo as mais importantes as lesões vesicais e injúrias neurovasculares (complicações mais sérias que as relatadas na cirurgia aberta). Complicações pós-operatórias foram também mais prevalentes nesta (21,1%), sendo as mais comuns seromas/hematomas, retenção urinária e infecções de sítio operatório. A persistência de dor no pós-operatório foi maior nas cirurgias abertas (9,9%), podendo chegar até cerca de 18% em alguns estudos. Na laparoscopia, a incidência de dor variou entre 1,4-11,2% nos estudos analisados. A técnica com menor recorrência de hérnia foi a laparoscópica (3,2%), diferindo em pouco da cirurgia aberta (2,4%). Alguns estudos revelaram não haver diferença estatística de recorrência entre estas, embora se tenha conhecimento de que isto muito varia de acordo com o uso ou não de próteses em ambas as técnicas, bem como sua qualidade e tamanho adequados.</p> <p>CONCLUSÕES: Ainda persistem vários critérios a serem comparados, a fim de permitir conclusões mais acuradas sobre qual técnica deve ser preferida. A revisão evidenciou superioridade da cirurgia aberta em relação à cirurgia laparoscópica, ainda muito limitada por fatores financeiros e elevada incidência relativa de complicações intra e pós-operatórias. Por outro lado, o menor tempo de internação e retorno à rotina do paciente, aliados ao pós-operatório menos doloroso, acabam por se tornar mais atrativos ao médico e ao paciente, sendo a técnica laparoscópica cada vez mais utilizada no reparo destas hérnias.</p>	<p>PO 257-2</p> <p>PROTOSCOLOS DE EUTANASIA EM CIRURGIA EXPERIMENTAL</p> <p>BERTHO VINÍCIUS ROCHA NYLANDER, LUÍS VINÍCIUS PIRES DA COSTA, NILO CESAR RAIOL DE LIMA, LIDUINA MORAES CASTRO, CAMILLA CRISTINA PEREIRA LEITÃO, MARIA EDUARDA SILVEIRA BÜHRNHEIM, GISELLE ALMEIDA COUCEIRO</p> <p><i>LCE / UEPA - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão dos conhecimentos acerca dos protocolos de eutanásia utilizados em modelos experimentais com ratos e camundongos.</p> <p>MÉTODO: Para a realização do estudo foram analisados artigos e publicações online que fizessem referência ao tema. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas MEDLINE/Pubmed, Scielo e Lilacs com a seguinte combinação de descritores: "Euthanasia, Animal" AND ("Models, Animal" OR "Rats"). Foram incluídos artigos publicados em português e inglês entre 2014 e 2019. Dos 30 artigos encontrados, 12 foram excluídos após leitura analítica por se tratarem de revisões de literatura ou por não especificarem o método de eutanásia utilizado.</p> <p>RESULTADOS: Estudos incluídos na análise que demonstram evidências relevantes sobre o impacto que o método de eutanásia pode apresentar sobre os resultados experimentais. O uso de anestésicos minutos antes da eutanásia se mostrou capaz de alterar a expressão de RNAm no tecido cerebral, enquanto que o uso de isoflurano para a eutanásia induziu rápidas alterações na neuroplasticidade e nas respostas eletrofisiológicas. Ratos eutanasiados com injeção intraperitoneal de pentobarbital apresentaram grandes alterações nos biomarcadores metabólicos analisados, como menores concentrações de ácidos graxos livres em comparação com os eutanasiados com decapitação ou inalação de CO₂. Métodos físicos, como a decapitação sem anestesia prévia, além de práticos, são preferíveis no caso de estudos onde agentes químicos possam modificar características dos fluidos e tecidos orgânicos, embora tenha sido demonstrado que a presença de um estressor físico estimula a liberação de corticosterona, que promove lipólise e proteólise, alterando dessa forma os níveis de marcadores séricos. A injeção intraperitoneal de etanol (70 ou 100%), embora pouco empregada, foi apresentada como uma alternativa confiável, barata e segura, provocando rápida perda de consciência seguida de parada cardiorrespiratória, não divergindo significativamente da eutanásia pela combinação pentobarbital-fenitoína (Pe/Ph). Também há preocupação com os aspectos bioéticos que envolvem o bem-estar do animal, como em 2 artigos que tratam do refinamento da eutanásia por injeção de pentobarbital, no qual um mostra que a associação com um anestésico local como a lidocaína pode reduzir o desconforto abdominal, enquanto outro, que a utilização de uma alta dose e um alto volume resulta em uma morte mais rápida e consistente.</p> <p>CONCLUSÕES: As pesquisas acerca da influência do protocolo de eutanásia sobre os resultados experimentais e suas possíveis extrapolações ainda são limitadas, embora as existentes já mostrem a relevância da discussão para o meio científico, há necessidade de mais estudos na área. Não existe um protocolo considerado padrão-ouro, visto que o escolhido deve atender as necessidades e os propósitos do estudo, além de ser seguro, rápido e indolor, com o mínimo de estresse para o animal.</p>

<p style="text-align: center;">PO 258-2</p> <p>MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES SUBMETIDOS A COLECTOMIA PARCIAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008-2018</p> <p>MARINÍLIA CRISTINA BARBOSA FERNANDES, MARINA UMBELINO DE FRANÇA TOZZI, CAMILA UMBELINO DE FRANÇA TOZZI, THAYNÁ DE LIMA TENÓRIO CAVALCANTE, VIRGÍNIA ALANA SANTOS SARMENTO, ANDERSON RINÉ DIAS AGUIAR, NORMA ELIZABETH DUARTE CUNHA DE ARAUJO SOUZA, LAURA HELENA SANTOS SANDES</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITARIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a taxa de mortalidade das pessoas submetidas a colectomia parcial nas regiões brasileiras durante 2008-2018. Salientar a quantidade de óbitos desse procedimento no Brasil. Destacar o número de internações que culminaram com esse procedimento.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo ecológico, de série temporal descritivo, cujos dados foram coletados por meio de consulta à base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no endereço eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br>. A população de estudo foi constituída pelas internações cujo procedimento principal foi a colectomia parcial (hemicolectomia), registradas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: O estudo mostra que a taxa de mortalidade decorrentes da hemicolectomia nas regiões do Brasil, no período selecionado, foi menor em 2017 (13,06%) e maior em 2013 (15,21%), sendo que a média do país entre os dez anos foi de 14,58%. Além disso, a região Sudeste obteve a maior taxa de mortalidade entre 2008-2018, com 15,43%, ficando acima da média nacional. A região Norte apresentou um aumento importante, com 9,97% em 2008 e 18,62% em 2018, com uma média de registros de 11,22% entre 2008-2018. As regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste tiveram média de registros 14,41%; 13,94% e 13,22% respectivamente. Sobre o número de internações, a região Sudeste registrou 30.688 casos nos dez anos, correspondendo a aproximadamente 50% da média nacional de registros no mesmo período. Ademais, houve uma queda gradativa no número de internações no Brasil, com 6.638 em 2008, 5.678 em 2012, 5.200 em 2016 e 4.705 em 2018. Outro dado importante foi que houve uma redução no número de óbitos, com 996 casos em 2008, 867 em 2012 e 704 em 2018.</p> <p>CONCLUSÕES: Dado o exposto, é possível salientar que houve um decréscimo na morbimortalidade dos pacientes submetidos à colectomia parcial no Brasil – entre os anos de 2008 e 2018 – com redução da taxa de mortalidade, número de internações e óbitos. Outrossim, a região sudeste se destacou tendo a maior taxa de mortalidade, como também o maior número de internações para tal procedimento no país.</p>	<p style="text-align: center;">PO 259-2</p> <p>MODELOS EXPERIMENTAIS DE INDUÇÃO DE DIABETES: REVISÃO DE LITERATURA.</p> <p>Juan Enrique Costa, Leticia Fonseca Macedo, Liduina Moraes Castro, Camila Cristina Pereira Leitão, Giselle Almeida Couceiro</p> <p><i>LCE/UEPA - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: OBJETIVO: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de Diabetes.</p> <p>MÉTODO: MÉTODO: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à Diabetes, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte a base de dados eletrônica Scielo, MEDLINE/Pubmed e Liliacs com os seguintes descritores Diabetes Mellitus Experimental, Aloxano, Estreptozotocina. Foram selecionados artigos em português, em espanhol e em inglês, materiais encontrados com data de publicação anterior ao ano de 2014 foram descartados. Das referências que abordavam sobre Diabetes, 63 foram analisadas, das quais 41 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo desse estudo.</p> <p>RESULTADOS: RESULTADO: O método de indução de Diabetes em ratos mais citado na literatura é a indução por estreptozotocina (STZ), a qual, mediante administração via intraperitoneal, induz a destruição do DNA, por meio de mecanismos de ação diferentes, como a alquilação dessa molécula e pela geração de EROs (Espécies Reativas de Oxigênio). Outro modelo de indução de Diabetes tipo 2 encontrado foi a utilização da estreptozotocina e alimentos com gordura, o qual imitaria a progressão natural e as mudanças que ocorrem gradualmente no metabolismo dos seres humanos com diabetes tipo 2. A literatura também descreve o modelo Nicotinamida-estreptozotocina, o efeito protetor da nicotinamida em animais com diabetes é usado para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, ao prevenir a destruição das células B funcionais. Todavia, uma das desvantagens da indução por STZ é que esta pode causar alterações histopatológicas no epidídimo, podendo conduzir à infertilidade masculina. Foram encontrados também trabalhos citando o modelo de indução por aloxano, o qual é mais utilizado como modelo de diabetes tipo 1. Esta substância atua por bloqueio de glicocinases e por geração de radicais livres em células B do pâncreas. No entanto, possui duas desvantagens principais desse método são a nefrotoxicidade, além da sua influência no fígado reduzindo a concentração e a atividade das glicocinases, induzindo diabetes do tipo 1. Ademais, associa-se o aloxano e a STZ para a indução de diabetes em grávidas, utilizados para provocar diabetes gestacional em ratos. Apesar de estar em desuso atualmente, o primeiro método de indução de diabetes em animais foi a pancreatectomia em cães, a qual confirma o papel central do pâncreas na homeostase da glicose.</p> <p>CONCLUSÕES: CONCLUSÃO: Constatou-se que o modelo mais citado na literatura é a indução por estreptozotocina, dado que esta é mais propensa a induzir diabetes de tipo 2, a qual é mais prevalente na população humana. Para indução de diabetes de tipo 1, ambas substâncias podem ser utilizadas, já que destroem células Beta do pâncreas, diminuindo a produção de insulina.</p>
<p style="text-align: center;">PO 260-2</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO DE GRANDE, MÉDIO E PEQUENO QUEIMADOS NO BRASIL</p> <p>IZABEL CRISTINA BARBOSA FERNANDES, JÚLIA SILVA FERREIRA, GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, BRUNA DO CARMO MESQUITA, JOÃO VÍCTOR FERNANDES DE PAIVA, GABRIELA CONCEIÇÃO GOMES, ANA ELISA BIESEK LEITE, JOSE LEIDSON DE ALMEIDA HOLANDA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIO - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise dos procedimentos cirúrgicos para o tratamento de grande, médio e pequeno queimado no Brasil, nos últimos 5 anos, levando em consideração os quesitos de caráter de atendimento, distribuição geográfica e taxa de mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2014 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: As queimaduras representam um problema relevante no Brasil, sendo considerada a terceira causa de óbitos por motivos externos, atingindo pessoas de todas as idades e classes sociais. Nos casos de médios e grandes queimados há elevada letalidade e, as sequelas, em sua maioria vitais, elevam o custo e a complexidade dos procedimentos nos Centros de Tratamento de Queimados, como uso de sulfadiazina de prata, tópicos para desbridamentos e epitelização, e enxertos de pele. De acordo com o DataSus a taxa de tratamento de grandes queimaduras no Brasil nos últimos 5 anos foi de 14,46 casos por 100 mil habitantes, ficando acima da taxa de pequenas queimaduras com 2,55 casos por 100 mil habitantes, e abaixo da taxa de médias queimaduras com 17,09 casos por 100 mil habitantes. Todas estas ocorreram principalmente em caráter de urgência, com 83% dos casos. Sendo a de grandes queimaduras a que relatou maior taxa de mortalidade, com 7,57, destes a região do Norte obteve maior taxa (11,77) e a região Centro-Oeste menor taxa (4,58). A que relatou menor taxa de mortalidade foi as de pequenas queimaduras, com 0,41, sendo a maior taxa da região Centro-Oeste (0,57) e a menor da região Norte (0,25).</p> <p>CONCLUSÕES: As dificuldades de cuidar dos pacientes queimados são complexas. Os custos envolvidos para alívio da dor, e cuidar das áreas atingidas é igualmente complexo ao tratamento. Novos avanços no tratamento e a criação de centros especializados no tratamento de queimados, bem como o desenvolvimento de pesquisas e campanhas de, e atendimento inicial rápido poderão reduzir essas taxas e melhorar as condições de recuperação desses pacientes.</p>	<p style="text-align: center;">PO 261-1</p> <p>PARERE ABDOMINAL DIFÍCIL E HIPERTENSAO INTRA-ABDOMINAL COMO FATOR COMPLICADOR: UMA REVISÃO LITERÁRIA.</p> <p>Moisés Souza Lima, Andressa Almeida Sousa, Antonio Nelson Alencar Araújo, David Samuel Dantas Torres, Francisco Jonas Pires Andrade, Lívia Machado Macedo, Maria Gisela Mayanne Vieira, Yolanda Melo Omena Lira</p> <p><i>FSM - Cajazeiras - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar essa complicação que atua como um estressante fisiológico de gravidade clínica e alta prevalência em unidades de terapia intensivas (UTI) e centros cirúrgicos, principalmente em pacientes oriundos de processos traumáticos, além de ressaltar a conduta terapêutica que deve ser adotada pelo cirurgião ao deparar-se com tal situação.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizadas as bases de dados em saúde PubMed, Scielo e LILACS, nas quais foram selecionados 13 artigos como referência para o desenvolvimento da revisão literária, por meio de buscas com os descritores em ciências da saúde (DeCS-BVS): laparotomia, parede abdominal, hipertensão intra-abdominal (HIA), e seus respectivos correlatos em inglês.</p> <p>RESULTADOS: Em emergências com trauma abdominal, a elevação da PIA pode ser encontrada em até 28% dos pacientes (VATANKHAH et al, 2018). Um estudo transversal brasileiro recente (BAHTEN et al, 2018) demonstrou a prevalência HIA: 60,5% são do sexo feminino; idade de 26 a 30 anos representaram 68,4% dos acometidos. Noutro estudo nacional (TALIZIN et al, 2017), evidenciou-se a presença de HIA no paciente grande queimado: 45,6% de 31 a 50 anos, sendo 71,1% dos pacientes do sexo masculino que participaram da análise. Ademais, o estudo demonstrou associação entre HIA e injúria renal aguda em 69,9% dos casos. A mortalidade ocasionada por esse fator complicador tem diminuído, de 49,2% em 2006 a 27,3% em 2016 (POPESCU et al, 2018).</p> <p>CONCLUSÕES: A hipertensão intra-abdominal é caracterizada por aumento da pressão intra-abdominal (PIA), sendo considerado normal os valores abaixo de 12 mmHg, com alvo entre 5 e 7 mmHg em pacientes críticos. A elevação do valor de PIA contínuo acima de 12 mmHg estabelece o diagnóstico de HIA. A sua ocorrência em pacientes cirúrgicos, sépticos ou vítimas de trauma têm sido amplamente discutida (HOLODINSKY et al, 2013). Conforme estabelecido em 2004 pelo World Congress of Abdominal Compartment Syndrome (Congresso Mundial de Síndrome Compartimental Abdominal), a HIA pode ser classificada em: grau I (PIA entre 12 e 15 mmHg); grau II (PIA entre 16 e 20 mmHg); grau III (PIA entre 21 e 25 mmHg) e grau IV (PIA maior que 25 mmHg). A pressão intra-abdominal sustentada acima de 20 mmHg associada à disfunção ou falência de novo órgão é denominada síndrome compartimental abdominal. A diminuição em grandes níveis percentuais de morbidade e mortalidade da HIA deve-se às medidas efetuadas de forma precoce, como instituição de posição supina, ressuscitação cristalóide prudente e a drenagem do líquido intra-abdominal em excesso. Se não houver resultado satisfatório no controle da PIA, a laparotomia descompressiva precoce deve ser considerada, principalmente se houver disfunção de órgão (TOWNSEND et al, 2015). A técnica de mensuração mais utilizada para se medir a PIA é através da pressão intravesical, utilizando o sistema de medida AbViser, que fica localizado, de forma asséptica, entre a sonda vesical e o sistema coletor (TALIZIN et al, 2017).</p>

PO 261-2	PO 262-2
<p>ÍNDICE DE MORTALIDADE TRANSOPERATORIAS EM CIRURGIAS ELETIVAS NOS ESTADOS BRASILEIROS EM 5 ANOS</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Caio Felipe Thomazin Panicio, Matheus Simões de Oliveira, Rafael do Reis Espírito Santos, Gabriela Medeiros Formiga Moreira, Ana Elisa Biesek Leite, Aline da Costa Gobb, Angelo Luis Tonon Santana</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - Belém - Para – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o índice de mortalidade transoperatória em cirurgias eletivas nos estados brasileiros em 5 anos, levando em consideração a região do país; o tipo de serviço hospitalar (público ou privado); a idade e o sexo dos pacientes.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo ecológico retrospectivo, com dados encontrados no DATASUS no período de 2013 a 2017, observando-se não apenas a quantidade de casos, mas também, as características dos pacientes falecidos e o tipo de serviço hospitalar (público ou privado).</p> <p>RESULTADOS: A mortalidade do paciente submetido à cirurgia eletiva decorre de diversos fatores, entre os quais destacam-se: a condição fisiológica do indivíduo, tipo de intervenção cirúrgica e o desempenho do hospital. De acordo com o sistema de Informações em Saúde (TABNET), a mortalidade no transoperatório em cirurgia eletiva atingiu o número absoluto de 45.608 nos últimos 5 anos no Brasil, sendo destas 53% de média complexidade e 47% de alta complexidade, teve a região Sul como a mais prevalente, com 28,60 casos por 100 mil habitantes, seguida pela região Nordeste com 24,76 casos por 100 mil habitantes e pela região Sudeste, com 23,21 casos por 100 mil habitantes. A região com menor prevalência foi a Centro-Oeste, com 18,04 casos por 100 mil habitantes, seguida pela Norte com 18,93 casos por 100 mil habitantes. O procedimento que mais demonstrou óbitos foi o de cirurgia do aparelho circulatório com 20% seguido pela cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, com 19% do total dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Analisando os resultados, conclui-se que as cirurgias do aparelho circulatório e do aparelho digestivo merecem atenção especial devido ao alto índice de óbitos transoperatórios, principalmente na região Sul do Brasil, visto que essa região lidera o número de óbitos a cada 100 mil habitantes. Além disso, houve prevalência de mortalidade nas cirurgias de média complexidade.</p>	<p>ÍNDICE DE MORTALIDADE TRANSOPERATORIAS EM CIRURGIAS DE EMERGENCIA NOS ESTADOS BRASILEIROS EM 5 ANOS</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Caio Felipe Thomazin Panicio, Matheus Simões Oliveira, Rafael Reis Espírito Santos, Gabriela Medeiros Formiga Moreira, Ana Elisa Biesek Leite, Matheus Antonio Traldi, Angelo Luis Tonon Santana</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - Belém - Para – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o índice de mortalidade transoperatória em cirurgias de emergência nos estados brasileiros em 5 anos, levando em consideração as regiões do país; o tipo de serviço hospitalar é (público ou privado); a idade e o sexo do paciente.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo ecológico retrospectivo, com dados encontrados no DATASUS no período de 2013 a 2017, observando-se não apenas a quantidade de casos, mas também, as características dos pacientes falecidos e o tipo de serviço hospitalar.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 234 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados anualmente. Em comparação aos procedimentos eletivos, a morbimortalidade associada às cirurgias de emergência é elevada. Pois, geralmente, não há tempo hábil para a avaliação pré-operatória e consequente aprimoramento de situações de risco dos enfermos admitidos nesse contexto. No Brasil, segundo as Informações de Saúde (TABNET), a mortalidade no transoperatório em cirurgia de emergência atingiu o número absoluto de 315.405 nos últimos 5 anos do Brasil, sendo destas 81% de média complexidade e 19% de alta complexidade, teve a região Sul como a mais prevalente, com 263,3 casos por 100 mil habitantes, seguida pela região Sudeste, com 173,2 casos por 100 mil habitantes e pela região Centro-Oeste, com 140 casos por 100 mil habitantes. A região com menor prevalência foi a Norte, com 102,2 casos por 100 mil habitantes, seguida pela Nordeste com 122,5 casos por 100 mil habitantes. O procedimento que mais demonstrou óbitos foi o de cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, com 20,26% seguido pela cirurgia do sistema nervoso central e periférico com 10,6% dos casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a mortalidade no transoperatório em cirurgia de emergência ocorreu majoritariamente na média complexidade, com a região Sul do país como a mais prevalente e a Norte como a menos prevalente. O procedimento que mais levou a óbitos foi o de cirurgia de aparelho digestivo. Assim, ações preventivas voltadas ao período transoperatório devem ser fomentadas nos serviços de saúde a fim de diminuir os índices de mortalidade nesse momento cirúrgico.</p>

PO 263-2	PO 264-1
<p>DIABETES E BIODISTRIBUIÇÃO DO PERTECNETATO (NA99mTcO4) EM RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Amália Cinthia Meneses Rêgo</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo objetivou esclarecer se o diabetes induzido em ratos altera a biodistribuição do pertecnetato de sódio (Na99mTcO4) e, consequentemente, a acurácia dos exames cintilográficos.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 14 ratos Wistar machos, alocados aleatoriamente em 2 grupos: os ratos diabéticos (D) (n = 7) foram submetidos à indução de diabetes com estreptozotocina e 7 ratos não diabéticos foram utilizados como controle (C). Após 7 dias, nos 14 animais foram administrados 0,1 mL de Na99mTcO4 (0,66 MBq) através do plexo orbital e, após 30 minutos, foi avaliado o pertecnetato de sódio farmacêutico-farmacêutico, sendo comparada a melhora desta nos diversos órgãos estudados de animais diabéticos, e controles.</p> <p>RESULTADOS: A biodistribuição de Na99mTcO4 foi significativamente maior no fígado e menor na bexiga, tireóide e estômago de camundongos diabéticos quando comparados aos ratos do grupo controle.</p> <p>CONCLUSÕES: O diabetes induzido em ratos altera a biodistribuição do Na99mTcO4, e esse achado pode ter implicações clínicas nos exames cintilográficos.</p>	<p>ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES POR HERNIA INGUINAL POR FAIXA ETÁRIA ENTRE HOMENS E MULHERES NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2014 A 2018</p> <p>Thallyson Ruan Brilhante Porto, Meire Aparecida Jacinto Gundim, Ítalo Brito Salera, Sara de Freitas Romão, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Caio Felipe Damasceno Tavares, Nathalia Tararam Zanetti, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o número de indivíduos internados por hérnia inguinal, observando a distribuição entre homens e mulheres correlacionando as faixas etárias com maior acometimento no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 no estado do Tocantins.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico, retrospectivo, com abordagem quantitativa do número de internações por hérnia inguinal (correspondentes ao CID 10 K40). Somente casos notificados no estado do Tocantins – Brasil, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, foram incluídos. Todos os dados foram retirados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS - TABNET) e correlacionados com as faixas etárias e sexo.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado as hérnias inguinais foram responsáveis por 4.018 internações, sendo o sexo masculino encarregado por cerca de 86,53% (n= 3.477). A discrepância de internações por hérnia inguinal ao se comparar homens e mulheres no período e local estudado é nítida, tendo o valor mais próximo da igualdade na faixa etária de 5 a 9 anos, em que os homens contabilizaram 57,87% (n= 158) das internações e as mulheres 42,12% (n= 115). Foi observado também as faixas etárias em que houve maior índice de internações decorrentes de hérnia inguinal, sendo elas a faixa de 60 a 69 anos, com 657 internações (18,89%), e a faixa de 50 a 59 anos, com um total de 635 internações (18,26%).</p> <p>CONCLUSÕES: Através do estudo realizado, foi possível observar a relação direta entre sexo, idade e o acometimento por hérnia inguinal, revelando a maior incidência dessa enfermidade nos homens e principalmente naqueles com idade avançada, entre 50 e 69 anos, tendo uma redução do número de casos após essa faixa etária. Pode-se verificar também uma maior proximidade do número de casos entre homens e mulheres ao analisar os dados nas primeiras faixas etárias, em que os homens permanecem com maior incidência, porém a diferença é menor.</p>

PO 264-2	PO 265-1
<p>EFEITO DA SINVASTATINA NA ATENUAÇÃO DA MUCOSITE INDUZIDA PELO METOTREXATO EM RATOS.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Amália Cinthia Meneses Rêgo</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Baseado em estudos que atribuíram propriedades anti-inflamatórias às estatinas, o objetivo deste trabalho foi observar o efeito da sinvastatina na atenuação da mucosite induzida pelo metotrexato no trato gastrointestinal em ratos e seus efeitos sobre as citocinas.</p> <p>MÉTODO: Doze ratos Wistar, pesando 270 ± 18 g, foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: metotrexato / soro fisiológico (MTX / S n = 6) e metotrexato / sinvastatina (MTX / SV n = 6). Em todos os animais, 3 mg / kg de metotrexato foram injetados subcutaneamente durante 3 dias consecutivos. No MTX / SV, a sinvastatina foi administrada por via oral uma semana antes e durante o tratamento com metotrexato. No MTX / S, a solução salina foi administrada nas mesmas doses e horários. Determinamos os níveis plasmáticos de TNF-α, IL-1β e IL-6 e a análise histológica pela coloração HE em segmentos do esôfago, estômago, duodeno, jejuno e cólon.</p> <p>RESULTADOS: A expressão de TNF-α, IL-1β e IL-6 ($14 \pm 91,7$, $119,3 \pm 4$ e $83,1 \pm 4$, respectivamente) foi menor nos ratos do grupo MTX / SV do que no MTX / S ($171,3 \pm 16$, 218 ± 15 e $114,8 \pm 3$, respectivamente). A histopatologia mostrou que a sinvastatina reduziu significativamente (p < 0,05) o dano induzido pelo metotrexato na mucosa do esôfago, estômago, jejuno e cólon.</p> <p>CONCLUSÕES: A sinvastatina demonstrou ação anti-inflamatória em ratos, sugerindo potencial implicação clínica na prevenção ou atenuação da mucosite induzida pelo metotrexato.</p>	<p>ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR HÉRNIA INGUINAL, DE CARÁTER ELETIVO E DE URGENCIA, NO ESTADO DO TOCANTINS DURANTE OS ANOS DE 2013 A 2017.</p> <p><i>Ítalo Brito Salera, Bryam Simonsen de Oliveira Oliveira, Caio Felipe Damasceno Tavares, Nathalia Tararam Zanetti, Thallyson Ruan Brilhante Porto, Rayana Vaz Manzi, Brenda Caroline da Silveira Dias, Celso Rocha da Silva</i></p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o número de indivíduos internados por hérnia inguinal no estado do Tocantins durante os anos de 2013 a 2017. Comparar a quantidade de casos de internação de caráter eletivo e de urgências das hérnias inguinais no estado, no período descrito.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico, retrospectivo, com abordagem quantitativa do número de internações por hérnia inguinal, classificados por sexo. Somente casos notificados no estado do Tocantins – Brasil no período de 2013 a 2017 foram incluídos. Todos os dados foram retirados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS - TABNET) e correlacionados com o número de óbitos e destaca-se as internações que ocorreram de caráter eletivo e de urgência.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período, realizaram-se 4182 internações, sendo que 3616 foram para indivíduos do sexo masculino, representando 86,42% do total de casos. O ano com o maior número de internações foi o ano de 2013, com 1074 ocorrências; destes, 901 foram de indivíduos do sexo masculino e 173 do sexo feminino, representando, dentro o tempo estudado, o ano com o maior número de internações de doentes de ambos os sexos. Em relação a quantidade de óbitos, ocorreram apenas em homens, contabilizando 4 casos, de 2013 a 2017. O ano de 2014 não apresentou notificações de óbito. O caráter eletivo representou 71,75% do total, correspondente a 3001 internações; o de urgência, 1181.</p> <p>CONCLUSÕES: As hérnias inguinais são uma das patologias mais frequentes que se apresentam ao cirurgião geral. Segundo Goulart e Martins (2015), a taxa estimada para encarceramento e estrangulamento é de 0,3% - 3% ao ano, o que leva a internação e pode causar óbito do paciente. Devido diferenças anatômicas e fisiológicas, é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, numa proporção de 3:1. Percebe-se, neste trabalho, alta incidência das internações no sexo masculino, 86,42% do total. Além disso, os óbitos ocorreram todos no sexo masculino, durante o período estudado. Ainda segundo Goulart e Martins (2015), a cirurgia urgente apresenta 2,2% de risco de mortalidade, e comparado à de rotina, a urgente aumenta em 7 vezes, podendo alcançar 20 vezes se houver necessidade de ressecção intestinal. A taxa de internação por urgência alcançou quase 30% neste estudo. Deve-se trabalhar melhor o diagnóstico precoce e naqueles pacientes que forem passíveis de cirurgia, realiza-la precocemente para impedir suas complicações.</p>
<p>PO 265-2</p> <p>ESPLENECTOMIA ALTERA A BIODISTRIBUIÇÃO DO PERTECNETATO (99MTcO4-) EM RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Amália Cinthia Meneses Rêgo</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar se a esplenectomia altera a biodistribuição do pertecnetato de sódio em órgãos e tecidos de ratos</p> <p>MÉTODO: Doze ratos Wistar foram alocados aleatoriamente em dois grupos, A (esplenectomizado) e B (controle), anestesiados com cetamina (50 mg / kg, IM) e tiopental sódico (20 mg / kg-IP) e operados sob condições assépticas. A (n = 6) ratos foram submetidos à laparotomia para esplenectomia e os ratos do grupo B (n = 6) foram anestesiados, ambos permaneceram sob observação pós-operatória e após 10 dias receberam 0,1 mL de pertecnetato de sódio (0,66MBq) via plexo orbital. Após 30 min, os ratos foram mortos por uma overdose de anestésico e amostras de estômago, fígado, coração, pulmão, tireóide, bexiga, rim, cérebro e fêmur foram colhidas. A detecção da radioatividade foi determinada por um contador gama automatizado, Wizard Gamma Counter. O Perkin-Elmer. Os dados foram expressos como média \pm desvio padrão e o teste t de Student para amostras independentes, considerando p < 0,05 como significativo.</p> <p>RESULTADOS: Houve menor captação de pertecnetato no grupo A do que no grupo B nos rins, coração, pulmão, bexiga e fêmur (p < 0,05), quando comparados aos controles. O fígado dos animais esplenectomizados apresentou captação radioativa significativamente maior que nos controles.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com o modelo experimental, concluímos que a esplenectomia total em ratos resultou em alteração na biodistribuição do pertecnetato em órgãos vitais.</p>	<p>PO 266-2</p> <p>TRANSLOCAÇÃO BACTERIANA EM RATOS TRATADOS COM SINVASTATINA SUBMETIDOS À ISQUEMIA E REPERFUSÃO INTESTINAL</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Amália Cinthia Meneses Rêgo</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o efeito anti-inflamatório da sinvastatina em modelo experimental de isquemia / reperfusão intestinal, bem como na prevenção da translocação bacteriana.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados ratos Wistar, alocados aleatoriamente em 5 grupos: C (n = 10) controles; S (N = 10) operado por Shan; Isquemia e reperfusão intestinal I / R (n = 10); S + Sim (n = 7) tratamento simulado com sinvastatina e I / R + Sim (n = 7) isquemia / reperfusão tratadas com sinvastatina. No grupo S, uma laparotomia e manipulação de alças intestinais foram realizadas. Nos grupos I / R e I / R + Sim, a artéria mesentérica superior foi ocluída com microclamp vascular, a laparotomia foi fechada e reaberta após 60 minutos para a retirada do clamp. A reperfusão foi confirmada pelo retorno da pulsação da arcada mesentérica. Os animais foram sacrificados após 120 minutos de reperfusão. Microemulsão de sinvastatina (10mg / kg) foi administrada (gavagem) 18 horas e 2 horas antes do procedimento cirúrgico. O sangue foi coletado por punção cardíaca para dosagem de TNF-α, IL-1β, IL-6 e IL-10. Um grama de bactérias Gram (-) e Gram (+) foi colhido para cultura em meio selectivo para bactérias Gram (-) e Gram (+). Uma amostra de íleo terminal de cada animal foi colhida, fixada em formalina a 10% e incluída em parafina. As fatias foram coradas com hematoxilina-eosina para mensuração morfológica. Os danos das amostras intestinais foram examinados de maneira cega por um patologista experiente, de acordo com critérios microscópicos para níveis de agressões baseados previamente em um sistema de gradação. ANOVA e o teste de Tukey post-hoc foram utilizados, considerando-se p < 0,05 como significativo. fixado em formalina 10% e incluído em parafina.</p> <p>RESULTADOS: Observamos translocação bacteriana para os linfonodos mesentéricos, baço, fígado e sangue em todos os animais submetidos à I / R, sendo menor no grupo I / R tratado com sinvastatina que nos controles. Nos ratos do grupo I / R, os valores das citocinas pró-inflamatórias foram significativamente maiores quando comparados aos ratos do grupo I / R + Sim. Os ratos do grupo I / R + Sim apresentaram maiores níveis de IL-10, quando comparados aos demais grupos (p < 0,05). Os segmentos ileais apresentaram dilatação macroscópica e hemorragia intramural. A microscopia revelou lesão mucosa intensa no grupo I / R em relação aos demais grupos. Os achados histopatológicos dos ratos do grupo I / R + Sim foram semelhantes aos encontrados nos grupos C e S.</p> <p>CONCLUSÕES: A sinvastatina contribuiu para reduzir a translocação bacteriana, os valores da citocina pró-inflamatória e aumentar os níveis de citocina anti-inflamatória, preservando a integridade do epitélio intestinal em um modelo experimental de isquemia / reperfusão.</p>

PO 267-2	PO 268-2
<p>INTERPOSIÇÃO ILEAL PARA O TRATAMENTO DO DIABETES EM RATOS: REPERCUSSÃO NA MASSA DAS CELULAS BETA PANCREÁTICAS.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Pesquisa com o objetivo de estudar a ação da interposição do íleo terminal na hiperglicemia e na massa de células beta pancreáticas em ratos diabéticos não obesos.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados de 18 ratos Wistar, divididos aleatoriamente em 3 grupos de 6 cada. Um grupo controle não diabético, um grupo (controle diabético) submetido à indução do diabetes com estreptozotocina, e outro grupo diabetes submetido à interposição ileal. A massa de células beta foi quantificada por método indireto através da divisão dos níveis séricos de peptídeo-C (ng/mL) pela glicemia (mg/dL). Usados os testes de variância (ANOVA) e Tukey, para análise de diferenças específicas, considerando-se significância de $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: A glicemia dos animais diabéticos com interposição ileal foi significativamente reduzida ($94,5 \pm 5,6$ mg/dL), quando comparada com o grupo controle diabético ($245 \pm 4,8$ mg/dL) ($p < 0,05$). O peptídeo-C revelou níveis significativamente maiores nos animais do grupo diabetes interposição ($0,58 \pm 0,06$ ng/mL) do que no grupo controle diabetes ($0,42 \pm 0,03$ ng/mL), sugerindo maior resposta à estimulação pancreática neste grupo ($p < 0,05$). A razão entre peptídeo-C e glicemia revelou diferença significativa ($p < 0,05$), observando-se maior massa e função de células beta nos animais diabetes interposição ($0,61$) do que nos controle diabetes ($0,004$).</p> <p>CONCLUSÕES: Os resultados obtidos permitem concluir que a interposição ileal contribuiu para a redução da glicemia e para o aumento da massa de células beta funcionantes em ratos diabéticos.</p>	<p>ATENUAÇÃO DA LESÃO PULMONAR POR SINAVASTATINA EM MODELO DE SEPSE DE RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Amália Cinthia Meneses Rêgo, Carlos Antonio de Souza Filho, Irami Araújo-Neto, Antônio Braz da Silva Neto, Senival Alves de Oliveira Júnior, Dened Myller Barros Lima, Guilherme Bastos Palitot de Brito</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Considerando que as estatinas têm efeitos pleiotróficos, levantamos a hipótese de que a terapia com a simvastatina poderia ajudar no cenário de sepse e lesão pulmonar. O objetivo deste estudo foi abordar o efeito do pré-tratamento com simvastatina na lesão pulmonar em ratos com sepse abdominal.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 30 ratos Wistar machos pesando 235 ± 26 g distribuídos nos três grupos: grupo 1, $n = 10$ (sham), tratado com injeção oral de soro fisiológico (10 mL / Kg) 24 hs antes e novamente imediatamente antes da cirurgia; grupo 2, $n = 10$ (sepse abdominal + soro fisiológico), ligadura e punção do ceco (CLP) e tratamento com solução salina como grupo 1; grupo 3, $n = 10$ (sepse abdominal + simvastatina), CLP e tratamento com injeção oral (gavagem) de 10 mg / Kg de suspensão de simvastatina (10 mg / ml) 24 hs antes e novamente imediatamente antes da cirurgia. Kits comerciais de ELISA foram usados para a medição do fator de necrose tumoral alfa (TNF-α), interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 (IL-6). O tecido pulmonar de todos os animais foi estudado com microscopia de luz para determinar a distribuição e a quantidade de lesão pulmonar.</p> <p>RESULTADOS: A expressão plasmática do TNF-α foi significativamente menor nos ratos tratados com simvastatina ($172,8 \pm 25$ pg / mL) do que nos ratos tratados com solução salina a 0,9% ($298,5 \pm 63$ pg / mL). Os níveis plasmáticos de IL-1 mostraram uma diminuição drástica ($53,3 \pm 7$ pg / mL) em ratos tratados com simvastatina, em comparação com os ratos do grupo sépsis / soro fisiológico ($127,6 \pm 28$ pg / mL). Os níveis plasmáticos de IL-6 nos ratos tratados com sepse / simvastatina ($53,3 \pm 7$ pg / mL) foram menores que nos ratos tratados com sepse / salina ($134,6 \pm 15$ mL). Em ratos-controle, as citocinas plasmáticas foram significativamente menos expressivas ($28,4 \pm 6$) do que nos demais grupos. A histologia pulmonar representativa demonstrou inflamação marcada caracterizada por abundantes neutrófilos intersticiais e edema na sepse do grupo / soro fisiológico. A inflamação induzida foi grandemente reduzida pelo pré-tratamento com simvastatina.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, nossos dados sugerem que a simvastatina protege o pulmão contra lesão tecidual na sepse abdominal por inibição da expressão de citocinas.</p>
<p>PO 269-1</p> <p>PREVALÊNCIA DE RECIDIVA DE HERNIA INGUINAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE LICHTENSTEIN EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE DO BRASIL EM CINCO ANOS.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Antonio Bizerra Wanderley Neto, Maria Luiza de Holanda Balbino, Arthur Almeida Marinho, João Luis Gomes da Silva, Wysterlányo Kayo Pereira Barros</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar e analisar a prevalência de recorrência de hérnia em pacientes operados pela técnica de Lichtenstein no Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 2007, e analisar os dados em relação às possíveis causas.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, análise de prevalência, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética do HUOL053713 / 2012. Inicialmente, foi realizado um estudo de pacientes submetidos à correção primária de hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein, pesquisando-se o programa de computador MV 2000® que é utilizado para a marcação de procedimentos cirúrgicos. Posteriormente, foram realizadas pesquisas nos prontuários do Serviço de Registros Médicos e Estatística / Hospital Universitário Onofre Lopes, no período de novembro de 2012 a abril de 2013, e coletados dados de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, e completou uma extração de dados de formulário estruturado.</p> <p>RESULTADOS: Entre os 369 prontuários estudados, 53 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em uma amostra de 316 pacientes. Entre todos os pacientes analisados, não foi encontrada recorrência após 5 anos de cirurgia. A média de idade foi de 52,09 anos, 23,52% tinham história familiar em parentes de primeiro grau, 23,58% eram tabagistas ativos e 59,17% estavam envolvidos em profissões relacionadas aos grandes esforços.</p> <p>CONCLUSÕES: Verificou-se que em 5 anos de seguimento não houve recidiva após correção de hérnia inguinal pela técnica de Liechtenstein. Novos estudos devem ser realizados, visando saber se esta técnica deve ser a primeira escolha em relação à baixa taxa de recorrência pós-operatória.</p>	<p>PO 269-2</p> <p>MODELO EXPERIMENTAL DE OSTEOMIELEITE AGUDA EM RATOS</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Aldo Cunha Medeiros, Amália Cinthia Meneses Rêgo, Irami Araújo-Neto, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Senival Alves de Oliveira Júnior, Dened Myller Barros Lima, Antônio Braz da Silva Neto</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi caracterizar um modelo de osteomielite aguda e o melhor momento para recuperação bacteriana.</p> <p>MÉTODO: Um defeito segmentar foi criado cirurgicamente no fêmur de rato e contaminado com bactérias. Permiteu-se que os animais recuperassem em gaiolas individuais enquanto a contaminação progrediu para uma infecção aguda. Posteriormente, o defeito foi desbridado cirurgicamente e lavado com solução salina. Para implementar este modelo, o experimento foi realizado para determinar o melhor tempo de contaminação até o momento que resultaria de forma confiável em osteomielite aguda infectada. O número de bactérias recuperadas foi medido em 18 ratos ($n = 6$ / grupo) em função do inóculo de <i>Staphylococcus aureus</i> (10⁶ UFCs) e 3 vezes da contaminação (3 dias, 1 semana ou 3 semanas).</p> <p>RESULTADOS: Bactérias recuperadas ocorreram em todos os animais após 3 dias, 1 semana e 3 semanas. O tempo de inóculo bacteriano de cada grupo contaminado teve um efeito significativo na média do número de CFUs recuperadas de bactérias. A média de log₁₀ CFUs de bactérias recuperadas para cada inóculo atingiu o pico em 1 semana após a contaminação ($7,84 \pm 0,22$ log₁₀CFU). Consequentemente, a média de log₁₀ CFUs de bactérias recuperadas em 1 semana foi significativamente maior do que a quantidade de bactérias recuperadas após 3 dias ($4,63 \pm 0,10$) e 3 semanas ($6,09 \pm 0,14$) ($p < 0,001$).</p> <p>CONCLUSÕES: Este modelo de osteomielite aguda foi bem caracterizado. Nossos dados confirmaram que uma semana após a contaminação foi o melhor momento para estudar a recuperação bacteriana. Podemos inferir que esse modelo foi viável e nos permite realizar mais estudos sobre o tratamento da osteomielite com antimicrobianos vetorizados e outros esquemas de antibioticoterapia.</p>

PO 270-2	PO 271-2
<p>COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES TEMPOS DE PERCONDICIONAMENTO EM ISQUEMIA RENAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>BERTHO VINÍCIUS ROCHA NYLANDER, CAROLINE LOBATO PANTOJA, MATHEUS BENEDITO SABBÁ HANNA, ARMANDO DA SILVA ROCHA, BEATRIZ SAYURI VIEIRA ISHIGAKI</p> <p><i>LCE / UEPA - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetiva-se realizar uma revisão de literatura que busque a comparação dos diferentes protocolos de percondicionamento durante a isquemia renal.</p> <p>MÉTODO: As informações foram obtidas a partir de buscas feitas nas bases de dados BIREME DECS, LILACS e PUBMED, utilizando como descritores as palavras-chave "renal ischemic injury" e "perconditioning", com as opções em inglês e português, tendo sido empregado o booleano AND. Além disso, foram excluídos do trabalho os artigos publicados há mais de 5 anos ou que não abordavam de forma mais profunda a relação entre o modelo de percondicionamento renal empregado e seus efeitos protetores sobre a síndrome de isquemia e reperfusão, tendo sido encontrados 27 artigos aptos para serem abordados no trabalho.</p> <p>RESULTADOS: O processo de ação do percondicionamento ainda não é totalmente conhecido, mas que atua na liberação de autacoides protetores, como óxido nítrico, possuindo efeitos nefroprotetores e em outros órgãos, como o fígado. Com o uso de 3 ciclos de intervalos de 10 minutos de isquemia e reperfusão na técnica de percondicionamento, os níveis de creatinina foram menores se comparados com os intervalos de 5 minutos de isquemia e reperfusão no percondicionamento; porém, a diferença foi bem sutil – utilizando-se o tempo de 30 minutos de isquemia renal. Houve também o achado de modelos de indução de isquemia de 60 minutos, com percondicionamento de 4 ciclos de 5 minutos de isquemia e 5 minutos de reperfusão, sendo que não foram observadas diferenças significantes com outros tipos de percondicionamento, entretanto todos obtiveram melhores resultados quando comparados na análise histológica quando comparados com o grupo isquemia e reperfusão renal. Dessa forma, denota-se uma ampla variação tanto no tempo de indução da isquemia renal e de percondicionamento, assim como quanto às análises observadas.</p> <p>CONCLUSÕES: A comparação dos efeitos entre tempos diferentes de condicionamento foi bastante prejudicada devido, dentre outros fatores, à considerável divergência de metodologias e utilização de análises diferentes. Em vista destes aspectos, é possível concluir que é necessária a criação de mais trabalhos focados na comparação entre modelos de percondicionamento em situações de isquemia renal para auxiliar no desenvolvimento e emprego de técnicas mais eficientes no combate aos efeitos negativos da síndrome de isquemia e reperfusão e melhor elucidação do seu mecanismo de ação.</p>	<p>ANÁLISE DO EFEITO DO EXTRATO DE DALBERGIA SUBCYMOSA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CUTÂNEAS EM RATOS.</p> <p>Mateus Paes Teixeira, Rosa Helena de Figueiredo Chaves, Máira Khoury Evangelista, Marcieni Ataíde Andrade, Hanna Machado da Silva, Lucas Villar Pedrosa da Silva Pantoja, Glenda Figueira Guimarães, Ulisses Vale Sá Junior</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o efeito do extrato hidroalcoólico liofilizado de Dalbergia subcymosa no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos.</p> <p>MÉTODO: 15 ratos foram randomicamente distribuídos em 3 grupos: Grupo controle negativo (GCN), Grupo controle positivo (GCP) e Grupo Dalbergia (GD), cada um composto por 5 animais. Todos os grupos foram submetidos a criação de ferida cutânea (2cm x 2cm) utilizando-se carimbo para marcação da pele e bisturi frio para excisão do retalho cutâneo do dorso dos animais. O GCN foi tratado com soro fisiológico 0,9%, o GCP com Dersani® e o GV com o extrato da Dalbergia subcymosa a 4%, sendo todos aplicados 1 vez ao dia na dose de 0,2 mL sobre a ferida. Foi feito o registro fotográfico das feridas no 7º, 14º e 21º dia pós-operatório para posterior mensuração da sua área (cm²) através do Software Image J®. No 21º dia pós-criação da ferida foi realizada a eutanásia dos animais e coleta do retalho cutâneo para análise histológica (hematoxilina-eosina e Tricrômio de Masson). Os resultados da área da ferida foram analisados através do Teste de Variância de Kruskal-Wallis (Dunn) e dos padrões histológicos pelo Teste G de independência (Análise de Resíduos do Qui-Quadrado).</p> <p>RESULTADOS: No que diz respeito à área das feridas, o GD obteve resultados estatisticamente significativos quando comparado ao GCP no 14º (p 0,017) e 21º dia (p 0,020). Quanto a análise microscópica, não houve relevância estatística.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir da análise macroscópica é possível concluir que o extrato hidroalcoólico liofilizado de Dalbergia subcymosa a 4% apresentou influência positiva no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos Wistar, no 14º e 21º dia pós confecção da ferida, quando comparados ao Dersani®, um composto de escolha para tratamento tópico de feridas cutâneas limpas em processo de cicatrização por segunda intenção. No entanto, são necessários outros estudos com melhor acurácia na análise microscópica para determinar a real influência desse extrato no processo de cicatrização cutânea de ratos.</p>
<p>PO 272-2</p> <p>PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DE UM SIMULADOR BAIXO CUSTO DE CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos,</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Desde seu surgimento, a videocirurgia mudou muitos dos princípios básicos da cirurgia, exigindo uma nova e prolongada curva de aprendizado. Apesar das vantagens já estabelecidas na literatura, há diversas desvantagens como a imagem bidimensional e a movimentação limitada das pinças. Dentre as várias técnicas de cirurgia bariátrica, a gastrectomia vertical (sleeve) e o bypass gástrico em Y-de-Roux (RYGB) são os 2 procedimentos mais realizados. Dessa forma, faz-se necessário o conhecimento do profissional de saúde acerca das diferentes técnicas de cirurgia bariátrica e sua habilidade manual na videocirurgia para que possa indicar e operar da melhor forma possível. Com base nisso, o atual trabalho justifica-se em avaliar a percepção dos alunos em relação a dois simuladores de cirurgia bariátrica videolaparoscópica.</p> <p>MÉTODO: Os procedimentos de cirurgia bariátrica foram realizados em um estômago, que foi moldado de feltro e preenchido com enchimento para almofada, dentro de uma caixa tampada cuja visualização era feita por uma webcam em um notebook. Para simular as ressecções gástricas, foi utilizado fecho de gancho e laço, permitindo a separação entre as partes do estômago. Os estudantes simularam o bypass gástrico em Y-de-Roux (RYGB) e a gastrectomia vertical (SG) e, após a prática, foi solicitado que os alunos respondessem um questionário que avalia a atividade com base na escala Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5.</p> <p>RESULTADOS: A prática foi realizada por 20 alunos, com média de, aproximadamente, 21 anos e em média do 3º semestre apenas. Desses, 8 (40%) já haviam tido contato com a videolaparoscopia, desses alunos, 18 (90%) ainda não haviam tido contato com o RYGB e 19 (95%) não haviam tido contato com a SG. Quando questionados acerca da capacidade do simulador de RYGB auxiliar a aprender o procedimento, os alunos avaliaram com nota média 4,95 e sobre o simulador de SG, os alunos avaliaram com média 4,85. Sobre a capacidade do simulador em reproduzir os passos dos procedimentos, a média para a SG foi de 4,6 e para RYGB foi de 4,85. Por fim, quando perguntado sobre os materiais utilizados para construir os modelos, a nota média foi 4,75.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos resultados obtidos, foi possível ver que os alunos acreditam que os simuladores oferecem um ambiente adequado de aprendizagem, tanto para estudantes que ainda não tenham tido contato com a videocirurgia quanto para estudantes que ainda não haviam conhecimento sobre o procedimento a ser executado. Uma maior prevalência de simuladores similares aos utilizados nesta pesquisa são fundamentais para o aumento do acesso de estudantes às práticas videolaparoscópicas desde o período da graduação, tornando-os mais acostumados a tais técnicas.</p>	<p>PO 273-2</p> <p>MODELO DE GASTRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA DE BAIXO CUSTO</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira De Lima, Lara Poti Nobre, Adriano Marcelino Lobo Filho, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Matheus de Souza Mendes, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Com a expansão da cirurgia minimamente invasiva, foi necessário que os cirurgiões adquirissem uma nova série de habilidades para superar desafios inexistentes na cirurgia convencional, como a perda de profundidade devido à imagem ser bidimensional, percepção invertida do movimento das mãos, limitação do grau de movimentação das pinças, diminuição da sensibilidade tátil e necessidade de realizar movimentos com ambas as mãos. Com base nisso, é perceptível a necessidade de simuladores para desenvolvimento de habilidades videolaparoscópicas, bem como promove uma incorporação adequada de aprendizado, pois permitem muita repetição sob supervisão qualificada. Dessa forma, o trabalho atual busca avaliar a percepção dos alunos em relação a um modelo de gastrectomia à Billroth 1 e à Billroth 2 videolaparoscópica.</p> <p>MÉTODO: As gastrectomias à Billroth 1 e à Billroth 2 eram realizadas em um estômago, que foi moldado de feltro e preenchido com enchimento para almofada, dentro de uma caixa tampada cuja visualização era feita por uma webcam em um notebook. Para simular a ressecção gástrica, foi utilizado fecho de gancho e laço, permitindo a separação entre as partes do estômago. Os estudantes realizavam primeiro o Billroth 1 e depois o Billroth 2 e, após a prática, foi solicitado que os alunos respondessem um questionário que avalia a atividade com base na escala Likert de 5 pontos.</p> <p>RESULTADOS: A prática foi realizada por 25 alunos com média de, aproximadamente, 20 anos e 3º semestre. Desses alunos, 21 (84%) ainda não haviam tido nenhum contato com o procedimento antes. Quando questionados sobre a capacidade do simulador em ajudar a compreender o procedimento, os alunos avaliaram com média 4,76. Questionando-se a possibilidade do simulador ser utilizado novamente em outros momentos/aulas, a nota média foi 4,96. Sobre mais aulas de procedimentos cirúrgicos serem associados com simuladores, todos os alunos deram a nota máxima. Já acerca da capacidade dos alunos em reproduzir o estômago em outros momentos, a nota média foi de 4,64. Por fim, quando questionados sobre o campo visual do simulador, os alunos avaliaram com média 4,56. Após a quantificação dos tempos da atividade, o tempo médio para a realização do Billroth 1 foi de 5 minutos e 47 segundos e para o Billroth 2 foi de 3 minutos e 13 segundos.</p> <p>CONCLUSÕES: Com materiais de baixo custo e de fácil acesso, foi possível adaptar procedimentos complexos em simuladores de uma maneira mais simples, onde o estudante que está tendo contato pela primeira vez com o procedimento e/ou com a videolaparoscopia consegue compreender de uma forma eficaz. A diminuição do tempo entre o Billroth 1 e Billroth 2 sugere que a familiaridade com a manipulação da peça e realização prévia do procedimento auxiliam no desempenho final.</p>

PO 274-2	PO 275-2
<p>SIMULADOR DE BAIXO CUSTO DO PROCEDIMENTO DE COLOSTOMIA EM ALÇA</p> <p>Rodrigo Teófilo Parente Prado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Túlio Timbó Arruda, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Afonso Nonato Goes Fernandes, Lara Poti Nobre, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O procedimento de Colostomia em alça constitui uma medida fundamental no manejo de diversas doenças prevalentes e causadoras de elevado grau de morbimortalidade na população ocidental, como Neoplasias Colorretais. Consiste na confecção de um novo trajeto para o bolo fecal, do tubo intestinal para a pele em um recipiente acoplado a parede abdominal, ocasionando limitações às atividades de vida diária sofridas pelo paciente. Nesse cenário, é indispensável um corpo de cirurgiões capazes de realizar essa conduta de maneira eficaz, diminuindo o tempo de presença da bolsa e risco de complicações a que o doente está sujeito. Infelizmente, simuladores para essa prática mostram-se caros e de difícil reprodução, dessa forma, esse trabalho a proposta de um modelo de baixo custo e fácil replicabilidade para o treino da Colostomia, e como ele foi avaliado por um grupo de estudantes de Medicina.</p> <p>MÉTODO: O modelo é formado por duas partes. A primeira: uma representação de uma alça intestinal, composta por placas de espuma e feltro. A segunda mimetiza as camadas da parede abdominal, feitos de papel EVA, tudo dentro de um manequim. Em curso de Cirurgia, estudantes passaram por simulações de uma colostomia, após uma aula expositiva sobre o assunto, composta de duas fases: Diêrese dos planos da parede abdominal e Fixação da alça à parede. Ao fim, os participantes responderam um questionário na escala Likert, avaliando o modelo, indo de "discordo totalmente" até "concordo totalmente".</p> <p>RESULTADOS: Com uma amostra de 26 estudantes, indo do segundo ao sétimo semestre do curso de medicina e na faixa etária de 18 a 36 anos, observou-se 61,5% possuía experiência prévia com o ensino da cirurgia. Dentro dos questionamentos, todos os alunos concordaram, total ou parcialmente, acerca do modelo ter uma correlação anatômica satisfatória, possibilitar a movimentação adequada para realizar a tarefa, propiciar visualização adequada e que pode ser reproduzido. Outras perguntas sobre a ergonomia e qualidade dos materiais também tiveram avaliações significativamente positivas, com apenas 3,8% dos avaliadores discordando parcialmente, e mais de 84,6% concordando plenamente. Mantendo o padrão de boa percepção, 88,5% da amostra concordou totalmente com a hipótese de que o simulador é adequado para o treino da prática da Colostomia, enquanto os outros 11,5% afirma, parcialmente, o mesmo. Encerrando com a inquirição de que o modelo, em geral, representa, fielmente, o procedimento real. 84,6% dos estudantes atesta plenamente que "sim", enquanto os outros 15,4% confirma de maneira parcial.</p> <p>CONCLUSÕES: Observando a predominância de avaliações positivas, define-se um modelo promissor para o treinamento de Colostomia para acadêmicos, com ou sem contato prévio com a ciência cirúrgica, no contexto do baixo custo, reprodutibilidade e similaridade com o procedimento real. Entretanto, melhorias acerca da ergonomia e qualidade do material foram salientadas.</p>	<p>MONTAGEM DE MODELO DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE ACESSO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO NA GRADUAÇÃO</p> <p>Matheus de Almeida Coutinho Rodrigues, Matheus de Almeida Coutinho Rodrigues, Adriano Marcelino Lobo Filho, Adriano Marcelino Lobo Filho, Victor Ary Câmara, Victor Ary Câmara, Heitor Moita Mota, Heitor Moita Mota, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Afonso Nonato Goes Fernandes, Lara Poti Nobre, Lara Poti Nobre, Francisco Julimar Correia de Menezes, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Desenvolver um modelo de baixo custo e fácil de reproduzir para treinamento da habilidade médica de Acesso Venoso Central Subclávio entre estudantes de medicina.</p> <p>MÉTODO: O modelo levou um dia para a sua montagem completa e teve um custo aproximado de R\$ 40,00, sendo R\$ 30,00 gastos com o manequim, R\$ 5,00 com um pacote de 50 balões canudo utilizados para simular a veia subclávia, R\$ 5,00 1 haste de madeira com função de simular a clavícula e 2 pregos para dar sustentação ao balão. Para o procedimento ser realizado é necessário o kit com dilatador, catéter, agulhas e seringas e este foi recebido através de doação da instituição de ensino.</p> <p>RESULTADOS: O modelo foi apresentado para professores do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza como uma alternativa de baixo custo para ensino em larga escala do procedimento, haja vista que os modelos existentes nas faculdades geralmente são caros e sua manutenção demanda alto custo. Os docentes atestaram a semelhança do modelo com a técnica de acesso em indivíduos e admitiram a possibilidade de aplicar tal modelo para o ensino do procedimento na graduação de Medicina, uma vez que recém-formados os futuros médicos necessitam de um treinamento e prática repetidamente, a fim de não cometer erros ao realizar o procedimento em pacientes. Além disso, foi visto que os estudantes também reconhecem essa falta de preparo em realizar este procedimento, uma vez que quando anunciado o modelo para treinamento houve uma demanda de grande volume.</p> <p>CONCLUSÕES: O modelo criado mostrou-se aplicável em ampla escala, mostrou-se uma alternativa viável de baixo custo frente aos caros modelos para treinamento de grandes empresas internacionais e atendeu as necessidades em treinamento de repetição com o propósito de evitar enganos e iatrogenia por médicos despreparados.</p>
<p>PO 276-2</p> <p>AValiação DA PERCEPÇÃO DO MODELO DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE ACESSO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO NA GRADUAÇÃO</p> <p>Matheus de Almeida Coutinho Rodrigues, Adriano Marcelino Lobo Filho, Victor Ary Câmara, Heitor Moita Mota, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O acesso venoso central é amplamente usado no meio médico, porém, é um procedimento invasivo que existem riscos ao ser realizado, como pneumotórax, hemotórax e outros. Por esse motivo, é importante que os profissionais desenvolvam a prática deste procedimento, com objetivo de aprimorar habilidades e diminuir complicações. O uso de simuladores surge como uma opção para treinamento destes procedimentos, permitindo um treinamento repetitivo, livre de riscos e em ambiente controlado, dando a oportunidade do profissional se familiarizar com o equipamento e seu manejo. Um fator limitante destes simuladores é o seu alto custo, portanto propomos a aplicação de um simulador de acesso venoso central de baixo custo.</p> <p>MÉTODO: O modelo foi realizado com materiais de baixo custo para simular o acesso venoso à veia subclávia e foi aplicado em um curso teórico-prático de cirurgia com alunos de medicina. Primeiramente houve uma aula teórica acerca do tema e em um segundo momento os participantes fizeram a prática no simulador. Após a prática os alunos responderam um questionário de percepção acerca do modelo, com perguntas que discursavam acerca do material utilizado, correlação anatômica, realização do procedimento no modelo e aprendizagem do procedimento. As respostas do questionário foi estruturadas em escala Likert.</p> <p>RESULTADOS: Foram obtidas 35 respostas nos questionário. Destes, nenhum teve experiência prévia com o procedimento de acesso venoso central. Este modelo foi avaliado por mais de 85% dos alunos como satisfatório para o aprendizado do procedimento do acesso venoso central, mostrando a viabilidade deste para o ensino e atestando sua eficácia sendo avaliado como útil para ser entendido as etapas do procedimento por 91,4% dos participantes, ainda sendo um modelo de baixo custo aumenta a acessibilidade ao público alvo. O uso de simuladores no ensino da medicina estão cada vez mais comuns, por se tratarem de um ambiente controlado, onde o aluno pode evoluir a sua habilidade prática, já que está cada vez mais difícil obter recursos humanos para estes fins. Mesmo com a prática teórica e prática no simulador, amplo número de alunos não concordou estar seguro com a realização do acesso venoso central, o que afirma a necessidade de mais práticas como esta no meio acadêmico. Cerca de 45,7% dos participantes concordaram totalmente com a correlação anatômica do modelo com a realidade. Nesse contexto, encontramos algumas limitações no modelo, quanto a perfeita correlação anatômica das estruturas no caso do acesso venoso à veia subclávia.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, o simulador de baixo custo proposto obteve uma boa avaliação e mostrou-se efetivo para o ensino do procedimento em questão e, ainda, por ter um custo acessível pode ser aplicado e larga escala.</p>	<p>PO 277-1</p> <p>CORREÇÃO DE HERNIAS ABDOMINAIS VENTRAIS COMPLEXAS COM TECNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES : UMA SERIE DE CASOS.</p> <p>EDUARDO CORVELLO TEIXEIRA, LUIZ CARLOS VON BAHTEN</p> <p><i>UFPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hérnia ventral, é uma condição comum na população geral. Sua incidência varia de 5-25% ao longo da vida e é também complicação observada em cerca de um quarto dos pacientes submetidos a laparotomias. As hernias incisionais são definidas como toda região de defeito na parede abdominal, com ou sem abaulamento, em área de cicatriz cirúrgica definida por observação clínica ou exame de imagem. De acordo com o tamanho, definiu-se como grandes as hérnias com largura maior ou igual a 10 cm, medida correspondente na literatura à definição de hérnia complexa. A correção deste tipo de hérnias é, muitas vezes, desafiadora, apresentando taxas de recidiva próximas a 40% em reconstruções com sutura primária [6]. Neste contexto, a Técnica de Separação de Componentes (TSC), mostrou-se uma forma efetiva de corrigir defeitos de até 20 cm de largura com recuperação efetiva da função muscular. Este trabalho busca apresentar uma série de casos de pacientes com hérnias incisionais complexas corrigidas com TSC Anterior e implante de tela, em um serviço de cirurgia geral entre os anos de 2013-2014.</p> <p>MÉTODO: Este estudo é uma série de casos de 12 pacientes portadores de hérnia incisional mediana complexa, com índice de massa corpórea (IMC) maior de 25 kg/m² e perda de domicílio de mais de 30% em avaliação por TC de Abdome, que foram submetidos a correção do defeito por TSC Anterior, em um período de 24 meses. Os defeitos foram cobertos por telas e os doentes acompanhados por um período pós-operatório mínimo de 3 anos.</p> <p>RESULTADOS: Dos 12 pacientes da amostra, metade eram mulheres. A idade mínima e máxima da amostra era de 22 e 74 anos, respectivamente, com mediana de 49,5 anos. O IMC médio dos pacientes na amostra era de 33 kg/m², com variação entre sobrepeso e obesidade grau II. Em relação às hérnias, a incisão prévia mais comum foi a xifo-púbica, em 5 dos 12 doentes, com variação na largura do defeito de 14,8 a 17,5 cm neste grupo. O maior defeito de parede observado apresentava 18 cm de largura e o volume do saco herniário variou entre 32 e 58% do volume peritoneal residual, com mediana de 41,5%. Nenhum paciente apresentou recidiva clínica da hérnia ou necessitou de re- operação durante os 49 meses de seguimento médio.</p> <p>CONCLUSÕES: A incidência de recidiva no primeiro ano após correção de hérnias incisionais complexas variou de cerca de 8 a 27%, diretamente proporcional ao IMC dos doentes, em um estudo de coorte com 326 pacientes que englobou técnicas de fechamento primário a TSC com ou sem uso de tela. No presente estudo, não houve recorrência das hérnias, o que representa índices melhores do que os observados na literatura para amostras similares de pacientes quanto ao IMC e volume herniário. A Técnica de Separação de Componentes Anterior com reforço da parede abdominal com colocação de telas é uma opção segura e efetiva para correção de hérnias incisionais complexas quando realizada por cirurgião treinado.</p>

PO 277-2	PO 278-2
<p>AValiação DOS PROCEDIMENTOS CIRúRGICOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>Paulo Eduardo Dias Lavigne, Samuel Gomes Cardoso, Giulianno Rodrigues de Brito, André Luis Barbosa Romeo, Ian Lemos Teixeira Sarno, Milla Gabriele Sallenne Andrade, Vitor Brandão Vasconcelos, Ana Celia Diniz Cabral Romeo</p> <p><i>Escola Bahiana de medicina e saúde pública (EBMSP) - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Comissão Lancet de Cirurgia Global propôs que, para atender às necessidades das populações, os países deveriam alcançar 5000 procedimentos cirúrgicos por 100.000 habitantes por ano, podendo esse valor chegar a uma razão maior do que 10.000 operações por 100.000 habitantes em alguns países europeus. Assim, o objetivo desse estudo é avaliar o número de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil na última década, bem como o perfil do caráter de atendimento e a mortalidade perioperatória.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo ecológico com abordagem quantitativa, descritivo e de caráter temporal. A partir da base de dados do Sistema Único de Saúde, foram avaliadas as internações para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como a população total no Brasil entre 2008 e 2018. As variáveis estudadas foram: números de internações, caráter de atendimento e taxa de mortalidade. Foi utilizado o software Excel para a realização do Teste-t de Student para avaliar a significância estatística dos resultados.</p> <p>RESULTADOS: Entre os anos de 2008 e 2018 foram realizados 46.927.797 procedimentos cirúrgicos, com uma média de 4.266.163 procedimentos por ano, sendo a grande maioria destes realizados na região Sudeste (40,8%), seguidos por região Nordeste (26,6%), Sul (17,5%), Norte (7,5%) e Centro-Oeste (7,5%). Observou-se ainda que houve um aumento de cerca de 19% do número total de procedimentos cirúrgicos neste período, alcançando 2161 procedimentos cirúrgicos por 100.000 habitantes em 2018. No que tange o caráter de atendimento, os procedimentos de urgência ainda são os mais prevalentes (58,2%) que os procedimentos eletivos (39,8%), sendo as outras formas de atendimento responsáveis por 2%, porém a razão entre número de procedimentos de urgência em relação aos eletivos vem se tornando mais próximo de 1, evidenciando que o crescimento dos procedimentos eletivos vem sendo mais significativo do que o de urgência. Por fim, a maior taxa de mortalidade foi observada na região Sul com cerca de 2,00% seguida da região sudeste 1,80 % (valor-p = 0,0000). A região norte e nordeste apresentaram as menores taxas de mortalidade 1,09% e 1,30% (valor-p=0,0004), respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Evidenciou-se que há uma tendência crescente no número de realização de procedimentos cirúrgicos no Brasil, porém abaixo do que é idealizado na literatura e do que é praticado nos países mais desenvolvidos, indicando que possivelmente ainda há um baixo investimento nesta área no Brasil e evidenciando uma necessidade de maiores investimentos na área de saúde. Há também uma evidência da distribuição irregular de recursos materiais e médicos entre as regiões do país. As maiores taxas de mortalidade nas regiões Sul e Sudeste podem estar associadas com a capacidade de realizar procedimentos mais complexos e sujeitos à maiores complicações, bem como possível subnotificação nas demais regiões.</p>	<p>A APLICAÇÃO DA IMPRESSÃO 3D NA ÁREA CIRÚRGICA</p> <p>Matheus de Lucena Holanda, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Aprigio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as diversas aplicações da tecnologia de impressão em terceira dimensão (3D) para a área cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se uma revisão da literatura que tem como metodologia a busca ativa de informações nas bases de dados do PMC. Os descritores de assunto utilizado para a busca de artigos foram: 3D printing, three dimensional printing, bioprinting, surgery. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados entre 2015-2019, dos tipos descritivos e intervencionista. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão ou artigos que não abordem assuntos relevantes para serem discutidos.</p> <p>RESULTADOS: A avidez da área cirúrgica por inovação e melhora de procedimentos sempre foi auxiliada pela constante evolução da tecnologia, o que não se alterou nos dias atuais. A maior popularidade e disponibilidade de impressoras 3D tornou essa tecnologia uma grande aliada da cirurgia, possuindo dentro dessa área uma enorme variedade de usos, sendo os principais a criação de modelos individualizados para treinamento pré-operatório, o auxílio no ensino médico e a criação de dispositivos utilizados nas próprias cirurgias. A confecção de modelos personalizados em impressoras 3D está se tornando uma prática cada vez mais comum e tem se provado extremamente útil, permitindo ao cirurgião, por exemplo, treinar o procedimento em um modelo extremamente verossímil com a realidade, prever possíveis complicações em casos complexos e propor diferentes estratégias para a realização do procedimento, dessa forma, individualizando o processo cirúrgico, ademais, o modelo pode ser utilizado para explicar melhor para o paciente o procedimento a ser realizado. A tecnologia, também tem grande impacto na área educacional, possibilitando a criação de modelos economicamente viáveis para o estudo anatômico sem as limitações econômicas e éticas que a utilização de cadáveres envolve, além de facilitar o estudo de defeitos e variações anatômicas, como as cardiopatias congênitas. A criação de dispositivos específicos para cada paciente é outra função da impressão 3D, sendo muito utilizada na área ortopédica para a criação de órteses que promovem maior conforto e reduzem lesões plantares. Além disso, a impressão pode auxiliar de forma mais direta o procedimento cirúrgico auxiliando na criação de instrumentos cirúrgicos personalizados para o paciente. Uma das promessas da tecnologia 3D para a área cirúrgica é a biopressão, que permite a criação de modelos em 3D tendo como base células tronco, porém as pesquisas voltadas para essa área permanecem em fases iniciais.</p> <p>CONCLUSÕES: Percebe-se, portanto, que a impressão em 3D é uma tecnologia com uma enorme variedade de aplicações dentro da área cirúrgica, sendo utilizada em diversas especialidades tanto para o planejamento cirúrgico e ensino médico, quanto nos procedimentos em si. Todavia, é relevante apontar que essa é uma tecnologia que está em seus estágios iniciais de desenvolvimento e cuja utilização ainda promete trazer um grande avanço para a cirurgia.</p>
<p>PO 279-2</p> <p>UMA META-ANÁLISE PARA AVALIAR A EFICÁCIA DAS INJEÇÕES DE TOXINA DE BOTULÍNICA PARA A HIPERIDROSE PRIMÁRIA</p> <p>MARIA VERONICA SANTOS, RENATA LIMA BATALHA ANDRADE, Rafael SILVA SANTOS, VANESSA ROCHA ANDRADE, CARLA VIVIANE FREITAS JESUS, ARTHUR DEDA VALIDO, YASMIM ANAYR COSTA FERRARI, SONIA OLIVEIRA LIMA</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Uma meta-análise para acessar e avaliar a eficácia da toxina botulínica no tratamento da hiperidrose primária em seus diferentes locais de envolvimento.</p> <p>MÉTODO: A busca foi realizada em julho de 2017 e atualizada em maio de 2018. Os bancos de dados de busca incluíram Pubmed, Cochrane, Scopus, Scielo e Open Thesis. Os descritores foram: "hiperidrose primária", "tratamento" e "toxina botulínica". O nível de significância adotado foi de 0,05.</p> <p>RESULTADOS: Após a extração dos dados, foram estabelecidos 14 estudos para a meta-análise final, com 576 pacientes, e a análise de homogeneidade mostrou um teste Q de Cochran de 80,1242 (p = 0,001) e um teste Higgins I² de 96,24%. A simetria foi avaliada pelo teste de assimetria do gráfico de funil com um valor de t de 2,9111 (p = 0,0131). Portanto, os dados sobre eventos adversos foram assimétricos e heterogêneos, justificando o uso do modelo de efeitos aleatórios.</p> <p>CONCLUSÕES: As injeções de toxina botulínica são seguras e eficazes para o tratamento da Hiperidrose Primária (Nível de Evidência 1b). Injeções de toxinas atuam como uma medida paliativa, promovendo a cessação ou redução do suor com duração de efeito extremamente variável de 4 semanas a 6 meses.</p>	<p>PO 280-2</p> <p>APLICAÇÃO DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS) NO PRÉ-OPERATÓRIO DA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA</p> <p>Carlos Magno Queiroz da Cunha, Victor Andrade de Araújo, Leissa Feitosa Albuquerque Lima de Magalhães, Douglas Marques Ferreira de Lima, Francisco Julimar Correia de Menezes, Paulo Marcos Lopes, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, LUCAS SABÓIA MARINHO</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: Ansiedade e depressão são prevalentes não apenas na população geral, mas também em pacientes hospitalizados. Essas patologias são as doenças psiquiátricas mais relacionadas às doenças orgânicas, estando presentes em cerca de 20-30% dos pacientes hospitalizados. No entanto, muitos médicos não os reconhecem ou apreciam. Nessa perspectiva, ansiedade e depressão são comuns nos pacientes operados devido a estressores, em geral no pré-operatório, variando a prevalência entre 11 a 80% e 9 a 16%. Isso ocorre porque os procedimentos cirúrgicos podem afetar significativamente os pacientes. 'saúde mental, por impactarem no seu bem-estar, sendo um estressor. Esses sintomas, se não controlados, podem interferir nos parâmetros fisiológicos dos pacientes, tendo efeitos em sua cirurgia e recuperação. Devido à sua grande relevância, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) surge como uma alternativa para auxiliar no diagnóstico desses pacientes. Este trabalho objetiva analisar a inclusão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) como item pré-operatório da colecistectomia por videolaparoscopia.</p> <p>MÉTODO: Métodos: Estudo retrospectivo observacional, de janeiro a abril de 2018, com análise de prontuários de pacientes submetidos à avaliação da HADS. Utilizadas como variáveis: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), classificação ASA, parâmetro HADS, tempo de internação hospitalar e tempo de cirurgia (inclui anestesia). Foram utilizados testes não paramétricos, como valores significativos, com p < 0,05.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: 167 pacientes foram incluídos no estudo. No total, 27 pacientes (16,17%) apresentaram apenas ansiedade, 12 (7,18%) apenas depressão e 7 (4,19%) ambos os transtornos de acordo com a escala. O escore da HADS foi de 5,29 + 3,33 pontos para ansiedade e de 3,71 + 2,99 pontos para depressão. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de cirurgia, o tempo de pós-operatório ou as complicações quando comparados pacientes com ansiedade ou depressão com aqueles sem esses distúrbios. Ainda nesse contexto, vale ressaltar que, do total de pacientes avaliados, cerca de 23,35% apresentaram escores indicativos de ansiedade ou depressão, com ausência de diagnóstico prévio.</p> <p>CONCLUSÕES: O escore da HADS não influenciou no tempo de cirurgia, tempo de internação ou complicação. No entanto, sua utilização na internação permite identificar os pacientes que necessitam de acompanhamento e melhor suporte psicológico.</p>

PO 281-2	PO 282-2
<p>AValiação DE PREvalência DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS DISPEPTICAS EM POPULAÇÃO NA CIDADE DE CUIABÁ/MT</p> <p>Karoline Aparecida Janones, Lucas Ítalo Muniz Santos</p> <p><i>Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A síndrome dispéptica é definida como a presença de dor, de característica persistente e recorrente, associado a desconforto, ou não, localizado na região central e/ou superior abdominal (epigastralgia). Entre as principais patologias que apresentam tais manifestações, destacam-se: Doença do Refluxo Gastro-esofágico; Úlcera péptica gastroduodenal e a dispepsia funcional. Para o diagnóstico de dispepsia, o consenso de ROMA IV, reforçou a importância de considerar os sintomas relatados pelo paciente, principalmente no que tange ao diagnóstico da dispepsia funcional. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi investigar a prevalência de fatores de risco associados a síndrome dispéptica em uma população da cidade de Cuiabá - Mato Grosso.</p> <p>MÉTODO: Foram selecionados aleatoriamente cinquenta indivíduos entrevistados em unidade de saúde, por meio de um questionário que abordou características sócio-demográficas, escolaridade, ocupação; questões relacionadas aos hábitos alimentares: consumo de bebidas gaseificadas e cafeinadas, ingestão de líquidos juntamente com as refeições, tempo destinado às principais refeições diárias, bem como horário da última refeição. Além disso, a população estudada, foi indagada em relação ao uso de AINES e automedicação, nível de estresse diário e atividade física regular. Por último, o questionário indagou a respeito consumo de alimentos industrializados e sintomas digestivos, nos quais o entrevistado poderia assinalar os correspondentes sintomas apresentados.</p> <p>RESULTADOS: A faixa etária predominante foi de 30-40 anos. IMC entre 18-24 correspondeu a 40% da amostra. Os sintomas mais citados foram: pirose (33%), epigastralgia (29%), plenitude pós-prandial (28%), seguido de regurgitação (18%) e náuseas (15%). Cerca de 36% da amostra, fizeram uso de AINES, sendo 39% afirmando uso maior que 5x na semana. O nível de estresse diário, foi referido por 42% dos participantes. Ao investigar sobre o consumo de café, 68% afirmaram que fazem o uso e 32% negam a ingestão do mesmo. No que tange à frequência de estresse, 24% sentem-se estressados frequentemente e 18% declaram estresse acima do normal. Constatou-se predominância de consumo de massas, em seguida de frituras, sucos, molhos prontos. Nota-se elevado uso de alimentos ricos em carboidratos, produtos industrializados contendo excesso de sódio e conservantes. Em relação ao número de refeições, evidenciou-se que 52% dos entrevistados realizam até 3 vezes ao dia. E 64% dos mesmos, levam somente 20 minutos para ingerir as principais refeições do dia.</p> <p>CONCLUSÕES: Por meio deste trabalho, pode-se alcançar resultados significativos e que corroboram com a literatura atual no que tange aos fatores de risco relacionados com a Síndrome Dispéptica. Todavia, o tabagismo e o etilismo, fatores de risco elencados nas renomadas referências, teve menor incidência na população estudada quando comparadas à literatura atual. Espera-se que, com este trabalho, haja mudança de hábitos de vida na população local abordada nesta pesquisa.</p>	<p>CÉLULAS-TRONCO DERIVADAS DO TECIDO ADIPOSE APRIMORAM O REPARO DA MALHA BIOPROTÉTICA DAS HÉRNIAS VENTRAIS: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELO DR ANDREW ALTMAN</p> <p>Wilson Santana Silva Júnior, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José da Cunha, Thales Alves de Souza, Tuián Santiago Cerqueira, Thais Oliveira Dupin</p> <p><i>Famimas BH - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na Revista Journal of the American Society of Plastic Surgeons pelo Dr. Altman, Andrew, ainda sem métricas de citações, dada a relevância do tema. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto Introdução: A tela de bioprótese usada para reparo de hérnia ventral é incorporada na borda musculofascial por infiltração e vascularização celular. As células-tronco derivadas do tecido adiposo promovem o reparo e a vascularização tecidual e podem aumentar a taxa ou o grau de incorporação tecidual. Os autores hipotetizaram que a introdução destas células em malha bioprotética resultaria no enxerto e proliferação de células-tronco derivadas do tecido adiposo e aumentaria a incorporação da tela protética.</p> <p>MÉTODO: Células-tronco derivadas de tecido adiposo foram isoladas do tecido adiposo subcutâneo de ratos Brown Norway singênicos, expandidas in vitro e marcadas com proteína verde fluorescente. Trinta e seis ratos adicionais foram submetidos a reparo de hérnia ventral inlay com matriz dérmica acelular porcina. Dois grupos de 12 ratos tiveram as células (1,0 x 10⁶) injetadas diretamente na interface da matriz dérmica musculofascial / porcino após o reparo ou receberam matriz dérmica acelular porcina na qual as células tinham sido pré-testadas; o grupo controle de 12 ratos não recebeu células-tronco.</p> <p>RESULTADOS: Com 2 semanas, as células-tronco derivadas do tecido adiposo em ambos os grupos de células-tronco enxertaram, sobreviveram, migraram e proliferaram. A infiltração celular média na matriz dérmica acelular porcina na interface musculofascial / enxerto foi significativamente maior nos grupos de células-tronco pré-implantadas e injetadas do que no grupo controle. A infiltração vascular média da matriz dérmica acelular porcina foi significativamente maior em ambos os grupos de células-tronco do que no grupo controle.</p> <p>CONCLUSÕES: Células-tronco derivadas de tecido adiposo presente e injetadas, migram, proliferam e aumentam a vascularização de enxertos de matriz dérmica porcina acelular na interface musculofascial / enxerto. Estas células podem assim aumentar a incorporação de matriz dérmica acelular porcina na parede abdominal após o reparo de hérnias ventrais.</p>
<p>PERFIL CLÍNICO E ECOCARDIOGRÁFICO DOS PACIENTES COM PROLAPSO DE VALVA MITRAL SUBMETIDOS A VALVOPLASTIA MITRAL E SUA CORRELAÇÃO COM A MORBI- MORTALIDADE POS- CIRURGICA EM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL</p> <p>Ekaterine Apostolos Dagios, Juliana Terra Ribeiro, Fernando Antibas Atik</p> <p><i>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estudos atuais têm avaliado preditores relacionados a um melhor prognóstico após a terapêutica cirúrgica para correção do prolapso de valva mitral (PVM). Esses mesmos estudos defendem que a valvoplastia mitral (VM) é um procedimento mais vantajoso quando comparado à troca valvar. No entanto, ainda são necessários estudos que abranjam critérios clínicos e ecocardiográficos que possam prever o sucesso da plastia para correção do PVM. Este estudo objetiva descrever esses critérios e correlacioná-los com a morbi- mortalidade no pós-operatório.</p> <p>MÉTODO: Este estudo se propôs a avaliar retrospectivamente todos os pacientes submetidos a VM para correção de PVM em um hospital do Distrito Federal no período de 2015 a 2017. Foram selecionados pacientes apenas com diagnóstico de PVM ao ecocardiograma. Chegou-se a um total de 39 pacientes. Os dados para avaliação foram obtidos dos prontuários, sendo mantido o sigilo e a não identificação dos pacientes. Foram obtidos dados relativos a características pré, intra e pós operatórias, incluindo informações clínicas e ecocardiográficas.</p> <p>RESULTADOS: Em relação à faixa etária, dos 39 pacientes analisados, 12 possuíam mais de 60 anos, 14 pacientes possuíam entre 40 a 60 anos e 13 pacientes tinham menos que 40 anos. Não houve predileção de sexo no estudo (21 homens e 18 mulheres). A maioria dos pacientes apresentava um baixo grau de insuficiência cardíaca, classificados pela New York Heart Association. Do total, 18 estavam na classificação II, seguida de 8 pacientes na classificação III, 7 pacientes na classificação I e apenas dois pacientes na IV. Não foi encontrada a classificação de 4 pacientes. Levando em conta as comorbidades dos pacientes, tem-se que, 3 possuíam fibrilação atrial (FA), 19 eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, 3 de Diabetes mellitus e 8 de dislipidemia. O ecocardiograma pós-operatório mostrou um bom resultado da VM em 85% dos casos. Em nenhum caso houve a necessidade de reoperação para troca valvar ou por sangramento e houve apenas 1 óbito após o procedimento cirúrgico, considerando 30 dias pós-operatório. Apenas 4 pacientes evoluíram com FA após a VM. Nenhum dos pacientes evoluiu com acidente vascular cerebral ou insuficiência renal aguda.</p> <p>CONCLUSÕES: A pesquisa concluiu que o perfil dos pacientes que foram submetidos à VM foi de pacientes com idade inferior a 60 anos, com menos comorbidades e com graus mais leves de insuficiência cardíaca. No pós - operatório, houve um número escasso de pacientes que evoluíram com comorbidades ou complicações e, nesse estudo, nenhuma necessidade de reoperação. Faz-se então, uma associação entre os dados aqui apresentados e justifica-se o sucesso da VM a partir dos dados clínicos expostos. Ainda são necessários mais estudos e um maior número de pacientes para se chegar a resultados conclusivos e também uma comparação entre os pacientes que passaram por outras terapias cirúrgicas, como a cirurgia de troca valvar.</p>	<p>REVISAR A LITERATURA ESPECIALIZADA ACERCA DAS OPÇÕES PARA PREVENÇÃO DE ADERÊNCIAS PERITONIAIS EM PÓS OPERATÓRIO (PO) DISPONÍVEIS NA ATUALIDADE, BEM COMO EFICÁCIA E CUSTO-EFETIVIDADE</p> <p>Mariana Quevedo Muniz da Silva, Renata Leite Manguiera, Geraldo Camilo Neto, Francisca Maria Tavares da Rocha, Tafaél Menezes Barros, Oswaldo Bezerra Cascardo Filho, Milena Maria Gabrielle Silva, Thays Ayane de Albuquerque</p> <p><i>Faculdades Nova Esperança - joao pessoa - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar a literatura especializada acerca das opções para prevenção de aderências peritoniais em pós operatório (PO) disponíveis na atualidade, bem como eficácia e custo-efetividade</p> <p>MÉTODO: Realizada busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS, pubmed, Scielo e BVS/BIREME através das palavras-chave 'adhesion', 'post-operative', 'peritoneum', 'surgery'. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, excluindo publicações do tipo relato de caso.</p> <p>RESULTADOS: Atualmente, aproximadamente 1% das internações de urgência em pronto-socorro de Cirurgia Geral e 3% das laparotomias de urgência/emergência decorrem de aderências peritoniais. Estima-se que os custos relacionados a diagnóstico, tratamento e complicações relacionadas a aderências peritoniais ultrapassem o valor de 2 bilhões de dólares/ano nos EUA. Numa tentativa de diminuir a incidência de aderências pós operatórias, vários estudos emergiram com a intenção de avaliar emprego de medidas técnicas e farmacológicas, tais como películas/métodos de barreira sobre a superfície peritoneal, objetivando inibir o processo fisiopatológico das aderências teciduais. Emprego de técnicas minimamente invasivas, em destaque à laparoscopia, tem se firmado na literatura como fator protetor a formação de aderências. Acredita-se que a menor manipulação tecidual, sangramento e trauma local sejam fatores que diminuam a inflamação peritoneal e, em consequência, a fisiopatogênese das bridas. Estudos comparando presença de aderências em PO de cirurgias pélvicas laparotômicas e laparoscópicas, evidenciaram incidência de aderências de 55% vs. 15%, respectivamente. Em adição, série de produtos farmacológicos emergiram com a proposta de agir nos fenômenos fisiopatológicos da formação de aderências. Malhas de celulose oxidada (Interceed®) foram empregadas sobre superfícies de peritônio visceral e parietal. Trials randomizados falharam em mostrar benefício do produto. Emprego de carboximetilcelulose/hialuronato de sódio (Septrafilm®) se mostrou eficaz em diminuir a incidência e gravidade de aderências em 2 trials randomizados. O hidrogel de polietilenoglicol (Cosel®) foi aprovado para uso enquanto selante vascular pelo FDA em 2002. Estudo experimental em animais, evidenciou diminuição da formação de aderências peritoniais em coelhos. Recentemente, a indústria brasileira aprovou um composto de carboximetilcelulose e amido modificado (Adhesion®), formulado em pó. De fácil aplicação inclusive por laparoscopia, o produto ainda carece de estudos experimentais e, futuramente, trials randomizados que endosseem sua eficácia.</p> <p>CONCLUSÕES: Aderências pós operatórias são importante causa de morbidade na atualidade. O emprego de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas diminui a incidências e gravidade de aderências no PO. Atualmente, produtos a base de carboximetilcelulose e polietilenoglicol tem se mostrado eficaz em diminuir a incidência e gravidade de aderências em modelos animais e trials em humanos.</p>

PO 284-2	PO 285-2
<p>CIRURGIA DE EMERGENCIA EM PACIENTES GERIÁTRICOS</p> <p>SARA SILVA PEREIRA, MARINA ANDRADE DE CASTRO, CAROLINA TAIS RIBEIRO, NATHALIA DA FONTE KONIG, ANGELICA VICARI VIEIRA, VICTHORIA HAIRA BARBOSA, LARA DAVID FERNANDES, FLAVIO ANTONIO DE SA RIBEIRO</p> <p><i>Universidade Estácio de Sá, campus João Uchôa - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar pacientes com idade superior ou igual a 70 anos, com indicação cirúrgica de emergência. Descrever os principais procedimentos a que foram submetidos e identificar os desfechos clínicos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise quantitativa dos resultados. O estudo é de coorte retrospectivo e foi realizado a partir da análise dos prontuários, referentes ao ano de 2018, da Instituição Hospital Casa de Portugal, do município do Rio de Janeiro.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 32 prontuários, referentes ao ano de 2018, os quais constavam dados de pacientes geriátricos que foram submetidos à cirurgia de emergência no Hospital Casa de Portugal. Dentre os idosos atendidos 18 (56,25%) eram do sexo feminino e 14 (43,75) do sexo masculino. Desse total, 15 (46,875%) pertenciam à faixa etária entre 70-80 anos, 14 (46,75%) entre 81-90 anos, e 3 (9,375%) acima de 91 anos. Parcela significativa dos pacientes apresentaram comorbidades no período anterior à cirurgia, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica (68,75%) a mais frequente. Porém, além dessa, Demência (18,75%), Dislipidemia (12,5%), Diabetes Mellitus (31,25%), e Anemia (9,375%) apresentaram-se em relevante incidência. Justamente pela existência dessas comorbidades e a partir da análise de seus prontuários, constatou-se a existência da classificação ASA II (56,25%), III (31,25%) e IV (9,375%) para esses pacientes. Não houve relação entre o número de comorbidades e duração de tempo em CTI. Dentre as cirurgias emergenciais mais frequentemente realizadas foram destaques Colostomia (15,625%), Herniorrafia (12,5%), Laparotomia exploradora (12,5%), Jejunostomia (12,5%), Colectomia (9,375%), Colectectomia (9,375%). Foram feitas reabordagens cirúrgicas (12,5%) como, Lavagem da Cavidade Abdominal junto com Gastrostomia (Laparotomia Exploradora), Colostomia desabada, Uretroplastia e Nefrostomia Descompressiva. Além disso, foi observado que 24 (75%) dos pacientes tiveram aumento do tempo de internação em CTI, que foi, em média, 14 dias, com complicações pós-operatórias. Dentre elas, as mais acometidas, foram Instabilidade Hemodinâmica (16,6%) Insuficiência Renal necessitando de Diálise (12,5%), infecções por ferida operatória (8,3%) Êmese (8,3%) e Diarreia (4,16%). Dentro da classificação de Clavien Dindo, houve destaque na gravidade I e IV. Desses pacientes, 9 (28,125%) foram ao óbito durante o tempo de internação no CTI por complicações e 23 (71,875%) receberam alta hospitalar. Houve relação entre o aumento da gravidade de complicações pós-operatórias e de mortalidade.</p> <p>CONCLUSÕES: Considerando as internações emergenciais atribuídas aos pacientes idosos, é importante sinalizar que, de fato, a demanda por cuidados cirúrgicos agudos nesses pacientes foi em número expressivo. Em razão disso, a relação entre diminuição da reserva funcional ("fragilidade") de um paciente geriátrico e o aumento do risco de gravidades recorrentes da realização de procedimentos cirúrgicos foi para o estudo um dado comparativo significativamente importante.</p>	<p>AS BARREIRAS DO SANGUE DOURADO</p> <p>Kamila Catta Preta Carneiro de Sousa, Ana Carolina de Araujo Sousa Sisnando, Ana Luiza Antony Gomes de matos da Costa e Silva, Gabriela Pereira Strini, João Gabriel da Silva Lourenço</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Reações transfusionais hemolíticas são qualquer efeito indesejável que ocorre após a transfusão sanguínea em decorrência da incompatibilidade da amostra de sangue infundida no paciente. O presente estudo tem por objetivo a identificação das dificuldades transfusionais de tipos raros sanguíneos, assim como seus benefícios.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Todas as análises foram baseadas em estudos publicados, identificados em uma série de bancos de dados médicos, bibliográficos e cooperativos, incluindo SciELO, MEDLINE, PubMed e Google Scholar.</p> <p>RESULTADOS: A especificidade do sangue é dada, principalmente, pelos genes ABO, RHD e RHCE que determinam a presença ou ausência de antígenos associados à membrana eritrocitária. Isso garante diversos tipos sanguíneos e suas respectivas zonas de compatibilidade. Algumas variáveis sanguíneas são extremamente raras, dificultando o acesso emergencial a amostras em estoques. Em contrapartida, alguns desses fenótipos possuem alto potencial de doação devido a reduzida presença, ou ausência, de antígenos eritrocitários, diminuindo as chances de uma resposta imunológica junto aos anticorpos. É o caso do Rh nulo, um tipo sanguíneo considerado o verdadeiro doador "universal" devido a sua total exiguidade em proteínas Rh na membrana dos glóbulos vermelhos. O fenótipo Rh nulo é uma condição hereditária que pode surgir em duas condições fenotípicas, sendo uma a ausência de todos os antígenos (Rh nulo) e outra por expressão suprimida (Rh mod). Em ambas há manifestação de uma anemia hemolítica de gravidade variável. Portadores de sorologias raras representam grande interesse médico por seu potencial terapêutico, porém esses indivíduos sofrem consequências por sua característica especial. O principal problema enfrentado é a escassez de concentrado de hemácias congeladas em emergências médicas e a dificuldade de se encontrar hemocomponentes compatíveis para o teste sorológico. Dessa forma, foi criado o Painel internacional de Doadores de Sangue Raro, um banco composto por tipos sanguíneos raros de todo o mundo, os quais são armazenados em grandes bancos de sangue em vários países, responsáveis ainda pelo auxílio a países em desenvolvimento do programa de hemoterapia.</p> <p>CONCLUSÕES: Há tipos sanguíneos raros que possuem alto poder terapêutico, porém como seus portadores necessitam exclusivamente do seu próprio tipo sanguíneo quando necessário para serem transfundidos e seus estoques são muito limitados, é preferível que utilize-se outros métodos de tratamento. Reservem-se as amostras existentes para as emergências de seus próprios portadores consanguíneos.</p>
<p>PO 286-2</p> <p>AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS DOS SERVIDORES DA UNIDADE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA.</p> <p>Amílcar Alves de Assis, Rafael Sanches Ferreira, Kailhany Alves Pinto, Abel de Castro Vieira, Mylena Kerolaine de Aquino Silva, Paula de Souza Pereira, Karla de Sousa Correia</p> <p><i>Instituições: Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p><i>Hospital Regional de Taguatinga - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>de saúde conhecimento em cuidados paliativos. Apesar de não serem o público principal atendido nessas unidades, não raramente ocorrem internações de pacientes que demandam de palição. O trabalho tem como objetivo analisar o grau de conhecimento em Cuidados Paliativos dos Servidores da Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Taguatinga, a se destacar o conhecimento em avaliação de dor e aplicação de analgesia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo do tipo transversal, quantitativo com aplicação online de questionário para mensurar o grau de conhecimento em Cuidados Paliativos dos servidores da unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Taguatinga. Foram incluídos no presente estudo todos os Servidores, Residentes e Acadêmicos que preencherem o questionário online, incluindo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) - anexo ao mesmo questionário. A análise de dados foi feita por meio de análise simples e estatística puramente descritiva.</p> <p>RESULTADOS: No período estudado, 48 servidores responderam ao questionário. No total foram 27 médicos staffs e residentes (55%). O restante do total foram compostos por enfermeiros, técnicos e internos de medicina. Apenas 17 pessoas (35%) referiram que foram treinadas para lidar com pacientes paliativos. Apenas 12 (25%) tiveram em sua faculdade/escola disciplina sobre dor. 40 servidores (83%) conhecem alguma escala de dor mas apenas 8 (17%) as utilizam em paciente com dor. 47 (98%) afirmaram que precisam melhorar seu conhecimento sobre manejo de dor. Apenas 33 pessoas responderam acerca de uso de analgesia. Desses, 21 (64%) sentem-se seguros para iniciar o manejo analgésico de pacientes oncológicos mas apenas 6 (18%) saberiam realizar rotação de opioides.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com os resultados do trabalho, nota-se que há, nas diversas áreas da saúde, um déficit no ensino do manejo de pacientes em cuidados paliativos e mesmo no manejo de analgesia.</p>	<p>PO 288-1</p> <p>TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE HERNIAS INGUINAIS EM PACIENTES DO SEXO FEMININO: UMA EXPERIÊNCIA DE UMA ÚNICA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL.</p> <p>Leonardo Emilio Da Silva, Maxley Martins Alves, Guilherme Nassif Corrêa, Natália Ferreira Leão, Isabela Carvalho Vilela Pereira, Nadya Alves Sousa Guimarães, Ludmilla Silva Batista, Isabelle Franco Melazzo</p> <p><i>Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Obesidade - ICAD Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Em todo o mundo, mais de 20 milhões de pacientes são submetidos anualmente a reparo de hérnia inguinal. As diversas abordagens, indicações de tratamento e um conjunto significativo de técnicas para o reparo da hérnia inguinal garantem diretrizes para padronizar os cuidados, minimizar as complicações e melhorar os resultados. Nosso objetivo foi investigar as características clínicas do reparo laparoscópico para hérnias inguinais (TLHI) em pacientes do sexo feminino.</p> <p>MÉTODO: estudo descritivo, retrospectivo e observacional de uma série de 37 mulheres submetidas à TLHI pela mesma equipe cirúrgica no período compreendido entre janeiro de 2007 a março de 2019. Os dados relacionados à operação forneceram uma visão geral das hérnias da região inguinal feminina, abordagem cirúrgica preferida e o manejo do ligamento redondo do útero e o achado de hérnia contralateral não diagnosticada no pré-operatório.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade foi de 38+6anos. Realizamos 31 hemioplastias transabdominais pré-peritoneais (TAAP) e 6 reparações extraperitoneais (TEP). O período médio de acompanhamento foi de 14 meses. 6 doentes foram operadas e com encarceramento e nenhuma com estrangulamento. 5 hérnias femorais foram encontradas, sendo 2 operadas com encarceramento. Cistos no ligamento redondo do útero foram encontrados em 2 pacientes, e ressecados. Os ligamentos redondos do útero foram preservados em 22 pacientes e transecados em 9 pacientes. Houveram 3 doentes que haviam hérnia contralateral que não foi diagnosticada clinicamente, sendo uma femoral. Em 5 doentes houve a concomitância de hérnia umbilical. Nenhum dos casos foi convertido. 2 doentes evoluíram com dor na região inguinal que cederam com tratamento clínico. Em todos os casos usamos telas de Marlex e todas foram fixadas apenas no pube.</p> <p>CONCLUSÕES: O reparo da hérnia inguinal laparoscópica é bem adotado em todo o mundo. Enquanto isso, ainda restam questões a serem discutidas em pacientes do sexo feminino. Uma técnica de reparo padrão para todas as hérnias na virilha não existe. Recomenda-se que os cirurgiões / serviços cirúrgicos forneçam opções de abordagem TAAP e TEP. Com base neste estudo, 14% (5) das doentes apresentaram hérnia femoral onde 80% (4) foram diagnosticadas no pré-operatório. 8% (3) das pacientes apresentaram hérnia inguinal contralateral não diagnosticada e 16% (5) apresentaram hérnia umbilical associada. O cisto do ligamento redondo pode ser ressecado durante a operação. E a preservação do ligamento redondo é factível na maioria das doentes.</p>

PO 288-2	PO 289-1
<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA</p> <p>Thais Moreira Lara, Giovanna Vidal Belo, Iara Almeida Adorno, Isabella Cristine da Silva Sant'Anna, Luiza Barreto Lemos, Raul Ferreira de Souza Machado, Caio Teixeira dos Santos, Aline Trovão Queiroz</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A gravidez ectópica consiste na implantação do blastocisto fora da cavidade uterina resultando em distúrbios e até emergências obstétricas com risco à saúde da gestante. A incidência é maior entre mulheres de 18 e 35 anos e, embora apresente mortalidade entre 10 a 15% dos casos, é a principal causa de infertilidade em mulheres em idade fértil. O estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico dos tratamentos cirúrgicos referentes à gravidez ectópica, de modo a identificar seu panorama nacional.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações de Procedimentos Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2014 a outubro de 2018, avaliando número de internações, número de óbitos, taxa de mortalidade, distribuição geográfica, média de permanência hospitalar, caráter de atendimento, complexidade e valor médio da internação.</p> <p>RESULTADOS: Entre o período analisado, ocorreram, no Brasil, 46.453 internações para tratamento cirúrgico de gravidez ectópica. A região com maior número de internações foi a Sudeste, com 18.709 casos (40,27%), sendo que o estado de São Paulo obteve o maior índice, com 10.024 internações, o que corresponde à 21,57% do valor nacional. Por outro lado, a região com menos procedimentos foi a Centro-Oeste, com 4.086 casos (8,79%). Dessas internações, 44.416 (95,61%) tiveram caráter de atendimento de urgência, enquanto que 2.037 (4,39%) tiveram caráter eletivo. Todos os procedimentos cirúrgicos foram considerados de média complexidade, tendo ocorrido 29 óbitos em decorrência da cirurgia obstétrica, com a maior taxa de mortalidade sendo na região Norte, com 0,18 a cada 1.000 procedimentos/ano (92 internações e 20 óbitos), o dobro da taxa nacional. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul registraram a menor taxa de mortalidade, com 0,02 casos a cada 1.000 casos/ano. Ademais, a média de permanência nacional foi de 2,8 dias e o valor médio da internação foi de R\$538,03.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, portanto, que apesar da região sudeste conter maior número de casos de tratamento de gravidez ectópica, esta mesma região obteve maior porcentagem de sucesso nos procedimentos em relação às outras regiões do país. O resultado visto demonstra que, apesar de serem casos recorrentes, a estrutura regional e o grau de desenvolvimentos dos hospitais que atendem esses casos influenciam diretamente na saúde da genitora assim como na viabilidade do recém-nascido. A maioria dos eventos relatados referem-se a situações emergenciais, fato que agrega complexidade às intervenções realizadas. Desta forma, considera-se que nos casos de gravidez ectópica, estruturação adequada e profissionais qualificados são necessários para o sucesso dos procedimentos.</p>	<p>ANÁLISE DESCRITIVA E OBSERVACIONAL DOS CASOS DE HERNIA INGUINAL NO BRASIL NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS</p> <p>Landsteiner Anjos Leite, João Pereira Assis Neto, Hiago Dantas Medeiros, Pedro Paulo Assunção Silva, Ana Beatriz Batista Neves, Marinna Cunha Lima Viana, Glauber Melo Araújo, Eduardo Alfeu Peixoto Paredes</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - JOAO PESSOA - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Discorrer um pouco sobre a importância da hérnia inguinal, pois ela é uma das patologias mais frequentes que se coloca diante do Cirurgião Geral no seu cotidiano e muitas vezes considerada de menor importância, esta doença acarreta um impacto importante, pois interfere na qualidade de vida diária do doente e quase sempre se utiliza a técnica cirúrgica para solucionar este problema e garantir a qualidade de vida do paciente.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo. Os dados foram obtidos através de registros no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde entre os anos de 2014 e 2018 e artigos de revistas eletrônicas.</p> <p>RESULTADOS: Observando o número de internações o total foi de 686.977, durante este período nos últimos 05 anos, percebe-se que há uma prevalência de acometimento desta patologia no sexo masculino com 582.363 representando 84,81%. A faixa etária que apresentou maior incidência de Hérnia inguinal foi de 50-69 anos, com 35,44% número de casos; seguidos pela 40-49 anos, com 13,22%; para os maiores de 69 anos, observou-se 13,05%. Entre a faixa etária de 30-39 anos, 9,89% e os menores de 30 anos com 28,24%. Apesar de ser uma patologia comum no dia a dia do cirurgião geral os números de óbitos não são grandes, representando 0,16% dos casos registrados no Brasil durante 2014 e 2018. Esta incidência alta nas pessoas mais idosas ocorre por causa da fragilidade anômica na região da parede abdominal. Por ele, durante a vida intrauterina, passaram os testículos para alojar-se na bolsa escrotal. Esse pequeno espaço é coberto por músculos que deveriam fechá-lo durante a contração abdominal. Entretanto, muitas pessoas têm a inserção desses músculos mais alta, o que torna o espaço maior. Além disso, com o passar dos anos, costuma ocorrer lassidão muscular, isto é, os tecidos ficam naturalmente mais frouxos e podem sofrer ruptura que permite a passagem não só de um segmento do intestino delgado e grosso, mas também de outros órgãos da cavidade abdominal.</p> <p>CONCLUSÕES: Já que essa patologia não pode ser prevenida, pois é proveniente de um defeito congênito a tendência provável é que os números de internações permaneçam constantes assim como foram durante os últimos 05 anos, porém com o aperfeiçoamento advindo de tecnologias e cirurgias, cada vez, menos invasivas somada ao conhecimento adequado por parte dos cirurgiões da etiopatogenia e da evolução da correção das hérnias, espera-se que diminua a importante repercussão desta enfermidade na qualidade de vida e na mortalidade.</p>
<p>PO 290-1</p> <p>AS ABORDAGENS DE EMERGÊNCIA NA SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL</p> <p>NAIZA MURIELLE PEREIRA BORGES, GUILHERME NASSIF CORREA, YAGO JOSÉ FAGUNDES FREITAS, GERALDO SANTANA XAVIER NUNES NETO, VITÓRIA MARITZZI COSTA MENDONÇA, ANA LAURA CARVALHO ALMEIDA, NATHÁLIA ALMEIDA FRANÇA, JALSI TACON ARRUDA</p> <p><i>UnIEVANGÉLICA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: abordar as causas e os desdobramentos da Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) no âmbito da emergência.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, com buscas nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Bireme. Foram definidos 2 descritores: SCA e emergência. A partir deles, foram encontrados 28 trabalhos. Definiu-se como critério de exclusão os trabalhos anteriores a 2014, concomitantemente, adotou-se como critério de inclusão a relevância temática. Logo, essa revisão é composta por 13 artigos.</p> <p>RESULTADOS: A SCA é o resultado de um processo pelo qual o inchaço maciço intersticial no abdômen ou o rápido desenvolvimento de uma lesão de preenchimento do espaço no abdômen, como ascite ou hematoma, leva a uma pressão patologicamente aumentada, 20-25 mmHg. Isso resulta na chamada Hipertensão Intra-Abdominal (HIA), a qual caracteriza-se pela pressão intra-abdominal aumentada acima de 12 mmHg, causando diminuição da perfusão dos rins e vísceras abdominais e possíveis dificuldades com a ventilação e a manutenção do débito cardíaco. Sem tratamento, mais de 90% dos casos levam à morte e, de acordo com os últimos relatos, apesar de todas as medidas de tratamento, a taxa de mortalidade é relatada entre 25 e 75%. Assim seu reconhecimento precoce é de grande importância nas rodadas diárias em unidades de terapia intensiva cirúrgica (UTI's). A HIA e a SCA são diagnósticos raros, mas potencialmente mórbidos. O índice clínico de suspeita para esses distúrbios deve ser levantado após reanimação massiva, reconstrução/lesão da parede abdominal e naqueles com distúrbios de ocupação do espaço no abdome. O padrão ouro para o diagnóstico envolve a medição da pressão da bexiga, com uma pressão superior a 12 mmHg, sendo consistente com o HIA e superior a 25 mmHg, sendo consistente com a SCA. A laparotomia descompressiva é uma terapia definitiva, mas a paracentese, retirada de líquido orgânico por meio de punção, pode ser igualmente terapêutica em pacientes adequadamente selecionados. Para um desfecho com sucesso, faz-se necessário o fechamento precoce do abdome em até 7 dias, pois a falha no procedimento aumentará a morbidade, a mortalidade e a formação de fístulas. Caso não tratada, a SCA pode levar à falência de órgãos multissistêmicos e à morte.</p> <p>CONCLUSÕES: A SCA é uma condição médica perigosa que requer diagnóstico e tratamento rápidos, podendo resultar em complicações significativas se não for adequadamente diagnosticada e tratada. A consciência do profissional clínico de emergência, responsável pelo atendimento da ocorrência, e o conhecimento acerca da síndrome são vitais para a conduta adequada. Tendo em vista que, apesar dos esforços, a mortalidade de pacientes com SCA ainda permanece alta. A educação clínica permanente e os ensaios cirúrgicos são necessários para melhorar o resultado de pacientes cirúrgicos gravemente doentes em tais circunstâncias.</p>	<p>PO 290-2</p> <p>TAXAS DE MORTALIDADE POR CANCER DE MAMA, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015.</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Vinicius Carvalhêdo Cunha, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UnICEUB) - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever as taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos à neoplasia maligna de mama representados pelo código CID-10 C50. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: foram registrados 2.683 óbitos por neoplasia de mama para o sexo masculino e 301.848 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de acometimento no câncer de mama, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (25,12%) são os mais acometidos e mulheres entre 50 e 59 anos (24,77%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciaram: taxa bruta para homens de 0,09; taxa padrão mundial de 0,12; taxa padrão Brasil de 0,13 e taxa bruta para mulheres de 10,02; taxa padrão mundial de 11,24; taxa padrão Brasil de 12,04.</p> <p>CONCLUSÕES: estudos evidenciaram que a maioria dos cânceres de mama são diagnosticados em mulheres acima dos 50 anos, sendo que também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. O presente estudo evidenciou que as mulheres possuem mais óbitos (99,11%) por câncer de mama em relação aos homens e a idade de maior prevalência de acometimento foi entre 50 e 59 anos de idade. Os homens apresentaram 0,89% do total de óbitos por câncer de mama e idade de maior acometimento foi entre os 60 e 69 anos de idade, sendo considerado uma neoplasia rara nos homens.</p>

PO 292-1	PO 299-1
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE-RS.</p> <p>Kevin Verdin Phillips, João Gabriel Mello Ramos, Vitor Deves, Caio Fernando Souza, Tuany Oliveira Dornelles, Vitoria Tomazini Nesello, Marco Aurelio Azevedo Casanova, Marcelo Figueiredo</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram herniorrafia inguinal videolaparoscópica e os procedimentos e complicações relacionadas.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo descritivo longitudinal retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes submetidos a herniorrafia inguinal videolaparoscópica no ano de 2018 de um hospital de Porto Alegre, que tinham no prontuário, informações sobre o procedimento cirúrgico. A coleta de dados foi realizada via prontuário eletrônico, referentes ao paciente (idade, sexo e histórico de cirurgias prévias) e referentes ao procedimento cirúrgico (data de realização, técnica utilizada, lateralidade, complicações, tempo de alta hospitalar). A análise dos dados se deu por meio das frequências absoluta e percentuais.</p> <p>RESULTADOS: Neste estudo foram incluídos 40 pacientes, dos quais 34 (85%) pacientes eram do sexo masculino e a média de idade foi de 58,1 anos, com mínimo de 32 anos e máxima 86 anos. Cerca de 32 (80%) pacientes tiveram alta em apenas 1 dia. Tratando-se da técnica cirúrgica utilizada, com exceção dos 4 (10%) pacientes que foram convertidos para a via aberta, todos foram operados através da técnica transabdomino pré-peritoneal, com a lateralidade em 11 (27,5%) pacientes, operados somente do lado direito, 9 (22,5%) somente do lado esquerdo e a maioria, 20 (50%), foram operados de maneira bilateral. 4 (10%) dos pacientes operados eram casos recidivados, visto que 36 (90%) pacientes, ainda não haviam sofrido intervenções dessa natureza. Referindo-se a analgesia de resgate, vimos que 16 (40%) dos pacientes necessitaram do uso da mesma. Nenhum paciente teve complicações operatórias imediatas (excluindo-se necessidade de conversão). Também, nenhum dos pacientes foi operado de urgência, sendo todos pacientes eletivos e em 5 (12,5%) pacientes foram encontradas comorbidades de hérnia femoral.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que os pacientes submetidos a herniorrafia inguinal videolaparoscópica, na maioria, homens com aproximadamente seis décadas de vida. Também, nota-se que o procedimento apresenta alta hospitalar em 1 dia de internação na maioria das vezes. A técnica mais utilizada é a transabdomino pré-peritoneal e que, apesar da maioria dos procedimentos terem sido realizados com a lateralidade bilateral, cabe ao cirurgião escolher a abordagem adequada para o tratamento do paciente com hérnia inguinal.</p>	<p>ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERITONITE NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>Marina Monteiro, João Paulo Correia, Tiago Tenório, Arthur Linniker, Priscila Almeida, Ewerton Soares, Pedro Mansur, Ana Carolina Pastl</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação epidemiológica dos pacientes submetidos a cirurgia por peritonite nas regiões brasileiras em um período de 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico, descritivo, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 15.282 cirurgias devido à peritonite, sendo destes 13.560 (88,7%) em caráter de urgência e o restante (11,3%) de caráter eletivo, outros tipos de acidente de trânsito ou outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos. Do total de pacientes, 1.856 (12,14%) foram a óbito. Com relação às regiões do país, o Sudeste apresentou o maior índice de cirurgias devido à peritonite com 4.887 casos, que representa 31,98% de todo país. Em segundo lugar, encontra-se a região Sul com 3.575 (23,4%), seguido da região Nordeste com 3.455 (22,6%), Centro-Oeste com 1.857 (12,15%). O serviço público apresentou maior índice de cirurgias por peritonite com 5.519, enquanto o privado 4.072. Não foram identificados como público ou privado 5.691.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor prevalência é a região Norte. Pode-se notar também o predomínio nas cirurgias de caráter de urgência sobre as de caráter eletivo. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio significativo do tratamento em caráter de urgência, e a predominância dessa enfermidade na região Sudeste (31,98%) para que, a partir dessas informações, se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>
<p>PO 300-1</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE HERNIAS INGUINAIS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>João Santos Correia, Marina Ganem, Arthur Linniker, Ewerton Soares, Priscila Almeida, Pedro Mansur, Tiago Tenório, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: analisar o perfil epidemiológico dos casos de hérnias inguinais no Brasil nos últimos 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 686.977 hérnias inguinais, sendo destes 141.226 (20,5%) em caráter de urgência e o restante de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 269.661 casos, que representa 39,2% de todo país. A segunda região com mais casos é a região nordeste com 198.567, seguido da região sul com 117.073, Norte com 55.251 e, por último, região Centro-Oeste com 46.425 casos. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 50 a 59 anos, com significativos 122.326 casos, ou seja, 17,8% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 60 e 69 anos, com 121.139 casos e de 40 a 49 anos com 90.885 casos. O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, 582.363 foram no sexo masculino e 104.614 no sexo feminino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em mulheres superassem o do sexo oposto. Em 2018 houve o maior número de internações, representando 20,6% do total de casos entre todos os anos. Considerando a cor/raça, no intervalo de tempo considerado, observa-se uma maior incidência na população parda com um total de 249.290 dos registros. Em seguida encontra-se a população branca com 33,8% dos relatos. Na população negra, vemos um total de 21.282 casos. 26,2% dos dados cor/raça não foram informados. Levando-se em conta o regime de internações, vemos a prevalência do regime privado no país. Vale lembrar que 63,3% dos casos foram ignorados quando considerado critério como elemento classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil, registrado o valor total de 408.116.889,45 reais nesse intervalo de tempo, sendo 41% do gasto na Região Sudeste, e logo em seguida temos a Região Nordeste. Dos 167.297.395,74 reais arcados pela Sudeste, 51,7% correspondem ao estado de São Paulo.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor é a região Centro-Oeste. Deve-se notar também que o sexo masculino possui um maior predomínio sobre o feminino. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam ao predomínio considerável dessa enfermidade no sexo masculino e na região Sudeste. Essas informações devem servir como base para que se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>	<p>PO 302-1</p> <p>CONDUTAS NO ABDOMEN CIRÚRGICO ABERTO NA PRÁTICA CONTEMPORÂNEA</p> <p>Milena Maria Gabrielle Silva, Osvaldo Bezerra Cascudo Filho, Francisca Maria Tavares da Rocha, Renata Leite Manguiera, Tafaél Menezes Barros, Mariana Quevedo Muniz da Silva, Thays Ayane Albuquerque, Geraldo Camilo Neto</p> <p><i>FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar a literatura especializada acerca das opções de condução e tratamento do abdômen cirúrgico aberto (peritoniotomia).</p> <p>MÉTODO: Realizada busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS, pubmed, Scielo e BVS/BIREME através das palavras-chave "open abdomen", "trauma", "damage control", "temporary abdominal closure". Foram selecionados artigos publicados nos últimos 4 anos, excluindo publicações do tipo relato de caso.</p> <p>RESULTADOS: O emprego de técnicas de fechamento temporário da cavidade abdominal é usado no contexto de cirurgias de urgência e emergência onde se prioriza o controle de danos em pacientes críticos. Seu emprego está associado a complicações, tais como: perda de fluidos, hipoproteinemia, fistulas entero-atmosféricas, retração das fâscias aponeuróticas, acarretando perda de domicílio abdominal. Não há atualmente consenso na literatura acerca da melhor opção para fechamento temporário do abdome. A cobertura simples das vísceras abdominais (bolsa de Bogotá) acarreta perda não quantificada de líquido e eletrólitos, maior taxa de retenção e colonização de líquido nos recessos peritonais e retração de fâscias, além de elevar o risco de lesões das superfícies viscerais e fistulas entero-atmosféricas. Técnicas de tração progressiva da aponeurose, que incluem o emprego de próteses para tração intermitente, como o Wittmann-Patch – demonstram melhor índice de fechamento primário da parede abdominal. As complicações mais frequentes incluem risco de necrose fascial, devido a tração na fâscia e a possibilidade de suturas repetitivas e infecção de sítio cirúrgico profundo. O emprego de terapia a vácuo sobre a peritoniotomia emergiu ao longo dos últimos anos como opção que promove controle dos fluidos drenados, prevenção de retração da fâscia, além de proliferação local de leucócitos e menores índices de infecção de sítio cirúrgico profundo, decorrente da drenagem adequada dos líquidos peritonais. Todavia, apresenta menores taxas de fechamento primário quando comparada às técnicas de tração progressiva.</p> <p>CONCLUSÕES: O manejo dos pacientes com peritoniotomia deve objetivar o controle da morbidade de base, prevenindo complicações locais e procurando, sempre que possível, a síntese primária da cavidade abdominal. A escolha do método ideal de fechamento deverá ser individualizada a cada caso, levando-se em conta a disponibilidade de material, experiência do serviço, condição de base do paciente e possibilidade de síntese primária da parede abdominal.</p>

PO 305-1	PO 306-1
<p>ANÁLISE DA TERAPIA FOTODINÂMICA NO MANEJO DO ESÓFAGO DE BARRETT</p> <p>BRUNA SIMOES ROMERO, CAMILA GONÇALVES LEÃO, ALEFF FERREIRA DE LIMA, JULIANA BRASIL DE OLIVEIRA</p> <p><i>CESMAC - maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O estudo tem por finalidade analisar o benefício, a indicação e o efeito colateral da Terapia Fotodinâmica no tratamento do Esôfago de Barrett.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma busca por artigos científicos nas bases de dados SciELO e PubMed, em Maio de 2018, utilizando os descritores Doença do Refluxo, Esôfago de Barrett, Terapia Fotodinâmica em diferentes estratégias utilizadas operadores booleanos AND e NOT. Foram encontrados 129 estudos, 25 desses foram selecionados a partir da leitura do título e incluídos 12 nesta revisão integrativa.</p> <p>RESULTADOS: A Terapia Fotodinâmica consiste na capacidade de destruição tecidual quando substâncias fotossensibilizadoras são estimuladas por energias fotoluminosas. Essa substância é aplicada por via endovenosa sendo distribuída pelo corpo, mas absorvidas por tecidos neoplásicos. Após isso há aplicação do laser para ativar a substância acumulada na mucosa por meio de um cateter introduzido no endoscópio. Ao comparar o tratamento do Esôfago de Barrett com Omeprazol sozinho, versus Omeprazol associado com Terapia Fotodinâmica verificou-se que em 5 anos, 15% progrediram para o câncer quando associado com o Terapia Fotodinâmica, enquanto no tratamento isolado com Omeprazol 29% progrediu para o câncer.</p> <p>CONCLUSÕES: O manejo do Esôfago de Barrett é particularmente complexo, visto que depende de exames endoscópicos e histopatológicos que identifiquem o grau de acometimento para direcionar a melhor terapêutica individual. Dessa forma, a Terapia Fotodinâmica mostra-se importante nos estágios iniciais do Esôfago de Barrett por reduzir o risco de progressão e desfechos relacionados ao câncer.</p>	<p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO: EPIDEMIOLOGIA</p> <p>Thais Moreira Lara, Giovanna Vidal Belo, Iara Almeida Adorno, Sara Batista de Paula, Fernanda Florenzano Neves, Maria Carolina da Silva Gaspar, Raul Ferreira de Souza Machado, Adriana Rodrigues Ferraz</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ocorre por alterações no peristaltismo esofágiano, no esfíncter esofágico inferior e/ou no esvaziamento gástrico, resultando em refluxo de conteúdo gástrico. Os sintomas típicos são pirose e regurgitação, com eventuais eructações e os sintomas atípicos são dor torácica, pigarro, disfonia e tosse não produtiva. Podem ocorrer complicações como esofagite erosiva, esôfago de Barrett, estenose e adenocarcinoma do esôfago. Trata-se a DRGE com terapias medicamentosas, mas nota-se uma crescente na abordagem cirúrgica. Assim, este estudo visa analisar os dados relativos ao tratamento cirúrgico de DRGE no país.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações de Procedimentos Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de janeiro de 2014 a outubro de 2018, avaliando número de internações, número de óbitos, taxa de mortalidade, distribuição geográfica, média de permanência hospitalar, caráter de atendimento, complexidade e valor médio da internação.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, foram realizadas 5.596 internações para tratamento cirúrgico de refluxo gastroesofágico, entre o período de janeiro de 2014 e outubro de 2018. A região com menos procedimentos foi a Norte, com 184 casos (3,28%). Em contrapartida, a região com maior número de internações foi a Sudeste, com 2.574 casos (45,99%), sendo que o estado de São Paulo obteve o maior índice, com 1.619 internações, o que corresponde a 28,93% do valor nacional. Dessas internações, 4.278 (76,44%) tiveram caráter de atendimento eletivo, enquanto que 1.318 (23,56%) tiveram caráter de urgência. Todos os procedimentos cirúrgicos foram considerados de média complexidade, tendo ocorrido 63 óbitos em decorrência da cirurgia, com a maior taxa de mortalidade sendo na região Norte, com 2,72 a cada 1.000 casos/ano (184 internações e 5 óbitos), mais do que o dobro da taxa nacional. As únicas regiões que apresentaram taxa de mortalidade menor do que a nacional foram a Sul e a Centro-Oeste, com taxas de 0,35 e 1,08 casos a cada 1.000 casos/ano, respectivamente. Outrossim, o valor médio da internação foi de R\$1.722,05 e a média de permanência nacional foi de 6,7 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, portanto, que a baixa prevalência dos casos não justifica a alta mortalidade na região Norte. Indaga-se, então, quanto à qualificação das equipes de saúde, bem como da infraestrutura precária dos setores, pois não surpreende o oposto que se vê na região Sudeste, cuja mortalidade é menor frente à maior demanda. Por se tratar de internações predominantemente eletivas, qualificar os profissionais e reconhecer o panorama da DRGE possibilita direcionar ações que otimizem o atendimento, tanto a nível hospitalar quanto de prevenção da enfermidade. Ademais, é preciso que os encaminhamentos cirúrgicos sejam individualizados, visto que a resposta ao tratamento clínico e cirúrgico é semelhante, devendo ser avaliado o que será melhor para o paciente.</p>
<p>PO 307-1</p> <p>TAXAS DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE ESÓFAGO, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015.</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Vinícius Carvalhêdo Cunha, Rafael Francisco Alves Silva, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho, Rebeca Lima Miranda, Ana Gabriela Leite Moura, Júlia Souza Araújo</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever as taxas de mortalidade por câncer de esôfago, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos à neoplasia maligna de esôfago representados pelo código CID-10 C15. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: um total de 195.511 óbitos foram registrados, 150.866 óbitos por neoplasia de esôfago para o sexo masculino e 44.569 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de acometimento no câncer de esôfago, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (29,61%) são os mais acometidos e mulheres entre 60 e 69 anos (26,60%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciaram: taxa bruta para homens de 5,16; taxa padrão mundial de 6,75; taxa padrão Brasil de 7,04 e taxa bruta para mulheres de 1,48; taxa padrão mundial de 1,67; taxa padrão Brasil de 1,79.</p> <p>CONCLUSÕES: o presente estudo evidenciou que o sexo masculino (77,20%) apresenta mais óbitos por neoplasia de esôfago do que o sexo feminino (22,80%) na análise dos últimos 37 anos. A idade mais prevalente de óbito pela neoplasia de esôfago para ambos os sexos foi entre os 60 e 69 anos de idade. O Brasil ainda apresenta taxas de óbitos maiores do que as taxas de óbitos mundial para ambos os sexos.</p>	<p>PO 313-1</p> <p>ALTERAÇÕES TARDIAS DA DEGLUTIÇÃO APÓS ESOFAGECTOMIAS</p> <p>Valter Nilton Felix, Ioshiaki Yogi, Daniel Senday, Kauy Victor Martinez Faria, Ayrton John Macedo Gonzalez, Lucas Monteiro Dionysio, Yuri Tebelskis Nunes Dias, Jacob Kiderlen Fritz</p> <p><i>Núcleo de Cirurgia Geral e Especializada de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A queixa de tosse e engasgos não é incomum no pós-operatório tardio de esofagectomia, nem é desprezível a taxa de infecção respiratória que exige antibióticoterapia. O estudo busca encontrar explicação para tais ocorrências.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados 14 pacientes de sexo masculino e média de idades de 57,48 +/- 7,24 anos, portadores de câncer esofágico de estágio II, submetidos a esofagectomia subtotal, preservando-se cerca de 5cm do esôfago cervical, linfadenectomia e esofagogastroplastia pelo leito esofágico, por videotoracoscopia, cervicotomia e laparotomia, sem ocorrência de fístula da anastomose. Para fins do estudo, conduzido com respeito a todos os princípios da bioética, foram submetidos a videofluoroscopia de deglutição antes do procedimento cirúrgico e 1,7 +/- 0,4 anos depois da operação, juntamente com nasofibrosopia da laringe. A queixa de tosse e engasgos intermitentes durante a alimentação era referida por todos, sem, no entanto, comprometer sua capacidade de alimentação via oral ou exigir medicação contínua, implicando classificá-los como Visick II, em função disso. Três pacientes apresentaram um episódio de broncopneumonia em base direita ao longo do período, revertido com o uso de cefepime (dois) ou ciprofloxacina (um) e fisioterapia respiratória. Para a análise videofluoroscópica, ofertou-se volume de 5 ml de solução iodada, por duas vezes, procurando observar retenção de contraste nas valéculas, penetração e aspiração do contraste em relação à via respiratória; obtiveram-se médias das duas degluições para determinar o tempo de trânsito faríngeo antes e depois do procedimento, submetidas ao teste t de Student, admitindo-se P de 0,05.</p> <p>RESULTADOS: A nasofibrosopia revelou mobilidade preservada das pregas vocais em todos os casos. A videofluoroscopia da deglutição demonstrou tempo de trânsito faríngeo aumentado no pós-operatório, passando de 0,63 +/- 0,09s para 0,96 +/- 0,13s (P<0,01), com pequena penetração de contraste na laringe em 10 casos e aspiração silente em três deles, os acometidos de focos broncopneumônicos. Todos os pacientes revelaram retenção de contraste nas valéculas.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que é relevante a alteração tardia da deglutição nesses pacientes, submetidos a radical modificação do trânsito digestivo alto. Justifica-se que sejam sempre mantidos sob observação, com orientação constante da ingestão alimentar, que deve ser adaptada à nova realidade.</p>

PO 317-1	PO 326-2
<p>COMPARAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ENTRE ACALÁSIA NO BRASIL E NO MUNDO</p> <p>LAIS SIQUEIRA DE MAGALHAES, RENAN GIANECCHINI VIGNARDI, IVAN KIRCHE DUARTE</p> <p><i>UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE - SAO PAULO - Sao Paulo – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A acalásia - desordem da motilidade esofágica que resulta em um esôfago permanentemente fechado - possui dois tipos: primária, cuja etiologia é desconhecida, e secundária, manifestação esofágica de uma patologia específica. Seus sintomas levam à significativa piora na qualidade de vida dos pacientes e geram altos custos ao sistema de saúde, principalmente em suas formas mais tardias. Torna-se necessária uma atualização contínua dos dados epidemiológicos relativos à doença, com o propósito de auxiliar no correto diagnóstico da patologia e estimar o grau de atenção à saúde que deve ser voltado a população doente. Assim, objetiva-se comparar, por meio de um estudo transversal, a prevalência e incidência de acalásia de esôfago na Europa, Ásia, Oceania e América do Norte com os do Brasil.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa literária foi baseada em databases como PubMed, ScieLO e Medline. Foi restrita a estudos publicados nas Línguas Inglesa e Portuguesa, no período de 1976 a 2019. As palavras-chave foram "acalásia", "achalasia", "esôfago", "prevalência", "incidência", "epidemiologia", "etiologia", "doença de Chagas", "diagnóstico", "tratamento", combinando-as entre si. Os dados obtidos foram coletados de artigos que, por meio do teste qui-quadrado de Person, demonstraram uma significância de $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, a acalásia predominante é a chagásica (com uma menor prevalência da idiopática), sendo mais prevalente em homens de 20 a 40 anos. Já o tipo mais comum de acalásia encontrado em países não localizados na América Latina é a acalásia idiopática, cuja predominância se dá em idosos, sem preferência de gênero. Não existem dados na literatura a respeito da epidemiologia geral de acalásia no Brasil pois, no país, a acalásia de origem idiopática é pouco divulgada devido à existência maciça de esofagopatia secundária à doença de Chagas. Além disso, após 1980, com a iniciativa do Ministério da Saúde para combater a transmissão vertical da doença por meio da borrição com inseticidas em áreas endêmicas, o número de pacientes com a forma aguda da enfermidade sofreu uma redução significativa e, desde então, as pesquisas deixaram de ser estimuladas. Entretanto, um elevado número de pacientes ainda sofre com a doença, pois persistem outras formas de contágio.</p> <p>CONCLUSÕES: A acalásia secundária é a mais prevalente no Brasil, enquanto, no mundo em geral, tal prevalência se dá por acalásia primária. A proporção brasileira é consideravelmente maior que em outros lugares do mundo, devido a presença de um maior número de casos de doença de Chagas. Faz-se necessária uma melhor notificação dos casos de acalásia em plataformas de saúde, além de estudos epidemiológicos que possam explorar as incidências e prevalências de tal afecção em determinado lugar e, com isso, ajudar no correto diagnóstico da patologia e estimar o grau de atenção à saúde que deve ser voltado a população doente.</p>	<p>ATIPIAS DE CELULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO: SEGUIMENTO EM MEDIO PRAZO</p> <p>Luciana Lunardi dos Santos, Danielle Cristine Ruthes, Sheldon Rodrigo Botogoski, Clovis dos Santos Andrade</p> <p><i>Hospital Santa Casa de Curitiba - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a presença de lesões de alto grau em pacientes com citologia de células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo, transversal, observacional incluindo 110 casos de mulheres atendidas no Serviço de Colposcopia da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba – PR, no período de junho de 2007 a setembro de 2012 com diagnóstico citológico de ASC-US e ASC-H, as quais foram acompanhadas com resultados citológicos e colposcópicos e submetidas a estudo histológico quando necessário.</p> <p>RESULTADOS: Das pacientes com ASC-US 6,59% evoluíram com lesão de alto grau e das pacientes com ASC-H 36,84% evoluíram com lesão de alto grau durante o acompanhamento.</p> <p>CONCLUSÕES: O encontro de lesões de alto grau nos grupos ASC-US e ASC-H mostra a importância de seu diagnóstico citológico, assim como a importância da colposcopia em direcionar o estudo anátomo-patológico destas lesões.</p>
<p>PO 329-2</p> <p>HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE EMERGENCIA: UMA ANALISE DE FATORES DE RISCO PRE, PERI E POS OPERATORIOS</p> <p>Marília de Macedo Cavalcanti, Larissa Guimaraes, Laryssa Elydyanne de Oliveira Barros, João Victor Reis Campos, Larissa Gonçalves Moreira, Fernanda Bastos Santos, Adriano Bezerra da Silva Júnior, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar uma análise sistemática dos preditores interferentes associados a histerectomia de emergência no intraparto, relacionando fatores de risco pré, peri e pós operatórios.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática do período de 2014 a 2018 na base de dados pubmed e Scielo com os descritores "emergency hysterectomy risk factors", "peripartum hysterectomy" em diversas combinações. Foram critérios de inclusão, artigos na íntegra, independentes do idioma. E, como critérios de exclusão artigos como relatos de caso e que não abordavam os preditores de risco.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 70 artigos na língua inglesa e, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 4 artigos. A histerectomia obstétrica é definida como a retirada do útero de uma mulher após um evento obstétrico. A alta taxa de histerectomia periparto de emergência pode ser influenciada pela classe social da gestante, tendo maior ocorrência e mortalidade aquelas que se configuram como de baixa renda. Quanto a etiologia da histerectomia periparto de emergência, nota-se maior prevalência nos casos de atonia ou ruptura uterina. As características obstétricas que conferem maior risco para retirada do útero de emergência no peri operatório são os partos cesariano anterior e atual, tendo como principal relação diagnóstica a presença de hemorragia prévia ou durante o parto. Outrossim, gestantes com idade superior a 34 anos, gestação a termo, paridade superior a três filhos, ausência de pré-natal, anormalidades placentárias, com destaque para a placenta acreta, conferem risco aumentado para histerectomia periparto de emergência. O uso de plasma fresco congelado, na presença de fatores de alto risco, associa-se a necessidade de ligadura da artéria ilíaca interna bilateral. A presença de complicações de ferida operatória e anemia associa-se a maior morbidade pós-operatória. A histerectomia periparto de emergência possui alta mortalidade.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre os preditores associados a histerectomia de emergência no intraparto, encontram-se os fatores, socioeconômicos como a hipossuficiência financeira; anatômicos e funcionais como a placenta acreta, a atonia e a ruptura uterina; obstétricos como a paridade e gestação a termo; e a idade da paciente superior a 34 anos. No intra-operatório verifica-se a necessidade de maior atenção em gestantes com indicação anterior ou atual de cesariana e presença de sangramento. É importante evitar complicações da ferida operatória e anemia pós-parto. A identificação desses fatores com intuito de prevenir a histerectomia de emergência intra-parto é imprescindível para redução da morbidade e mortalidade da parturiente.</p>	<p>PO 330-1</p> <p>A UTILIZAÇÃO DA ESOFAGECTOMIA HÍBRIDA MINIMAMENTE INVASIVA NO TRATAMENTO DO CANCER ESOFAGICO</p> <p>Gabryella Silveira Cardoso, Guilherme Zacarias Queiroz de Barros Braga, Pedro Henrique Passos Viana, Rafael Fernando Castro Silva, Amanda Ribeiro Tavares, Renan Alves Rodrigues, Jorge Soares Lyra</p> <p><i>Universidade Federal do Maranhão - Imperatriz - Maranhão – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Nos últimos anos, a esofagectomia minimamente invasiva para o câncer esofágico tem se tornado bastante popular por reduzir a perda de sangue, morbidade e tempo de internação hospitalar. Dentre as múltiplas variações descritas desse procedimento, encontra-se a esofagectomia híbrida minimamente invasiva (EHMI), que pode apresentar algumas vantagens específicas. Assim, esse trabalho objetiva elucidar a utilização da EHMI como recurso terapêutico para o câncer esofágico, evidenciando os benefícios de tal método em relação à esofagectomia aberta (EA).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada na base de dados PubMed, considerando apenas publicações dos últimos dez anos nos idiomas português e inglês, mediante os descritores "hybrid minimally invasive esophagectomy" e "open esophagectomy". Utilizou-se o operador booleano AND. A busca resultou em 55 artigos, dos quais 11 se enquadraram no objetivo da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Em um estudo multicêntrico, randomizado e controlado, demonstrou-se que a EHMI, em relação à EA, estava associada a um risco 77% menor de graves complicações intra e pós-operatórias, além de incidência (18% vs. 30%) e risco (50% mais baixo) reduzidos de complicações pulmonares maiores. Em outro estudo, relatou-se também menores morbidade geral (35,7% EHMI vs. 59,3% EA) e mortalidade intra-hospitalar (1,4% EHMI vs. 7,1% EA), com taxas semelhantes de sobrevida em dois anos entre os grupos. Além de alguns desses benefícios citados anteriormente, pesquisas relatam um número maior de linfonodos coletados de pacientes que foram submetidos à EHMI do que à EA (31,9 vs. 26,3), e também mínima morbidade e excelentes resultados de sobrevida em longo prazo naqueles pacientes que fizeram quimiorradioterapia neoadjuvante e foram submetidos à EHMI. Ademais, em um estudo realizado na Coréia do Sul, demonstrou-se que o grupo EHMI apresentou níveis séricos de PCR no primeiro dia de pós-operatório (PO) significativamente menores, além de um nível sérico de albumina mais alto no PO imediato, o que supõe-se contribuir para a redução do tempo de permanência hospitalar. No entanto, em um estudo alemão, observou-se uma maior taxa de retardo no esvaziamento gástrico no grupo EHMI – o que pode ser atribuído à técnica cirúrgica – mas também relatou-se uma recuperação mais acelerada nesse grupo, bem como um tempo mais curto de operação e redução da perda sanguínea quando comparado à EA.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, a EHMI apresenta-se com muitas vantagens em relação à EA, demonstrando taxas reduzidas de complicações pulmonares, intra e pós-operatórias, bem como diminuição do tempo de permanência hospitalar. Além disso, oferece um tempo de cirurgia mais curto e demonstra ótimos resultados de sobrevida em longo prazo naqueles pacientes que foram submetidos à quimiorradioterapia neoadjuvante.</p>

PO 330-2	PO 331-2
<p>LEIOMIOMATOSE PERITONEAL E SUA TERAPEUTICA CIRURGICA</p> <p>Lorena Torres Andrade da Nóbrega, Mariane Costa Dias Lins, Arthur Guilherme Dantas de Araújo, Brenda Ribeiro Siqueira, Juliane Freire Madruga Viana, Maria Beatriz Henrique Borba, Maria Carolina Sarmento de Matos, Marcos Aurélio Martins Travessa</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar e relatar à comunidade acadêmica os aspectos clínicos e a conduta cirúrgica em casos de Leiomiomatose Peritoneal Disseminada (LPD).</p> <p>MÉTODO: Foi feito um levantamento bibliográfico acerca do tema, realizado em março de 2019. Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2007 e 2017, indexados nas bases de dados SCIELO e BVS, em português, espanhol e inglês, utilizando os descritores "Leiomiomatose peritoneal" e "histerectomia". A amostra final foi constituída por 8 artigos.</p> <p>RESULTADOS: A LPD é uma doença rara de tumores benignos e de evolução lenta que surge na superfície peritoneal e pode atingir qualquer localização anatômica. Foi descrita pela primeira vez em 1939 por Steiner, e de acordo com a revisão de Awonuga et. al. (2010), apenas cerca de 150 casos foram documentados na literatura. Apesar de a enfermidade não ter a etiopatogenia bem definida, é comprovado o caráter hormono-dependente, visto que a maioria dos casos são descritos em mulheres em idade reprodutiva, se destacando as que fazem um longo uso de anticoncepcional, bem como gestantes e pacientes com tumores da granulosa. Essa afecção geralmente é reconhecida por acaso e é assintomática, podendo apresentar dor abdominal leve e difusa no início, tornando-se progressivamente localizada na fossa ilíaca. Os exames complementares de imagem desempenham um papel importante no diagnóstico, em especial a ultrassonografia, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada. Lembrando de considerar os possíveis diagnósticos diferenciais, visto que os achados apresentam semelhança com a carcinomatose peritoneal e outras doenças malignas. É importante salientar que o diagnóstico definitivo requer o estudo histológico. Apesar de ainda não ter sido estabelecida uma terapêutica ideal da LPD e geralmente o tratamento ser conservador através do uso de agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), MOREIRA(2013) afirma que o tratamento de 1º escolha deve ser a ressecção primária das massas tumorais, e em mulheres com nódulos recorrentes e/ou sem intenções reprodutoras, a histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral. Entretanto, em 2017, García afirmou que a supressão do GnRH deve ser a medida priorizada. Portanto, o ideal é que o tratamento seja individualizado, levando em consideração a idade, o tamanho das lesões, os desejos para a concepção e a sintomatologia da paciente.</p> <p>CONCLUSÕES: A LPD é uma patologia multifatorial na qual estão envolvidos fatores genéticos e hormonais. Dado o caráter assintomático, seu diagnóstico constitui um desafio para a medicina, sendo frequentemente um achado acidental. A maior parte dos casos reportados corresponde à mulheres jovens com diagnóstico na gravidez ou durante cirurgia abdominal e àquelas com história prévia de miomias uterinos, miomectomia e histerectomia. O tratamento deve ser individualizado para cada mulher, visto que as opções terapêuticas englobam desde a supressão do GnRH a histerectomia com ooforectomia.</p>	<p>ABDOME AGUDO GINECOLOGICO NA EMERGENCIA: REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Lorena Torres Andrade da Nóbrega, Daniel Pereira Francisco, Ana Raquel Casimiro Dantas de Oliveira, Arthur Guilherme Dantas de Araújo, Raquel Pereira de Oliveira, Victor Augusto de Lima Cabral, Carolina Bandeira Domiciano, Jordanna Sant'Anna Diniz e Moura</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão de literatura acerca do abdome agudo ginecológico na emergência.</p> <p>MÉTODO: Foi feito um levantamento bibliográfico sobre o abdome agudo ginecológico na emergência, realizado em fevereiro de 2019. Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 1985 e fevereiro de 2019, indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, em português, espanhol e inglês, utilizando os descritores "Abdome agudo and Trauma and Ginecológico and emergência". A amostra final foi constituída por 16 artigos.</p> <p>RESULTADOS: O abdome agudo ginecológico é definido como dor abdominal repentina, oriunda de afecção ginecológica que leva a paciente a procurar o médico. Uma em cada 100 urgências diz respeito a abdome agudo, e destas, 20% são de origem ginecológica. É classificado em cirúrgico ou clínico. A abordagem cirúrgica se reserva aos casos de risco de vida a paciente analisados através de dados clínicos e exames laboratoriais e de imagem. A gestação ectópica rota é o exemplo mais frequente, cuja abordagem laparoscópica é a intervenção de escolha, sempre que a paciente apresenta estabilidade hemodinâmica. O Abdome agudo pode, ainda, ser classificado em hemorrágico, infeccioso e isquêmico ou vascular. No primeiro, a gestação ectópica rota é a afecção mais frequente e no segundo, a doença inflamatória pélvica. No diagnóstico diferencial, deve-se excluir outras causas de abdome agudo de origem extraginecológica, como apendicite aguda, diverticulite, infecções urinárias, cólica renal, aneurismas, e colecistite. A avaliação inicial deve conter uma anamnese detalhada com ênfase para o trato geniturinário e gastrointestinal, com caracterização dos sintomas e sinais, e história ginecológica e obstétrica pregressa. O exame físico passa pela palpação abdominal e pelo exame ginecológico sistemático. A ecografia endovaginal é o exame complementar de eleição, pois permite a caracterização detalhada do útero e anexos, assim como a avaliação de coleções na cavidade peritoneal. Se necessário, deverão ser solicitados outros exames complementares. Na maioria das vezes, as emergências em ginecologia são de baixo risco para as pacientes. A demora na indicação cirúrgica pode causar alta morbidade, recuperação prolongada e sequelas definitivas. Na literatura, são escassos os estudos acerca das características epidemiológicas, perfil clínico, diagnóstico e orientação das doentes internadas com diagnóstico de abdome agudo ginecológico.</p> <p>CONCLUSÕES: A abordagem da paciente com suspeita de abdome agudo ginecológico constitui um desafio diagnóstico para qualquer ginecologista ou emergencista. É fundamental estabelecer os diagnósticos diferenciais e distinguir entre situações cirúrgicas e clínicas. Todos os esforços devem ser dirigidos para o diagnóstico precoce, do qual dependerão, na maioria dos casos, a prevenção de sequelas e a eficaz recuperação da doente.</p>
<p>PO 332-1</p> <p>ESCLEROTERAPIA COMO ABORDAGEM TERAPEUTICA EM VARIZES ESOFAGICAS</p> <p>Lara Dias Castro Cavalcante, Gabriel Chiarotti da Costa, Rafaela Aparecida Dias de Oliveira</p> <p><i>UnirV - RIO VERDE - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Na evolução da síndrome da hipertensão portal, a hemorragia conseqüente à ruptura das varizes esofágicas(VE) continua sendo a complicação mais temida. O tratamento da hipertensão portal é complexo e a definição da melhor estratégia depende da causa subjacente (cirrose vs. esquistossomose), da condição clínica e do momento em que é realizado, episódio agudo de hemorragia ou como profilaxia pré-primária, primária ou secundária (COELHO, et al., 2014). A escleroterapia endoscópica (EE) tem se mostrado eficaz tanto no controle como na erradicação das VE sangrantes. Embora seus resultados sejam animadores, ainda existem dúvidas quanto a eficácia dos diferentes agentes esclerosantes utilizados para sua erradicação. Assim, sua escolha está na dependência da provável eficácia, experiência prévia, complicações, disponibilidade e custo (SANTO, et al., 2015).</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica em artigos nas bases de dados Scielo e PubMed, nos anos que compreendem de 2010 à 2018. As palavras chaves utilizadas foram "escleroterapia" e "Varizes esofágicas".</p> <p>RESULTADOS: Para a terapêutica endoscópica das varizes de esôfago hemorrágicas, poderá ser utilizada a escleroterapia (EVE) ou a ligadura elástica (LEVE). Ambas são efetivas no controle do sangramento varicoso agudo, tendo sucesso na hemostasia em 80 a 90% dos pacientes e na diminuição da recidiva hemorrágica (JUNIOR, et al., 2010). A escleroterapia é o tratamento endoscópico onde injeta-se um agente esclerosante (irritante) ou uma cola biológica (cianoacrilato) no interior da variz através de uma agulha (BITTENCOURT, et al., 2010). Entretanto, quando se identifica o ponto de ruptura, as punções devem acontecer acima e abaixo deste e também na variz da parede contralateral para que faça compressão sobre o ponto de sangramento, ajudando a hemostasia (JUNIOR, et al. 2010). A escleroterapia com cianoacrilato é especialmente útil no tratamento das varizes de fundo gástrico, onde apresenta melhores resultados do que a ligadura elástica, ou em casos de cirrose avançada (Child-Pugh C), onde há um distúrbio mais severo da coagulação e o risco de ressangramento das varizes é maior (BITTENCOURT, et al., 2010).</p> <p>CONCLUSÕES: O risco de sangramento pela gastropatia hipertensiva portal vai aumentando paulatinamente à medida que às sessões de escleroterapia das varizes de esôfago vão se sucedendo, apesar do seu uso, a LEVE é considerada atualmente mais efetiva que a EVE para o sangramento agudo e deve ser considerado o tratamento de primeira linha, sendo superior em termos de ressangramento, efeitos colaterais e sobrevida.</p>	<p>PO 333-1</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFAGICO: ANALISE DOS ULTIMOS 10 ANOS</p> <p>MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO, MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES, MAÍRA RODRIGUES TEXEIRA CAVALCANTE, INGRID BOTELHO RIBEIRO</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar na literatura os índices de tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), com ênfase nos aspectos cirúrgicos, visto que esta é uma importante opção de tratamento para DRGE.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional descritivo, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre janeiro de 2008 a novembro de 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados PubMed, MedLine e SCIELO.</p> <p>RESULTADOS: A doença por refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma entidade relativamente recente que vem se tornando frequente na prática clínica, haja vista que responde por 75% das doenças de esôfago. Nesses últimos 10 anos foram realizados 14.278 procedimentos cirúrgicos, dentre os quais 146 resultaram em óbitos, representando 1,022% dos casos. Em relação ao número total de procedimentos, 10.718 casos tiveram caráter eletivo, com 37 óbitos (0,34%), enquanto que apenas 3.560 casos apresentaram condição de urgência, havendo 109 óbitos (3,06%). A região com mais procedimentos realizados foi a sudeste com 6.697 casos, o que retrata 46,9% dos casos, em contrapartida a região norte foi a que apontou menos procedimentos com apenas 352 casos, ou seja, apenas 2,46% do total de procedimentos. O tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico está indicado para pacientes com doença crônica, sem resposta, resposta parcial, ou dependentes de tratamento medicamentoso, ou ainda, quando houver recorrência dos sintomas com a descontinuação das medicações, associada ou não a complicações.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento farmacológico da DRGE já alcançou grandes avanços, a inibição da secreção ácida seguramente trata as conseqüências do refluxo ácido. Porém, nenhuma droga usada atualmente é eficiente para tratar o mecanismo primário da DRGE, portanto o tratamento cirúrgico apresenta-se como o mais satisfatório. A partir dos dados colhidos é possível constatar a taxa de óbito mínima, mesmo em casos realizados em caráter de urgência. À vista disso, a realização da cirurgia com a finalidade do tratamento da DRGE é um instrumento válido, eficaz e relativamente seguro. Quanto ao fato de haver grande desproporcionalidade entre regiões, provavelmente esse seja o efeito de um serviço de saúde desigual, onde algumas regiões contemplam mais acessos a exames, tratamentos e notificações dos casos do que outras, associado aos diferentes hábitos de vida.</p>

<p style="text-align: center;">PO 334-1</p> <p>TERAPÊUTICA MULTIMODAL DO CARCINOMA DA JUNÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA</p> <p>Flora de Souza Brandão dos Reis, Luiza Pinheiro Mota, Beatriz Bastos Motta Barreto, Brenda Barbosa Faustino, Lillian Torres Soares Pessoa, Lizandra Alves de Almeida Silva, Estephany Vasconcelos Nunes de Farias, Thássia Rachel Brito de Figueiredo Almeida</p> <p><i>FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetiva-se analisar a importância de esclarecer as controvérsias existentes na classificação, estadiamento e tratamento destes carcinomas, com especial destaque para as diferentes opções terapêuticas. Esperamos, assim, melhorar a percepção do cirurgião do aparelho digestivo em relação à indicação cirúrgica nas patologias envolvidas.</p> <p>MÉTODO: O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, realizada a partir de pesquisas em base de dados, artigos dos últimos cinco anos e livros-texto.</p> <p>RESULTADOS: Para o planejamento multidisciplinar do tratamento dos carcinomas da JEG, é essencial considerar fatores determinantes na decisão como o estágio do tumor e o estado geral do doente. Apesar da ressecção cirúrgica ser a modalidade terapêutica com maior potencial de cura dos carcinomas da JEG, os resultados a longo prazo reportados em vários estudos não são satisfatórios. Cerca de 40% a 65% dos doentes desenvolvem recorrência loco-regional, o que nos aponta para as limitações da cirurgia como forma exclusiva de tratamento destes doentes. Nesse sentido, para melhorar o prognóstico nos doentes com tumores localmente avançados, outras estratégias têm sido avaliadas, em associação ao tratamento cirúrgico, de entre as quais se salientam a radioquimioterapia, tanto no pré-operatório como no pós-operatório. Nos doentes com carcinomas da JEG ressecáveis e aptos para cirurgia, a ressecção cirúrgica com linfadenectomia D2 ainda é a opção terapêutica considerada. Porém, em casos mais complicados, o aumento das taxas de sobrevida não é possível com apenas uma modalidade de tratamento, por isso, torna-se atrativa a ideia da quimioterapia perioperatória, pois melhora a liberação da droga no tumor e tecidos vizinhos através da circulação sanguínea e linfática intacta, possibilita a redução nas dimensões do tumor, tornando tumores irresssecáveis em ressecáveis, diminui a contaminação da cavidade peritoneal e possibilita testes terapêuticos "in vivo" da medicação aplicada, permitindo ajuste do tratamento pós-operatório de acordo com a resposta individual. O primeiro estudo bem sucedido ficou conhecido como o "MAGIC trial" que randomizou 250 pacientes para o tratamento cirúrgico isolado e outros 250 para um tratamento multimodal. Na avaliação anatomopatológica, houve diminuição no tamanho dos tumores (3 cm vs. 5 cm), e a sobrevida em cinco anos foi 36% no grupo da quimioterapia e 23% no grupo da operação isolada. Esse estudo demonstrou que houve redução clinicamente significativa na recidiva tumoral e na mortalidade, apresentando-se como alternativa viável para o tratamento do câncer na JEG.</p> <p>CONCLUSÕES: Os promissores avanços demonstram que outras medidas de tratamento podem melhorar o prognóstico dessa doença. Essa decisão terapêutica deve ser tomada por equipe multidisciplinar, avaliando características pessoais do paciente, agressividade do tumor, possibilidade de doença residual, riscos cirúrgicos e a capacidade do paciente de tolerar tratamentos não isentos de efeitos colaterais.</p>	<p style="text-align: center;">PO 336-1</p> <p>OCORRÊNCIA DE CASOS DE NEOPLASIA DO ESÓFAGO NO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2018</p> <p>Rafael Fernando Castro Silva, Amanda Ribeiro Tavares, Renan Alves Rodrigues, Gabryella Silveira Cardoso, Zoroastro Henrique Santana</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer de esôfago representa uma das neoplasias mais importantes e letais do mundo, ocupando a sexta maior causa de morte por câncer (286 mil óbitos/ano). Aproximadamente 90% das neoplasias malignas esofágicas são representadas pelo carcinoma espinocelular (CEC) e adenocarcinoma. A disfagia é o sintoma mais frequente e, geralmente, é no mesmo nível da localização do tumor e decorre habitualmente do caráter obstrutivo da lesão, surgindo quando já há comprometimento de mais de 50% da luz esofágica. É caracterizada por perda rápida de peso, odinofagia e regurgitação. O esôfago de Barrett, que é uma complicação da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), é um dos fatores de risco mais importantes para desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Os tumores malignos do esôfago, em nosso meio, são, em geral, diagnosticados tardiamente, quando a doença já se encontra em estágio avançado e com pouca chance de tratamento curativo. As principais modalidades de tratamento compreendem a ressecção do tumor primário, quimioterapia e radioterapia. Tendo como objetivo analisar o número de internações em pacientes a partir de 20 anos por Neoplasia do Esôfago no Distrito Federal (DF) no período de jan/2015 a dez/2018 correlacionando com o número de óbitos, fazendo comparativo entre os sexos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por Neoplasia do Esôfago registrados no DATASUS durante o período de jan/2015 a dez/2018 no DF.</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por sexo foi de 606 homens e 201, totalizando 807 internações; destas 4 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 18 na de 30 a 39; 100 na de 40 a 49; 251 na de 50 a 59; 260 na de 60 a 69; 122 na de 70 a 79; 52 dos 80 em frente. Por sua vez, o número de óbitos foi de 117 homens e 38, totalizando 155 óbitos; destes 1 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 20 na de 40 a 49; 53 na de 50 a 59; 43 na de 60 a 69; 24 na de 70 a 79; 14 dos 80 anos em frente. Contudo, com relação ao óbito na faixa etária de 30 a 39 anos, DataSUS não apresentou dados.</p> <p>CONCLUSÕES: Um estudo realizado em 2005 nos Estados Unidos, as taxas de incidência ajustadas por idade eram mais altas em homens do que em mulheres 7,5 contra 1,8 a cada 100.000, respectivamente. Pacientes que apresentam carcinomas de células escamosas (CCE) e os adenocarcinomas, em geral estão na 5ª e 6ª décadas de vida, são frequentemente tabagistas, alcoolistas e apresentam outras comorbidades. Assim no DF, o número de internações e óbitos foram maiores em homens entre a 5ª e 6ª década de vida, observando assim que o perfil dos pacientes nos faz reconhecer a importância de um diagnóstico precoce da doença maligna, já que a sobrevida a longo prazo melhorou nas últimas décadas, passando de 4% em 1970 para 14% atualmente.</p>
<p style="text-align: center;">PO 338-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESÓFAGO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2008 A 2017</p> <p>Dayanne Cristine De Oliveira, Kelvin Mendes Carvalho, Raquel Costa Batista de Queiroz, Celso Rocha da Silva, Nathália Barros Trovo, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Brenda Caroline da Silveira Dias</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UNIRG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasia maligna de esôfago (CA de esôfago) no Brasil no período de 2008 a 2017.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa retrospectiva-descritiva desenvolvida a partir de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os óbitos por neoplasia maligna do esôfago no Brasil no período de 2008 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: No período de 2008 a 2017 foram registrados 25.585 óbitos decorrentes de CA de esôfago, sendo que a região Sudeste registrou mais da metade dos casos (52,21%); a região Sul ficou com 24,21%; região Nordeste com 15,49%; região Centro-Oeste com 5,74% e, por último, região Norte com 2,35%. Houve predomínio no sexo masculino (77,13%) em relação ao feminino (22,87%) e 58,2% dos óbitos foram representados por indivíduos de 50 a 69 anos. Os registros indicam maior número de óbitos em indivíduos brancos (40,06%), seguidos dos pardos (30,93%), negros (7,46%), amarelos (0,81%) e indígenas (0,07%), porém em 20,66% dos óbitos a cor/raça não foi informada.</p> <p>CONCLUSÕES: Os óbitos por CA de esôfago acometem principalmente indivíduos do sexo masculino, de cor branca e com idade entre 50 e 69 anos, sendo a região Sudeste a responsável pelo maior número absoluto de óbitos. Os diagnósticos tardios associados à alta mortalidade ressaltam a importância de atuar na prevenção dos fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento dessa neoplasia.</p>	<p style="text-align: center;">PO 340-1</p> <p>ESTUDO COMPARATIVO DE ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA E SEM TORACOTOMIA REALIZADO EM UM ESTADO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE O PERÍODO DE JANEIRO 2013 A DEZEMBRO DE 2018.</p> <p>Nayara Pereira Abreu, Élide Ferreira Lopes Landin, Joelcy Pereira Tavares</p> <p><i>Universidade Unirg - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar um comparativo entre um número de casos e das técnicas utilizadas para realização das esofagectomias durante o período de janeiro de 2013 a Dezembro de 2018</p> <p>MÉTODO: Análise dos dados disponibilizados pelo DATASUS sobre esofagectomias com e sem toracotomia na região Norte comparando com estado do Tocantins no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2018. A partir dos dados, a porcentagem foi calculada: (Casos totais no Tocantins/Casos totais no Norte) x 100.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2014 na região Norte do Brasil foram realizados 29 esofagectomias com toracotomia, 10,34% (3 casos) correspondem ao estado do Tocantins, já nas esofagectomias sem toracotomia foram realizadas 20 no total na região norte e no estado do Tocantins 10% (2 casos).</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar do Estado do Tocantins apresentar somente 5 casos dentro do período pesquisado na base de dados podemos observar que os dados corroboram com os dados da região norte apresentando um aumento em procedimentos com esofagectomias com toracotomia.</p>

<p style="text-align: center;">PO 340-2</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA NO CA DE ENDOMETRIO</p> <p>Fernanda Melo Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Letícia Lima Oliveira, Maria Eduarda Freitas Melo, Maria Eduarda Fragoso Calado Barbosa, Yanka Maria Leite Santos, Bianca Sampaio Tavares, Alexandre José Calado Barbosa</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a conduta cirúrgica no tratamento do carcinoma endometrial de acordo com as evidências acerca das técnicas disponíveis.</p> <p>MÉTODO: O método utilizado foi pesquisa em periódicos científicos, disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde-bvs, SciELO e na sciencedirect.</p> <p>RESULTADOS: A modalidade primária para o tratamento do câncer de endométrio é a abordagem cirúrgica convencional com histerectomia extrafascial com anexectomia bilateral associada ou não à linfadenectomia pélvica. Apresentando como seqüência a incisão longitudinal extensa ou transversa ampla tipo Maylard, colheita de lavado para citologia oncológica peritoneal (CO), inventário da cavidade abdominal com palpação dos linfonodos pélvicos e para-aórticos, histerectomia total (HT), salpingo-oufrectomia bilateral (SOB), e em alguns casos, biópsia do omento. Entretanto, nos últimos anos, há um interesse maior na laparoscopia como abordagem. Esta, comparada a laparotomia, apresenta vantagens como: menor incisão, melhor visibilidade do campo operatório, menor perda sanguínea, menor dor no pós-operatório, maior rapidez na recuperação pós-operatória com menor tempo de internação e retorno mais rápido às atividades habituais, sem as limitações cirúrgicas para pacientes obesas e idosas. A segurança e eficácia dos dois métodos têm sido estudadas e demonstradas que não apresentam diferenças significativas quanto à sobrevida global e número de recorrências em estágio inicial, já que em pacientes portadoras de carcinoma endometrial em estágio avançado, raramente são candidatas à cirurgia.</p> <p>CONCLUSÕES: Mesmo diante do fato da abordagem laparoscópica não ser a cirurgia de padrão para o tratamento do carcinoma endometrial, quando realizada por profissionais capacitados, demonstra ser alternativa segura e eficaz para o tratamento de carcinoma endometrial em estágio inicial, sem comprometer a radicalidade oncológica necessária.</p>	<p style="text-align: center;">PO 341-2</p> <p>ABORDAGEM CIRURGICA VIA ABDOMINAL (CIRURGIA DE WERTHEIM-MEIGS) E POR VIA VAGINAL (CIRURGIA DE SCHAUTA) PARA CA DE COLO DE UTERO: SEUS ASPECTOS COMPARATIVOS</p> <p>Melo Oliveira, Diandra Acantara Jordão, Letícia Lima Oliveira, Maria Eduarda Freitas Melo, Maria Eduarda Fragoso Calado Barbosa, Alexandre José Calado Barbosa, Bianca Sampaio Tavares, Arsênio Jorge Ricarte Linhares</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os aspectos comparativos entre a abordagem cirúrgica via abdominal (cirurgia de Wertheim-Meigs) e por via vaginal (cirurgia de Schauta) para câncer de colo de útero, bem como avaliar vantagens, desvantagens e indicações de cada uma delas.</p> <p>MÉTODO: Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão de literatura nas bases de dados Medline/PubMed, Scielo, site da INCA (instituto Nacional do Câncer) artigos e materiais de pesquisa e dissertação encontrados no Google Acadêmico. Do total pesquisado selecionou-se 10 artigos e cinco sites relacionados especificamente ao objetivo desta revisão.</p> <p>RESULTADOS: O tratamento clássico para tumores iniciais é a histerectomia radical ou Cirurgia de Wertheim-Meigs. Ela está indicada para tumores maiores que 5 mm e nos restritos ao colo e 1/3 superior da vaginal que correspondem aos estádios de IB a IIA da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Os resultados mostram que na cirurgia por via vaginal, apesar de exigir maior tempo de cirurgia, apresenta grandes vantagens no pré e na recuperação pós-operatória dos pacientes em relação a abordagem cirúrgica via abdominal (cirurgia de Wertheim-Meigs). A histerectomia Radical Abdominal (HRA) tem sido o tratamento padrão ouro para o tratamento de câncer cervical nos estádios iniciais, especialmente entre IA1 e IIA, desde a metade do século passado. Entretanto, devido a alta morbidade e dificuldade técnica, a cirurgia de Wertheim-Meigs tem deixado de ser executada de modo rotineiro. Porém, tal técnica está associada a resultados de cura e intervalos livres da doença associados às baixas incidências de seqüela a longo prazo. Em comparação, a histerectomia Radical vaginal (Schauta) é uma técnica cirúrgica, que sem perder a eficácia oncológica, diminui a morbidade e agiliza a recuperação do paciente no pós operatório, além de ser uma cirurgia minimamente invasiva que consequentemente permite a recuperação rápida, menos dolorosa e sujeita a menores complicações infecciosas que a via abdominal; Dados ainda demonstram de forma unânime que no caso da histerectomia vaginal radical há menor perda sanguínea, menor tempo de internação, melhor recuperação pós operatória e maior tempo cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: O emprego da histerectomia vaginal radical (cirurgia de Schauta) para o tratamento das neoplasias do colo uterino tem taxas de curas equivalente à via abdominal com menor morbidade.</p>
<p style="text-align: center;">PO 342-2</p> <p>COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS DA HISTERECTOMIA: UMA REVISÃO LITERÁRIA</p> <p>Fernanda Melo Oliveira, Yanka Maria Leite Santos, Letícia Lima Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Bianca Sampaio Tavares, Maria Eduarda Freitas Melo, Alexandre José Calado Barbosa, Maria Eduarda Fragoso Calado Barbosa</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer um levantamento das principais complicações que acometem as pacientes submetidas à exérese do útero.</p> <p>MÉTODO: O estudo bibliográfico foi realizado em plataformas digitais renomadas, como Scielo, PubMed e LILACS. Foram utilizados seis artigos originais publicados em língua portuguesa entre os anos de 2000 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: A histerectomia é a segunda cirurgia ginecológica mais realizada – superada apenas pela cesárea – em mulheres em idade reprodutiva. As afecções benignas, a exemplo dos miomas uterinos, encontram-se entre as indicações mais comuns. Embora o evidente aprimoramento das técnicas cirúrgicas e dos cuidados intra e pós-operatórios tenha tornado a cirurgia relativamente segura, a morbidade associada não pode ser desprezada. Dentre as principais complicações pós-cirúrgicas conhecidas encontram-se lesão de bexiga e/ou ureter, ITU (Infecção do Trato Urinário), sepsis, obstipação intestinal, hematoma de cúpula vaginal, hemorragia, choque hipovolêmico e disfunções do assoalho pélvico – como prolapso genital e incontinência urinária. Vale ressaltar que a morbidade infecciosa é uma complicação pós-cirúrgica importante neste cenário, sendo a infecção do sítio cirúrgico uma das causas primordiais. É sabido que as principais vias de abordagem cirúrgica para a realização da exérese uterina são a abdominal por laparotomia ou laparoscopia e a vaginal. É indubitável que a histerectomia vaginal simples é menos invasiva se comparada à abdominal laparoscópica, visto que dispensa incisão do abdome e pode ser realizada sem anestesia geral. Ademais, o volume de sangue perdido no intra-operatório é menor, bem como o tempo cirúrgico; a intensidade da dor no pós-operatório também é inferior, o que reduz tanto o uso de analgésicos quanto o tempo de permanência no hospital, conferindo menor risco de complicações. A intervenção pode ainda ser classificada em total, quando há remoção do corpo e do colo uterino; subtotal, quando não há a retirada do colo; e radical, quando além do corpo e colo, é feita a exérese dos paramétrios e da porção superior da vagina. A última, por estar associada a maior ressecção cirúrgica, apresenta, em teoria, maior risco de lesão, marcadamente urológicas.</p> <p>CONCLUSÕES: A análise literária demonstra que embora a histerectomia seja um dos procedimentos mais frequentes nas áreas de ginecologia e obstetrícia, tendo sido aprimorada ao longo dos anos, ainda apresenta risco de complicações no pós-operatório. A escolha adequada tanto da técnica quanto da via cirúrgica, entretanto, tem o potencial de reduzi-lo, sendo, nesse sentido, a via vaginal preferível à abdominal, apesar de ainda ser menos utilizada. Portanto, o treinamento e consequente incremento de experiência por parte dos cirurgiões deve ser estimulado com o fito de minimizar a relutância desses em realizar a histerectomia vaginal simples em pacientes sem prolapso genital, mesmo que haja indicações e evidências suficientes da eficácia desta modalidade em tal condição.</p>	<p style="text-align: center;">PO 343-2</p> <p>SERIE DE CASOS: PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA MAMARIA COM RETALHO DO MUSCULO GRANDE DORSAL</p> <p>Isabella Caldas Bastos, José Pereira Guará, Ana Gabriela Caldas Oliveira, Gláucia Mesquita Cordeiro, Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos, Luan Pinheiro Domingues Moreira, Mateus Guimarães Benvindo</p> <p><i>Universidade CEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Conhecer a epidemiologia dos casos de tumores de mama que utilizaram retalho de músculo grande dorsal em cirurgias de hospital de referência do nordeste do país.</p> <p>MÉTODO: Estudo clínico retrospectivo utilizando dados de prontuário de 5 pacientes operadas no Hospital do Câncer Aldenora Bello, São Luís – Maranhão, durante o segundo semestre de 2018, entre outubro e dezembro.</p> <p>RESULTADOS: A idade das 5 pacientes variou de 30 a 60 anos, sendo um caso de grande tumor filóides bordeline recidivado em paciente que desejava reconstrução imediata, um caso de tumor exofítico que progrediu durante quimioterapia neoadjuvante e três casos de extensas recidivas, duas após cirurgias conservadoras e uma após mastectomia. Todas as pacientes utilizaram dreno de sucção no pós-operatório e somente uma apresentou seroma de moderada quantidade após retirada do dreno com duas semanas. Não houve necrose dos retalhos, infecção ou deiscências das feridas operatórias. Os sintomas dolorosos no pós-operatório imediato foram controlados com analgesia comum e anti-inflamatório não hormonal, sem necessitar de medicações psicotrópicas. A paciente que utilizou o retalho mio-cutâneo para reconstrução com implante também foi submetida a enxerto de complexo areolo-papilar e não apresenta, até o momento, alterações de contratatura capsular, em 3 meses de seguimento. A paciente com extensa recidiva após mastectomia e uma das pacientes recidivadas após quadrantectomia já haviam sido irradiadas, mas os retalhos não apresentaram alterações de cicatrização em relação aos demais. A outra paciente submetida a cirurgia conservadora apresentou recidiva precoce e ainda encontrava-se em fila de espera da Radioterapia quando da ocasião da nova cirurgia. Todas as pacientes foram submetidas a linfadenectomia axilar, exceto a paciente com diagnóstico de tumor filóides bordeline. Todas se encontram vivas, sendo que a paciente de 30 anos (recidiva precoce após cirurgia conservadora) apresenta progressão hepática em quimioterapia paliativa.</p> <p>CONCLUSÕES: O retalho mio-cutâneo utilizando o músculo grande dorsal é uma alternativa viável e segura nas cirurgias que necessitam de grandes ressecções cutâneas, com ou sem reconstrução imediata.</p>

PO 345-2	PO 348-1
<p>DOIS RELATOS DE TUMOR SIRINGOMATOSO DE PAPILA MAMÁRIA, UMA RARA CONDIÇÃO.</p> <p>Isabella Caldas Bastos, Raquel Aranha Viegas, Gláucia Mesquita Cordeiro, Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos, Leticia Castro Freire, Luan Pinheiro Domingues Moreira, Mateus Guimarães Benvido, Renata Dionísio Nunes de Oliveira</p> <p><i>Universidade CEUMA - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever rara alteração benigna de papila mamária que pode apresentar exame físico semelhante a neoplasia.</p> <p>MÉTODO: Estudo clínico retrospectivo utilizando dados de prontuário de 2 casos atendidos no Hospital do Câncer Aldenora Bello, São Luís – Maranhão, em 2018.</p> <p>RESULTADOS: Caso 1: 36 anos, G3P3A0, amamentou por mais de 1 ano, hipertensa, histórico familiar negativo para câncer de mama. Relatara que há 1 ano apresentava prurido no complexo aréolo-papilar (CAP) em mama esquerda associado a fluxo papilar hemático espontâneo. Ao exame físico, adensamento retroareolar em mama esquerda, com lesão cutânea descamativa e fluxo papilar sanguíneo à expressão. Ultrassonografia mamária de 09/03/2016 sem alterações e mamografia de 22/03/2016 com calcificações benignas bilaterais. Realizou biópsia incisional do CAP esquerdo em 21/07/2017, cujo estudo anatomopatológico apresentou proliferação glandular tubular em meio a estroma denso cirroso, ausência de Doença de Paget e sugeriu hipótese diagnóstica de tumor siringomatoso. Foi realizada imunohistoquímica e os marcadores p63, calponina, 34betae12 e mamoglobina foram positivos, sugerindo adenoma siringomatoso do mamilo. Devido difícil seguimento ambulatorio por questões sociais, fez nova ultrassonografia em 21/03/2018, que evidenciou nódulo espiculado de 0,8 cm em região retroareolar de mama esquerda, classe 4c. Mamografia de 22/03/2018: microcalcificações segmentares em região retroareolar de mama esquerda, classe 4. Realizou core biopsy do nódulo em mama esquerda, com anatomopatológico descrevendo tecido mamário sem particularidades histológicas. Feita abordagem cirúrgica em 14/12/2018 com setorectomia central (englobando CAP) e setorectomia guiada por agulhamento em mama esquerda e o anatomopatológico teve resultado final de adenoma siringomatoso do mamilo. Caso 2: paciente de 31 anos, nulípara, sem comorbidades, histórico familiar negativo para câncer de mama. Relatara que mamilo esquerdo estava avermelhado e descamando há 1 ano. Ao exame físico, o CAP esquerdo apresentava-se túrgido, hipocrômico e áspero. Mamografia de 03/04/2018: nódulos bilaterais estáveis desde 2013. Ultrassonografia de 07/04/2018: nódulos bilaterais estáveis, além de mamilo esquerdo aumentado, irregular, com aumento de vascularização ao doppler, classe 4. A paciente foi submetida a biópsia incisional de papila em maio de 2018 e anatomopatológico de adenoma / papilomatose florida do mamilo. A ferida operatória evoluiu com difícil cicatrização e, após indicação em revisão de literatura, optou-se por ressecção cirúrgica de toda a papila em agosto de 2018, com mesmo anatomopatológico e ausência de critérios morfológicos de malignidade.</p> <p>CONCLUSÕES: Os relatos destacam-se pela raridade e importante diagnóstico diferencial com neoplasia mamária, sendo a avaliação anatomopatológica essencial para a elucidação. O prognóstico é bom e o tratamento é cirúrgico.</p>	<p>HERNIA HIATAL GIGANTE: RESULTADO DO TRATAMENTO CIRURGICO</p> <p>Daniel Ferraz de Oliveira Barros, Fernando Maciel Ramalho Medeiros, Ligia Ayres de Souza, João Almiro Ferreira Filho, Gustavo de Assis Mota, Rafael Kemp, José Sebastião dos Santos, Ajith Kumar Sankarankutty</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Hérnia hiatal gigante é definida por herniação de ao menos 30% do estômago para dentro da cavidade torácica, embora não exista uma definição uniforme na literatura. Sua incidência representa 0,3 a 3% de todas as hérnias hiatais e pode causar sintomatologia ampla, caracteristicamente incluindo pirose, disfagia, anemia ferropriva e desconforto ou dor pós-prandial. A correção cirúrgica via laparoscópica é a mais recomendada. O objetivo deste estudo é avaliar os resultados da correção cirúrgica por via laparoscópica da hérnia hiatal gigante de 13 pacientes.</p> <p>MÉTODO: O estudo é descritivo observacional, realizado por análise retrospectiva dos prontuários de 13 pacientes, consecutivos, submetidos ao tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2018, no serviço de cirurgia digestiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. As variáveis coletadas são referentes a 3 períodos distintos: Pré-operatório (I), Ato cirúrgico (II) e Pós-operatório (III) - (6 meses PO, 2 anos PO). As variáveis coletadas incluem dados sócio-demográficos, clínicos, referentes ao tratamento e aos desfechos. A análise dos dados foi realizada com o SPSS versão 22.</p> <p>RESULTADOS: Período pré-operatório (I): idade média de 65 anos (desvio padrão de 9,88), IMC médio igual a 34 kg/m² (desvio padrão 4,9). Sintomas mais prevalentes: pirose (92,3%), regurgitação (69,2%) e disfagia (69,2%). 76,9% usavam de inibidores da bomba de prótons. Obesidade (76,9%) e hipertensão arterial (65,5%) se mostraram comorbidades frequentes. 92,3% foram classificados como ASA II e 7,7% como ASA I. Ato cirúrgico (II): Todas as cirurgias foram realizadas por via laparoscópica, havendo uma conversão para via laparotômica (laceração da cápsula esplênica com necessidade de esplenectomia). Utilizou-se de tela para fechamento da crura em 1 cirurgia. Um paciente apresentou uma intercorrência clínica (fibrilação atrial de alta frequência). Pós-operatório (III): sintoma mais prevalente foi regurgitação (15,4%). 4 pacientes (30,8%) apresentaram um ou mais sintomas. Destes, somente 2 (15,4%) mantiveram sintomatologia após 2 anos, sendo evidenciada recidiva em 1 deles (7,7%).</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento laparoscópico da hérnia hiatal gigante é eficaz, evidenciado pela melhora clínica importante e desfechos satisfatórios. Houve recorrência única e um paciente necessitou conversão para cirurgia aberta. Precisamos de um seguimento maior desse coorte de pacientes, de 5 a 10 anos, para avaliarmos a taxa de recidiva a longo prazo.</p>
<p>PO 350-2</p> <p>HIPEC ASSOCIADA AO CANCER DE OVARIO</p> <p>Francisca Maria Tavares da Rocha, Oswaldo Bezerra Cascudo Filho, Milena Maria Gabrielle Silva, Tafaél Menezes Barros, Renata Leite Manguiera, Mariana Quevedo Muniz da Silva, Thays Ayane de Albuquerque, Geraldo Camilo Neto</p> <p><i>FAMENE - Joao Pessoa - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a quimioterapia intraperitoneal hipertermica(HIPEC) associado ao câncer de ovário para investigar se a adição a cirurgia citoredutora intervalada melhoraria os desfechos entre pacientes que estavam recebendo quimioterapia para câncer de ovário pois o tratamento atual do câncer de ovário consiste em cirurgia citoredutora (CRS) e quimioterapia sistêmica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão Integrativa de caráter analítico construída a partir de artigos publicados na plataforma National Library of Medicine (PubMed) e sobre câncer de ovário. Foi definido como critério de escolha artigos publicados nos anos de 2016, 2017 e 2018. Devido a escassez de artigos não foram descritos dados anteriores relevantes à pesquisa que descrevam com maior detalhamento o uso do HIPEC em câncer de ovário. Para a pesquisa não foi limitado o idioma na tentativa de obter quantidade relevante de referencia teórica.</p> <p>RESULTADOS: O câncer de ovário está associado a maior mortalidade de todos os cânceres ginecológicos no mundo ocidental. A maioria dos pacientes recebe um diagnóstico de doença avançada que se espalhou para além dos ovários até a superfície peritoneal. Portanto, o tratamento mais eficaz para doença avançada envolve um esforço máximo para reduzir a carga tumoral através de cirurgia seguida por ciclos de quimioterapia intravenosa com carboplatina e paclitaxel. O tratamento do câncer de ovário em estágio avançado recém-diagnosticado geralmente envolve cirurgia citoredutora e quimioterapia sistêmica. Diante desse quadro, foi conduzido um estudo para investigar se a adição de quimioterapia intraperitoneal hipertermica (HIPEC) e de cirurgia citoredutora intervalada melhoraria os desfechos entre pacientes que estavam recebendo quimioterapia neoadjuvante para câncer epitelial de ovário em estágio III. Entre os pacientes resultou em sobrevida livre de recidiva e sobrevida global mais longa do que a cirurgia isolada e não resultou em taxas mais altas de efeitos colaterais. Demonstrou-se que o tratamento combinado com quimioterapia intravenosa e intraperitoneal prolonga a sobrevida global após cirurgia citoredutora primária em pacientes com câncer ovariano em estágio III. Assim a hipertermia aumenta a penetração da quimioterapia na superfície peritoneal e aumenta a sensibilidade do câncer à quimioterapia ao prejudicar o reparo do DNA como também induz apoptose e ativa protease de choque térmico que servem como receptores para assassinas naturais, assim como inibem a angiogênese e tem um efeito citotóxico direto ao promover a desnaturação de protease. A técnica foi administrada no final do procedimento cirúrgico citoredutor com uso da técnica aberta.</p> <p>CONCLUSÕES: Os resultados indicam que entre as mulheres com câncer de ovário, HIPEC resultou em mais sobrevida do que a cirurgia citoredutora sozinha desempenhando um papel importante na sobrevivência de pacientes com recorrência em um câncer ovariano inicialmente avançado.</p>	<p>PO 354-1</p> <p>TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO ESOFAGO NA BAHIA NO PERIODO DE 2014 A 2018.</p> <p>Anderson Rodrigues Dourado Bastos, Carolina Matos Dórea, Denise Carneiro de Oliveira, Diego Lopes Paim Miranda, Dyonatas Rodrigues da Mata, Hanna Mina dos Santos Corrêa, Izadora de Jesus Oliveira, Rafaela Manuela Barreto Suarez Solla</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a taxa de mortalidade hospitalar por neoplasia maligna de esôfago, no período de 2014 a 2018, no estado da Bahia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, realizado com base em dados oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis através do instrumento DATASUS, referentes ao período de 2014 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, observou-se um total de 4.166 internações hospitalares por câncer de esôfago, sendo o sexo masculino responsável por 75% do total de internações. No que diz respeito ao número de óbitos, foi registrado 805 mortes nesse período, o que representa uma taxa de mortalidade de 19,32%. O sexo masculino corresponde também a 75% do número de óbitos, mas a taxa de mortalidade é igual nos dois grupos. Em relação ao perfil dos pacientes que foram a óbito, cerca de 58% eram da cor parda. Quanto a faixa etária, o número de óbitos aumenta com a idade, atingindo o pico na sexta e sétima década de vida, representando 57% dos casos. O número de casos se manteve constante ao longo do período, porém a taxa de mortalidade tem apresentado uma tendência de queda, com redução de 11% entre os anos de 2014 e 2018.</p> <p>CONCLUSÕES: O estudo mostra um número significativamente alto da taxa de mortalidade por câncer de esôfago, em consideração ao período analisado, com destaque ao maior número de internações e de óbitos no sexo masculino, mesmo a taxa de mortalidade sendo a mesma quando comparados os grupos do sexo masculino e feminino. Além disso, o número de internações também foi expressivo. É importante considerar que mais da metade dos óbitos foram com pacientes da cor parda e a partir dos 60 anos de idade, e observar que houve uma redução de 11% na taxa de mortalidade. Esses dados reforçam a necessidade e a importância de novos estudos para o tratamento desse câncer e medidas de prevenção e diagnóstico eficazes. A principal limitação do estudo é compreender apenas os dados do Sistema Único de Saúde da Bahia, sem contar com as informações das redes privadas do estado.</p>

<p style="text-align: center;">PO 367-1</p> <p>IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SINDROME DEPRESSIVA DURANTE O PRE E POS-OPERATORIO DA CIRURGIA BARIATRICA.</p> <p>Leonardo Oliveira da Silva, Luyze Homem de Jesus, Lucas Pastori Steffen, Júlia Lubaczwski dos Santos, Maria Julia Sanquite</p> <p><i>Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os pacientes com indicação para cirurgia bariátrica geralmente possuem síndrome depressiva associada, estudos realizados anteriormente demonstram uma melhora do paciente pós cirúrgico, porém isso ocorre a curto prazo, o que leva ao abandono do tratamento psiquiátrico e a remissão dos sintomas. O artigo realiza uma revisão bibliográfica sobre depressão pós-bariátrica, reforçando a importância do acompanhamento e manutenção do tratamento psiquiátrico no período pós cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Efetuou-se uma pesquisa sistemática de bibliografia disponível na plataforma PubMed, Scielo e Lilacs no período de tempo compreendido entre 01/01/2015 e 31/12/2018. Foram utilizados os descritores "increased", "prevalence", "patients", "depression" e "bariatric surgery", obtendo um total de 11 artigos para leitura.</p> <p>RESULTADOS: A depressão é uma condição mental extremamente comum em pacientes que são submetidos a cirurgia bariátrica. Cerca de 25 a 30% dos candidatos à cirurgia apresentam depressão. De acordo com isso, os estudos mostram que o diagnóstico de depressão antes da realização do procedimento cirúrgico é um fator importante para evitar a autoagressão e o suicídio após a cirurgia. Isso evidencia a necessidade de avaliações psicológicas no pré-operatório e acompanhamento no pós-operatório. Os resultados encontrados sugerem uma menor prevalência de depressão pós-bariátrica em comparação com os pacientes pré-operatórios. Este resultado tende a persistir no em média até os 18 primeiros meses do pós-operatório e, a partir disso, começar um processo de recidiva dos sintomas concomitante há um aumento do IMC dos pacientes. Outro fator apontado foi que a cirurgia bariátrica altera os níveis de peptídeos como a grelina e o peptídeo YY que pode estar relacionado neurobiologicamente. Embora a cirurgia bariátrica melhore a qualidade de vida do paciente, proporcionando-o diminuição de peso, o impacto sobre os sintomas depressivos permanece incerto.</p> <p>CONCLUSÕES: Os estudos não possuem uma conclusão exata a respeito dos sintomas depressivos pós-cirúrgico. O que se sabe é que a cirurgia bariátrica não está associada ao aumento ou desenvolvimento de depressão nos primeiros 18 meses do pós-operatório. As explicações encontradas para os casos em que a depressão pós-bariátrica se apresenta como uma realidade é a existência de diagnóstico depressivo no pré-operatório ou o surgimento de problemas gastrointestinais no pós-operatório ou novo ganho de peso, que podem ser evitados com uma equipe qualificada. Por isso, os candidatos a cirurgia devem ser necessariamente encaminhados para uma avaliação psiquiátrica a fim de detectar qualquer distúrbio e, além disso, devem realizar um acompanhamento psiquiátrico principalmente no período pós-operatório onde o paciente tende a retornar com os sintomas. Sugere-se um novo estudo de acompanhamento psiquiátrico dos pacientes, a partir do décimo oitavo mês, para investigar a possibilidade da manutenção e redução dos sintomas depressivos e auto lesivos dos pacientes pós bariátricos.</p>	<p style="text-align: center;">PO 368-1</p> <p>ESTUDO EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM METODO DE CIRURGIA REVISIONAL POS DERIVAÇÃO GASTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: UMA ANÁLISE DO ACOMETIMENTO DE SINDROME DISPEPTICA NESTE GRUPO</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DANIEL COELHO, GABRIELA LIMA NÓBREGA, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO, LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL, LUIZ FELIPE MEDEIROS ROCHA, ANTONIO BRAZ SILVA NETO, DENED MYLLER BARROS LIMA</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever a frequência de sintomas dispépticos após um ano em pacientes submetidos à Gastrectomia Vertical + Bipartição de Trânsito Intestinal (GV + BTI) como estratégia de cirurgia revisional em dois tempos pós DGYR para perda de peso insuficiente.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, realizado com a revisão de prontuários de 38 pacientes previamente submetidos à DGYR no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Foram incluídos no estudo pacientes que tiveram uma perda de peso excedente inicial < 50% e apresentavam IMC > 35 kg/m², após a DGYR e que foram submetidos a cirurgia revisional, que consta de dois tempos cirúrgicos: no primeiro há a reversão do DGYR e no segundo tempo é realizado uma gastrectomia vertical + bipartição do trânsito intestinal (GV + BTI). Dos 38 pacientes, foram selecionados 26. Dentre os pacientes excluídos, 7 foram por falta de dados adequados no prontuário, 1 por recusa de realizar o segundo tempo após a reversão do DGYR e 4 porque ainda não foram submetidos ao segundo tempo cirúrgico. Dados obtidos no HUOL, entre 2016 e 2018, baseado na consulta realizada doze meses após a cirurgia revisional.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado numa população de 26 pessoas, sendo 21 (80,76%) mulheres. Do total, 9 (34,61%) dos pacientes apresentaram sintomas dispépticos, descritos como "queimação" ou dor em região retro-esternal ou epigástrica. Sintomas bem controlados com o uso de fármacos inibidores da bomba de prótons ou analgésicos comuns, sem a necessidade de nenhuma outra intervenção clínica ou cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÕES: Dos pacientes estudados, um percentual significativo apresenta algum tipo de sintoma dispéptico. No entanto, os sintomas são leves e bem controlados, não oferecendo assim alteração da qualidade de vida ou qualquer morbidade aos pacientes submetidos com GV + BTI pós DGYR.</p>
<p style="text-align: center;">PO 369-1</p> <p>ESTUDO RETROSPECTIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM METODO DE CIRURGIA REVISIONAL POS DERIVAÇÃO GASTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO DE IMC NESTA POPULAÇÃO</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DANIEL COELHO, GABRIELA LIMA NÓBREGA, AMANDA CARLA VALENTIM SOUZA, GUILHERME BASTOS PALITOT BRITO, LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL, SENIVAL ALVES OLIVEIRA JÚNIOR, DENED MYLLER BARROS LIMA</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever a alteração de IMC após um ano em pacientes submetidos à Gastrectomia Vertical + Bipartição de Trânsito Intestinal (GV + BTI) como estratégia de cirurgia revisional em dois tempos pós derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) para perda de peso insuficiente.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, realizado com a revisão de prontuários de 38 pacientes previamente submetidos à DGYR. Foram incluídos no estudo pacientes que tiveram uma perda do peso excedente inicial < 50% e apresentavam IMC > 35 kg/m², após a DGYR e que foram submetidos a cirurgia revisional, com uma estratégia que consta de dois tempos cirúrgicos: no primeiro há a reversão do DGYR e no segundo tempo é realizado uma GV + BTI. Dos 38 pacientes, foram selecionados 26. Dentre os pacientes excluídos, 7 foram por falta de dados adequados no prontuário, 1 por recusa de realizar o segundo tempo após a reversão do DGYR e 4 porque ainda não foram submetidos ao segundo tempo cirúrgico. Dados obtidos no Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN, entre 2016 e 2018, baseado na consulta realizada doze meses após a cirurgia revisional.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado numa população de 26 pessoas, sendo 21 (80,76%) mulheres. O IMC médio inicial (IMCi) dos pacientes no dia da cirurgia de reversão foi de 40,20kg/m² (mín. 33,7kg/m² e máx. 57,1 kg/m²) e no dia do segundo tempo cirúrgico foi de 42,86kg/m² (mín. 34,6kg/m² e máx. 62,4 kg/m²) um ganho médio de 6,6% no IMC. Sendo que no período entre o primeiro tempo e o segundo 2 pacientes não apresentaram alteração do peso e 3 deles perderam peso. Já na consulta após 12 meses do segundo procedimento, o IMC médio foi de 32,60kg/m² (mín. 23,2kg/m² e máx. 49,7 kg/m²), o que mostra uma perda média de 18,9% do IMC em relação ao estágio prévio à revisional. Do total, apenas 1 (3,84%) paciente ganhou peso após 12 meses da GV + BTI; enquanto 8 (30,7%) pacientes saíram do nível de obesidade e passaram a ter IMC < 30.</p> <p>CONCLUSÕES: Nosso estudo mostra que os pacientes têm uma perda de peso satisfatória após um ano da realização da cirurgia revisional. No entanto, faz-se necessário um acompanhamento dos casos a longo prazo, a fim de comprovar a manutenção da perda ponderal.</p>	<p style="text-align: center;">PO 369-2</p> <p>TAXAS DE MORTALIDADE POR CANCER DE LARINGE, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015</p> <p>Luiz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Vinícius Carvalho Cunha, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília (UnICEUB) - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever as taxas de mortalidade por câncer de laringe, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos ao melanoma maligno de pele representados pelo código CID-10 C32. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbito, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: um total de 96.228 óbitos foram registrados, 84.422 óbitos com câncer de laringe para o sexo masculino e 11.779 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de óbito por câncer de laringe, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (30,15%) são os mais acometidos e mulheres entre 60 e 69 anos (27,48%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciaram: taxa bruta para homens de 2,88; taxa padrão mundial de 3,78; taxa padrão Brasil de 3,92 e taxa bruta para mulheres de 0,39; taxa padrão mundial de 0,45; taxa padrão Brasil de 0,47.</p> <p>CONCLUSÕES: o presente estudo evidenciou que o sexo masculino (87,73%) apresenta mais óbitos por câncer de laringe do que o sexo feminino (12,27%) na análise dos últimos 37 anos. A idade mais prevalente de óbito pelo câncer de laringe para ambos os sexos foi entre 60 e 69 anos. O Brasil ainda apresenta taxas de óbitos maiores do que as taxas de óbitos mundial para ambos os sexos.</p>

PO 370-1	PO 371-1
<p>ESTUDO RETROSPECTIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM METODO DE CIRURGIA REVISIONAL POS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO INTESTINAL NESTA POPULAÇÃO</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DANIEL COELHO, GABRIELA LIMA NÓBREGA, LUIZ FELIPE MEDEIROS ROCHA, ANTONIO BRAZ SILVA NETO, DENED MYLLER BARROS LIMA, REBECCA GOMES FERRAZ, SENIVAL ALVES OLIVEIRA JÚNIOR</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o padrão intestinal dos pacientes após um ano em pacientes submetidos à Gastrectomia Vertical + Bipartição de Trânsito Intestinal (GV + BTI) como estratégia de cirurgia revisional em dois tempos pós derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) para perda de peso insuficiente.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, realizado com a revisão de prontuários de 38 pacientes previamente submetidos à DGYR. Foram incluídos no estudo pacientes que tiveram uma perda do peso excedente inicial < 50% e apresentavam IMC > 35 kg/m², após a DGYR e que foram submetidos a cirurgia revisional, que consta de dois tempos cirúrgicos: no primeiro há a reversão do DGYR e no segundo tempo é realizado uma GV + BTI. Dos 38 pacientes, foram selecionados 26. Dentre os pacientes excluídos, 7 foram por falta de dados adequados no prontuário, 1 por recusa de realizar o segundo tempo após a reversão do DGYR e 4 porque ainda não foram submetidos ao segundo tempo cirúrgico. Dados obtidos no Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN, entre 2016 e 2018, baseado na consulta realizada doze meses após a cirurgia revisional.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado numa população de 26 pessoas, sendo 21 (80,76%) mulheres. No total, 13 (50%) pacientes apresentaram diarreia, sendo o número médio de 4,16 evacuações diárias e 7 (26,92%) pacientes apresentaram ainda queixas fezes líquidas. Dos 13 pacientes com diarreia, 3 (11,53%) pacientes evoluíram de forma mais grave, chegando a ter desnutrição proteico - calórica e com necessidade de uma cirurgia para alongamento da alça intestinal para tratar a diarreia, após um ano da GV + BTI. Todas com sucesso. 7 (26,92%) dos pacientes passaram a ter queixas com relação ao excesso de gases e flatos, mas nenhum deles precisou de tratamento específico para tratar o problema. Totalizando 15 (57,69%) pacientes com alterações gastrointestinais (diarreia e / ou flatulência patológica).</p> <p>CONCLUSÕES: Um número expressivo de pacientes apresentam alteração na função intestinal após o nosso modelo de cirurgia revisional. O fato de três pacientes necessitarem de uma nova intervenção para alongamento de alça intestinal pode ser indicativo que precisamos ajustar nossa técnica.</p>	<p>A CIRURGIA BARIÁTRICA E SEUS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS</p> <p>Rafael Rodriguez Teixeira de Carvalho, Natalia Sampaio Freitas, Luciano Teixeira de Carvalho, Ivanice Bezerra da Silva Gomes, Daniel Sarmento Bezerra, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo verificar junto a literatura atualizada quais os principais distúrbios nutricionais adquiridos após o procedimento da cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nas bases de dados foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, disponibilizados no site http://decs.bvs.br/. Os descritores – bariátrica e nutrição - foram pesquisados usando-se o português como idioma. Os fatores de inclusão foram artigos gratuitos pertencentes ao ano de 2015 redigidos em português. A pesquisa na BVS encontrou um total de 20 artigos, sendo que apenas 7 se incluíam nos fatores de inclusão.</p> <p>RESULTADOS: O estudo de Silveira-Júnior (2015), observou que a deficiência de vitamina D entre os pacientes operados triplicou em seis meses, o que resulta em queda da imunidade e a suscetibilidade a processos infecciosos. O cálcio manteve queda entre 3,4% e 5,1%, respectivamente, no referido período. E a anemia dos pacientes duplicou dentro dos seis meses; contudo as taxas de ferritina e proteína mantiveram-se estáveis (SILVEIRA - JÚNIOR et al., 2015). De qualquer forma, ao menos 25% dos pacientes submetidos à bariátrica sofrem de desnutrição de proteínas e calorias. E a deficiência proteica implica em má proliferação de fibroblastos, angiogênese e produção de colágeno (NIRUJOGI; ZOPFI, 2015). Normalmente, pode ocorrer anemia após semanas, e até meses, do pós-operatório e possui como principais fatores causadores a redução do fator intrínseco, aclorridia, úlceras pépticas e sangramentos diversos; além da má absorção causada proposadamente pela técnica (RAMOS et al., 2015). A deficiência nutricional mais comum e mais antiga relacionada a cirurgia bariátrica é a do ferro que implica na falta de ingestão do complexo heme ou da acidez estomacal ineficaz. Outro fator bastante importante para a nutrição do paciente que se submete ao procedimento cirúrgico-bariátrico diz respeito aos níveis de ácido fólico, já que pelo menos 38% dos pacientes apresentam redução dos índices do mesmo. Complicações nutricionais importantes após a cirurgia indicam a avitaminose D e a anemia como as de maior relevância para o tratamento clínico e consequentemente as que demandam maior atenção dos profissionais, onde a primeira está presente em no mínimo 30% dos pacientes e a segunda em 22%. (SILVEIRA - JÚNIOR et al., 2015).</p> <p>CONCLUSÕES: Os pacientes que se submetem a cirurgias de restrição ou má absorção como a bariátrica devem fazer o acompanhamento com vários meses de antecedência para que haja um roteiro de metas e ações tanto do ponto de vista clínico como nutricional; assim, as comorbidades comuns ao processo serão evitadas e o objetivo almejado tanto pela equipe médica quanto pelo próprio paciente possa ser atingido.</p>
<p>PO 372-1</p> <p>ESTUDO RETROSPECTIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM METODO DE CIRURGIA REVISIONAL POS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: A INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DE DUMPING</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DANIEL COELHO, VICTÓRIA TEIXEIRA LEITE, LETÍCIA MORAIS ANDRADE, GABRIELA LIMA NÓBREGA, LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL, LUIZ FELIPE MEDEIROS ROCHA, ANTONIO BRAZ SILVA NETO</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever a incidência de síndrome de dumping após um ano em pacientes submetidos à Gastrectomia Vertical + Bipartição de Trânsito Intestinal (GV + BTI) como estratégia de cirurgia revisional em dois tempos pós derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) para perda de peso insuficiente</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, realizado com a revisão de prontuários de 38 pacientes previamente submetidos à DGYR. Foram incluídos no estudo pacientes que tiveram uma perda do peso excedente inicial < 50% e apresentavam IMC > 35 kg/m², após a DGYR e que foram submetidos a cirurgia revisional, que consta de dois tempos cirúrgicos: no primeiro há a reversão do DGYR e no segundo tempo é realizado uma GV + BTI. Dos 38 pacientes, foram selecionados 26. Dentre os pacientes excluídos, 7 foram por falta de dados adequados no prontuário, 1 por recusa de realizar o segundo tempo após a reversão do DGYR e 4 porque ainda não foram submetidos ao segundo tempo cirúrgico. Dados obtidos no Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN, entre 2016 e 2018, baseado na consulta realizada doze meses após a cirurgia revisional.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado em uma população de 26 pessoas com idade média de 47,2 anos. Os episódios relatados eram quase em sua maioria esporádicos e autolimitados, associados a ingestão de doces e alimentos gordurosos. Do total, 12 (46,15%) pacientes apresentaram síndrome de Dumping, sendo que destes, 6 (23,07%) apresentaram apenas após o segundo tempo da cirurgia (GV + BTI) e 3 (11,53%) pacientes apresentavam síndrome de Dumping desde a realização da DGYR.</p> <p>CONCLUSÕES: A incidência de síndrome de Dumping em pacientes submetidos às cirurgias bariátricas é elevada. Os nossos dados corroboram com os da literatura vigente, sendo assim, nosso método de cirurgia revisional pode ser bem aceito de acordo com esse parâmetro. Mais estudos devem ser feitos e com um seguimento dos pacientes mais prolongado, a fim de nos dar mais dados sobre a cirurgia revisional.</p>	<p>PO 373-1</p> <p>ESTUDO RETROSPECTIVO EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM METODO DE CIRURGIA REVISIONAL POS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE: RELAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO FÍSICO E A PPEP</p> <p>CARLOS ANTONIO SOUZA FILHO, DANIEL COELHO, LETÍCIA MORAIS ANDRADE, VICTÓRIA TEIXEIRA LEITE, GABRIELA LIMA NÓBREGA, REBECCA GOMES FERRAZ, GUILHERME BASTOS PALITTO BRITO, LAVIER KELVIN HOLANDA VIDAL</p> <p><i>HUOL - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a influência dos exercícios físicos na Perda Percentual do Excesso de Peso (PPEP) após um ano em pacientes submetidos à Gastrectomia Vertical + Bipartição de Trânsito Intestinal (GV + BTI) como estratégia de cirurgia revisional em dois tempos após derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) para perda de peso insuficiente.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo, descritivo, realizado com a revisão de prontuários de 38 pacientes previamente submetidos à DGYR. Foram incluídos no estudo pacientes que tiveram uma perda do peso excedente inicial < 50% e apresentavam IMC > 35 kg/m², após a DGYR e que foram submetidos ao nosso protocolo de cirurgia revisional, que consta de dois tempos cirúrgicos: no primeiro há a reversão do DGYR e no segundo tempo é realizado uma GV + BTI. Dos 38 pacientes, foram selecionados 26. Dentre os pacientes excluídos, 7 foram por falta de dados adequados no prontuário, 1 por recusa de realizar o segundo tempo após a reversão do DGYR e 4 porque ainda não foram submetidos ao segundo tempo cirúrgico. Dados obtidos no HUOL, entre 2016 e 2018, baseado na consulta realizada doze meses após a cirurgia revisional.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi realizado numa população de 26 pessoas, sendo 21 (80,76%) mulheres. Da amostra, 7 (26,92%) praticam exercícios regulares, desde caminhadas e ciclismo a exercícios anaeróbicos. Esses 7 pacientes obtiveram uma PPEP de 61,07%. Já a população de sedentários, teve uma PPEP de 67,48%.</p> <p>CONCLUSÕES: Nosso estudo mostra que, para os pacientes submetidos à cirurgia revisional pós DGYR com reversão e GV + BTI, a prática de exercícios físicos regulares não é condicional para uma maior PPEP. Ainda sim, os exercícios físicos devem ser sempre estimulados, haja vista todos os outros inúmeros benefícios já comprovados pela ciência. Outros estudos precisam ser feitos, para analisar os efeitos dos exercícios a longo prazo.</p>

<p style="text-align: center;">PO 377-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INTERCORRÊNCIA CIRÚRGICA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA ENTRE 2013 E 2018</p> <p>Luísa Freire Barcelos, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Camila Taveira de Castro, Natália Francis Gonçalves Farinha, Paula Andreza Loures, Yara Aguiar Serafim, Hortência Freire Barcelos</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes internados e dos que foram a óbito por intercorrência cirúrgica pós cirurgia bariátrica, no Brasil no período de 2013 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico baseado na análise de dados oferecidos pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) com recorte temporal de janeiro de 2013 a novembro de 2018. A análise foi feita por meio de percentuais segundo ano de atendimento, região do país, unidades da federação e caráter de atendimento.</p> <p>RESULTADOS: Entre os anos 2013 e 2018, 456 pacientes foram internados devido intercorrência cirúrgica por cirurgia bariátrica no Brasil. Essas complicações incluem: obstrução intestinal, fistula na linha de grampeamento, sangramento gastrointestinal, estenose de anastomose, ulceração marginal, fistula gástrica e incorreta reconstrução da alça em Roux. Observou-se que o ano com a menor quantidade de internações foi 2013 com 3,2% do valor total. A partir de 2014, houve um aumento gradativo e sucessivo desse valor, que culminou com o maior número de internações em 2018, revelando um total de 126 internações, isto é, 27,6% do total. Durante esse período, as internações predominaram na região sul, representando 70% das internações; seguida da região sudeste, 20,2%. Nas unidades da federação, Paraná sobressaiu, com 294 internações, 64,4% do total. Assim como as internações, os óbitos aumentaram ao longo dos anos; no ano de 2013 não há registros de óbitos enquanto, em 2018, registrou-se a maior quantidade de óbitos entre esses anos, correspondendo a 12 casos. Em todo o Brasil, a região sul apresentou a maior quantidade de óbitos, 23 (69,6% da totalidade), seguida das regiões sudeste e nordeste, com percentuais de 24,2% e 6%, respectivamente. O estado de Paraná lidera o ranking, sendo responsável pelo registro de 63,3% dos óbitos. O número de internações e de óbitos, cresceram de forma proporcional ao número de procedimentos realizados. O ano de 2013 foi o ano com o menor número de procedimentos: 6.623. Em 5 anos, houve um aumento de 60,43%, culminando em 10,625 procedimentos em 2018. No intervalo 2013 a 2018, o número total de procedimentos foi de 49.202. O estado do Paraná corresponde à cerca de 92% do número total.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com o estudo, a quantidade de internações e de óbitos por intercorrência cirúrgica pós cirurgia bariátrica vem aumentando ao longo dos anos. Esse fato está relacionado ao aumento no número de procedimentos devido ao crescimento da obesidade no Brasil. A obesidade é uma doença de prevalência crescente, com proporções epidêmicas e que possui aspectos multifatoriais e complexos. Estes, devem ser considerados na profilaxia à intercorrências no pós-operatório. Os serviços hospitalares, devem compor uma equipe multidisciplinar que agirá na atenção ao obeso, individualizando o acompanhamento de acordo com as suas particularidades e riscos.</p>	<p style="text-align: center;">PO 377-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOR ABDOMINAL NO PRONTO SOCORRO PRIVADO DE SERGIPE NO PERÍODO DE 2015 A 2018 EM ARACAJU-SE</p> <p>Márlia Alves Menezes, Flávia Pereira da Silva, João Vinícius Santos Lima, Luma Carolyne Araujo Costa, Marina Maria Santos Alves</p> <p><i>Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Aferir a epidemiologia das causas de dor abdominal no pronto socorro em um hospital privado do estado de Sergipe.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, delineamento transversal e abordagem qualitativa, o qual obteve como ferramenta de coleta de dados análise de prontuários do hospital privado de Sergipe, dos pacientes com dor abdominal no pronto socorro do período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 7493 prontuários no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Dentre esses, 6,63% permaneceram em estado de observação. Em relação ao perfil epidemiológico analisado constatou-se que 43,41% eram do sexo masculino e 56,59% eram do sexo feminino. Em relação aos pacientes que foram submetidos à internação, foram observados em 4,99% dos casos e dentre esses, 33,68% eram do sexo masculino e 66,31%, feminino. Também foi possível analisar que 76,55% deles receberam alta hospitalar. Também foi coletado que 16,57% eram da faixa etária de adolescentes, do sexo masculino e, 14,17% eram adolescentes do sexo feminino do total colhido</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, por fim, que o perfil epidemiológico dos pacientes cirúrgicos no pronto socorro do hospital privado de Sergipe é constituído por 66,31% do sexo feminino, adultas, e a localização da dor em sua maioria, em fossa ilíaca direita.</p>
<p style="text-align: center;">PO 378-1</p> <p>VIDEOCIRURGIA VERSUS CIRURGIA TRADICIONAL, A EVOLUÇÃO DA MEDICINA EM PROL DA SAÚDE HUMANA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</p> <p>JÉSSICA ARAÚJO FERREIRA, PAOLA DOS SANTOS DIAS, LUCAS EMANNUEL DOS SANTOS BORDALLO, PATRÍCIA SARRAF PAES, ANA FLÁVIA ALTIERI LOBO DOS SANTOS, MAYARA CRISTINA PEREIRA LOBO, SAULO WATANABE COSTA</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar a importância da experiência de um estágio supervisionado na área de cirurgia bariátrica em prol da melhoria do estado de saúde do paciente. Deste modo, a relevância deste trabalho está elencada a explicar acerca da experiência na prática cirúrgica, em que esta possa ser um incentivo para demais estudos que procurem pesar riscos e benefícios frente à prática da cirurgia aberta e da videocirurgia que envolve regiões estomacais e do intestino delgado.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo, do tipo relato de experiência em dois hospitais de referência em Belém/Pará, realizado durante os estágios supervisionados de acadêmicos de medicina proporcionados pela Liga Acadêmica Paraense de Cirurgia (LAPAC) durante o ano de 2018.</p> <p>RESULTADOS: No período do estágio foi possível ter contato com a rotina do bloco cirúrgico e, entre as diversas cirurgias observadas, destacou-se a cirurgia bariátrica, sendo a predominante a realizada por vídeo. Diante das indicações da cirurgia bariátrica em casos de indivíduos que apresentem IMC≥50 Kg/m² ou que apresentem IMC≥40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico por no mínimo dois anos, ou pessoas com IMC>35 kg/m² e com comorbidades, como alto risco cardiovascular e diabetes, sem sucesso no tratamento clínico por no mínimo dois anos, percebeu-se os benefícios do uso da videocirurgia, mediante o contato com a técnica cirúrgica de abertura mínima da cavidade abdominal, enquanto que, convencionalmente, as incisões são mais invasivas e mais tardias para cicatrização. Assim, durante a cirurgia bariátrica por vídeo o abdômen é distendido por meio da introdução de CO₂, que torna a pressão positiva, facilitando a introdução dos trocateres para não atingir as vísceras. Nesse sentido, pôde-se observar a técnica operatória através de incisões milimétricas e, por consequência, há a minimização de possíveis cicatrizes hipertróficas, hemorragias e infecções, de modo a favorecer a recuperação no pós-operatório. Isso facilita as vantagens da CVL, uma vez que proporciona a técnica minimamente invasiva tanto para o paciente, quanto para o médico, se comparada a laparotomia convencional - que expõe as estruturas e órgãos do corpo. Além disso, é válido ressaltar que a cirurgia aberta proporciona melhor visualização da anatomia para o acadêmico de medicina enquanto que a por vídeo é possível visualizar por outra perspectiva, necessitando reconhecer pequenos detalhes anatômicos para o maior entendimento.</p> <p>CONCLUSÕES: Em suma, a evolução dos equipamentos tecnológicos favoreceu a intervenção cirúrgica, em prol da manutenção da saúde dos cidadãos, de forma menos traumática possível, que favorece a inserção deles no meio em que se encontram, mediante a sua reabilitação. Da mesma maneira, essa técnica torna-se imprescindível no ensino-aprendizagem dos acadêmicos de medicina, uma vez que contribui grandemente sobre a explanação de conhecimentos cirúrgicos e de reabilitação do indivíduo com sobrepeso.</p>	<p style="text-align: center;">PO 379-1</p> <p>CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA INFLUÊNCIA NA SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF</p> <p>Débora Cristiane Rocha Braga, Nathália Lima Diniz, Jordano Pereira Araújo, Elaine Júlian da Fonseca, Ana Cláudia Peres Costa, Paula D'Ávila Sampaio Tolentino, Ana Couto de Melo, Gabriela Ramos do Amaral</p> <p><i>Uniceplac - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade corresponde a uma condição clínica de etiologia multifatorial e de grande relevância epidemiológica. O tratamento cirúrgico é uma das modalidades de tratamento da obesidade grave que, no entanto, apresenta algumas complicações bem descritas, entre as quais está a síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK). O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da literatura sobre a síndrome.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma busca nas bases de dados Pubmed e Scielo com os seguintes descritores: "cirurgia bariátrica", "síndrome de wernicke-korsakoff" e "cirurgias bariátricas restritivas". Os trabalhos encontrados foram submetidos a uma leitura crítica.</p> <p>RESULTADOS: A cirurgia bariátrica é composta por cirurgias ditas disabsorptivas, restritivas e mistas. Quando realizadas, frequentemente ocorrem deficiências nutricionais geradoras de complicações. Uma complicação pouco comum, mas de alta mortalidade, é a síndrome de Wernicke-Korsakoff. Essa síndrome é caracterizada pela deficiência de vitamina B1 (tiamina) que é absorvida no intestino delgado. Ela é responsável pela transformação de glicose em energia (ATP) e entra na síntese de alguns neurotransmissores. Embora todas as células necessitem dessa vitamina, as células cardíacas e nervosas são as mais afetadas pela deficiência de tiamina resultando principalmente em encefalopatias e alterações cardiovasculares. A síndrome de wernicke corresponde à tríade de nistagmo, ataxia e confusão mental, enquanto que a psicose de Korsakoff é marcada pela alteração da memória recente, confabulação e diminuição do aprendizado. A SWK é mais frequente em cirurgias restritivas e quando o paciente apresenta vômitos intensos. Dentre as cirurgias restritivas, estão a gastroplastia vertical com bandagem, balão intragástrico e bandagem gástrica ajustável por vídeo. Para o diagnóstico da SWK, deve-se usar como base os achados clínicos e a ressonância magnética de crânio. O tratamento é feito através da administração endovenosa de tiamina na dose de 100 mg por dia e suporte nutricional. O bom prognóstico depende da suspeita diagnóstica e tratamento precoce uma vez que essa síndrome pode apresentar sequelas graves.</p> <p>CONCLUSÕES: O conhecimento da Síndrome de Wernicke-Korsakoff é de suma importância para o cirurgião que atua em cirurgia bariátrica, pois o tratamento precoce pode evitar graves complicações e diminuir o número de mortes.</p>

PO 381-1	PO 381-3
<p>ANÁLISE ESTATÍSTICA DA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO</p> <p>Iago Moura Aguiar, Cicero Felipe Paes de Araujo Costa, Henrique Cezar Tenório Alves da Silva, Igor Leão Gomes Leahy, Fernanda Helena Baracuhya da Franca Pereira, Valéria Andrade Calado, Gabriela Conceição Gomes, José Leidson de Almeida Holanda</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise estatística da realização de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no Brasil nos últimos 11 anos, levando em consideração a distribuição geográfica, o número de internações para realização deste procedimento, o número de óbitos e a taxa de mortalidade.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2008 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: A cirurgia bariátrica por videolaparoscopia é uma cirurgia de redução gástrica que é realizada com uma técnica moderna, menos invasiva e mais confortável para o paciente. De dezembro de 2008 a dezembro de 2018, foram emitidos um total de 251 autorizações de internações hospitalares para realização de gastrectomia por via videolaparoscópica. Destas, o maior número de internações ocorreu na região Sudeste 165 (65,74%), principalmente em São Paulo onde foram registrados 98 procedimentos, enquanto que a região Sul apresentou o menor número de internações com 16 casos (6,37%). Notou-se 12 óbitos para este procedimento, o que resultou em uma taxa de mortalidade de 4,78 óbitos para cada 100 procedimentos realizados. O valor total gasto com o procedimento foi de R\$283.055,53 e a média de permanência para sua realização 10 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: A introdução de fast food na alimentação da população brasileira, a despreocupação em manter hábitos alimentares saudáveis e a pouca prática de exercícios físicos são fatores que influenciam na obesidade, por conseguinte, existe uma procura maior para a realização de cirurgia bariátrica. Em frente a esse cenário, foi observado um maior número de internações na região sudeste com índice de mortalidade variável e tempo de internamento prolongado. A obesidade, portanto, é um problema de saúde pública, sendo necessário ações de conscientização e prevenção com finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente.</p>	<p>APENDICECTOMIA ABERTA VERSUS VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA APENDICITE AGUDA: COORTE HISTÓRICA</p> <p>Vinicius Reimer Hillesheim, Gabriel Rodighiero, Andrea Romancini Laet, Ivana Loraine Lindemann, Lucas Duda Schmitz, Juarez Antonio Dal Vesco, Jorge Roberto Marcante Carlotto</p> <p><i>Universidade Federal da Fronteira sul - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A apendicite aguda é uma afecção que acometerá cerca de 8% da população ocidental em algum momento da vida. Com um pico de ocorrência entre os dez e os trinta anos de idade, é considerada a principal causa de abdome agudo não-traumático nas emergências. Seu tratamento é essencialmente cirúrgico, havendo evidências de que a intervenção precoce proporciona melhor prognóstico. No entanto, não há consenso sobre qual das duas técnicas disponíveis, cirurgia aberta ou videolaparoscopia (VLP), representa o padrão-ouro, não havendo também diretrizes padronizadas que indiquem um procedimento em detrimento do outro, de acordo com o perfil do paciente. Sabendo disso, o objetivo deste estudo foi analisar a casuística de um hospital de médio porte, comparar os resultados obtidos entre as duas técnicas e delinear o perfil de pacientes beneficiados por elas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, do tipo coorte histórica. Foram analisados todos os prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia entre dois de janeiro de 2017 e trinta e um de dezembro de 2017, num hospital de referência no norte do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por 164 pacientes, cujos dados epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos foram analisados em programa estatístico e compilados em formato de artigo científico.</p> <p>RESULTADOS: Dos 164 pacientes analisados, 55,5% eram do sexo masculino, a média de idade dos pacientes foi de 28,5 anos (+/-15,8), sendo a maioria (26,3%) com idade entre 21 e 30 anos. 53,7% dos pacientes foram submetidos à abordagem videolaparoscópica e o restante à técnica aberta. Entre toda a amostra não ocorreu nenhum óbito, sendo que 86,6% apresentaram apêndices hiperêmicos e edematosos, ou seja, em fase não complicada, evidenciando a abordagem precoce bem-sucedida. 13,4% dos pacientes, contudo, não demonstraram alterações no apêndice cecal. Entre a população feminina, 60,3% realizou VLP, ao passo que na população masculina, não houve diferenças significativas no tipo de abordagem. A taxa de complicação pós-operatória geral foi de 6%, e o tempo de internação foi maior nos pacientes submetidos à cirurgia aberta.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de não haver significância estatística, estudo evidencia uma tendência na instituição de realizar apendicectomia videolaparoscópica em pacientes do sexo feminino. Ademais, a abordagem videolaparoscópica mostrou-se superior à aberta no que tange às taxas de alta hospitalar precoce. No entanto, na análise realizada, a média de tempo cirúrgico foi menor na abordagem aberta. Assim, são necessárias análises adicionais para avaliar detalhadamente os desfechos mencionados e, dessa forma, definir qual o método de escolha para realizar a apendicectomia.</p>
<p>PO 383-1</p> <p>IMPACTOS CLÍNICOS E SOCIAIS DA CIRURGIA BARIÁTRICA/METABÓLICA COMO TRATAMENTO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 2</p> <p>Rafaela Aparecida Dias de Oliveira, André de Medeiros Borges, Taylane Kemelly Macedo Lemes, Gabriel Chiarotti da Costa, Lara Dias Castro Cavalcante, Vergílio Pereira Carvalho, Larissa de Assis Timpone, Adriana Vieira Macedo Brugnoli</p> <p><i>UnIRV - RIO VERDE - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os impactos clínicos e sociais da cirurgia metabólica como tratamento do DM2, sobretudo após a recente indicação do Conselho Federal de Medicina do tratamento cirúrgico para indivíduos com índice de massa corporal entre 30 kg/m² e 35 kg/m².</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo integrativa. Os métodos de análise de busca foram artigos indexados nas bases de dados eletrônicas: Scientific electronic library on-line, United States National Library of Medicine, New England Journal of Medicine e Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores e estratégia de pesquisa utilizados foram: type 2 diabetes mellitus, metabolic surgery, bariatric surgery e roux-en-Y gastric bypass. Dos 93 artigos encontrados, 7, sendo em inglês e português, dos últimos 15 anos, foram selecionados para leitura íntegra.</p> <p>RESULTADOS: Diversos estudos demonstram eficácia da cirurgia metabólica. Em estudo com 150 pacientes, divididos em três grupos: apenas tratamento clínico e bypass gástrico ou gastrectomia vertical aliados ao tratamento clínico, houve remissão do DM2 em 12% no primeiro grupo contra 39% no segundo (SCHAUER et al., 2012). 51 pacientes apresentavam IMC abaixo de 35kg/m². O Swedish Obese Subjects mostra remissão de 13% no grupo controle e 36% no cirúrgico. Higa et al. constatou taxa de 83% de remissão. Apenas 17% dos pacientes permaneceram nutricionalmente intactos, o que evidencia a necessidade de seguimento para tratar possíveis distúrbios nutricionais. Nesse sentido, ainda há muita discussão, sobretudo quanto às complicações em longo prazo, que podem afetar a saúde, ainda que com remissão do DM2. Kassir et al. aponta os efeitos pós cirurgia bariátrica, os quais se dividem em complicações pós operatórias como fístula e depleção nutricional. Um estudo realizado na UFPE avaliou a evolução ponderal e nutricional de 42 pacientes. Após 10 anos a remissão daqueles que possuíam DM2 foi de 50%. Essa baixa taxa é atribuída ao fato de serem pacientes das classes econômicas D e E. O acompanhamento nutricional foi de apenas 11,9%. Isto reforça nossa hipótese inicial de que há um pendur em pacientes de menor renda em abandonar o processo, afetando sua saúde com possíveis efeitos não só nutricionais, mas também psicológicos. Justino et al. destaca que a mudança corporal altera as relações sociais do paciente podendo levar à depressão. Bruziguessi, em pesquisa sobre os 6 meses pós cirurgia, aponta acompanhamento médico e nutricional sem influência socioeconômica, contudo o psicológico, o qual o plano de saúde não cobria, foi baixo - 13%.</p> <p>CONCLUSÕES: No geral, a cirurgia metabólica é eficaz no tratamento do DM2. Numa primeira análise, a expansão da cirurgia metabólica no SUS deveria ser incentivada. Todavia, não foram encontrados dados suficientes para analisar o pós cirúrgico desses pacientes na rede pública de saúde. Variáveis como a situação econômica do paciente e o suporte a ser oferecido pelo SUS no pós operatório devem ser consideradas para o sucesso final da cirurgia metabólica.</p>	<p>PO 383-3</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE POR APENDICITE NO BRASIL DOS ANOS DE 2012 A 2016</p> <p>Anna Clara Machado Gomes, Raissa Silva Frota, Vanessa Zorzini Mazer, Ana Julia Gonçalves Vila-Verde Álvares, Anna Flávia Rebouças Fernandes Borges Alves, Luciano Leão Bernardino da Costa</p> <p><i>Universidade de Rio Verde - Goianésia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente trabalho é realizar um levantamento epidemiológico sobre a mortalidade por apendicite no Brasil, entre os anos de 2012 a 2016, contabilizando as mortes antes ou pós tratamento cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: trabalho realizado com levantamento epidemiológico acerca da mortalidade por apendicite no país nas bases de dados do DATASUS e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A pesquisa data de 1º de janeiro de 2012 a 30 de novembro de 2016 com taxas de mortalidade calculadas com base nos registros do DATASUS. Processamento e análise de dados realizados por medidas de frequência observada, tendência central e dispersão com os seguintes programas: EpiInfoTM, TabWin e TabNet.</p> <p>RESULTADOS: De forma geral, o Brasil obteve 4721 óbitos relacionados a apendicite no período de 2012 a 2016. Ressalta-se que destes óbitos, 1381 ocorreram durante procedimentos cirúrgicos, seja por apendicectomia ou apendicectomia laparoscópica. O número de procedimentos cirúrgicos neste período foi de 535702 mil, resultando, portanto, numa taxa de mortalidade de 0,26%. Dentre as regiões da federação, o sudeste obteve o maior número de mortes por apendicite, com um número de 1974 mil falecimentos. Já a região norte teve 390 óbitos, o menor número em relação as demais regiões brasileiras. A região sudeste realizou 213070 mil apendicectomias laparoscópicas, ocorrendo 608 mortes, obtendo uma taxa de mortalidade brasileira de 0,29%. Diferentemente da região sul, que teve a menor taxa de mortalidade, sendo esta de 0,17% com 190 mortes de 113304 mil procedimentos. A maior discrepância, porém, foi observada na região nordeste, que representa o local de maior taxa de mortalidade brasileira, de 0,32%.</p> <p>CONCLUSÕES: A apendicite possui uma taxa baixa de mortalidade, com destaque para a região Norte que teve o menor número entre as regiões. Resultado este que diminui significativamente quando analisada a mortalidade durante procedimentos cirúrgicos por apendicectomia ou por apendicectomia laparoscópica, quando analisado, a região Sul obteve a menor mortalidade em tais aspectos, enquanto a região Nordeste apresentou os maiores valores nesse critério.</p>

PO 384-1	PO 385-1
<p>A IMPORTANCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO AO PACIENTE POS-CIRURGIA BARIATRICA</p> <p>ÍTALO SILVA CRUZ, Moisés Ederfânio Tavares Araújo, Ana Vitória Gonçalves Ribeiro, Amanda Maria Costa Silva, Dayrana Silva Furtado, Brenda Lacerda Silva, Ana Karolyne Souza Gomes, Larissa Moreira Torres</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE FMJ - JUAZEIRO DO NORTE - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar a importância do acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Utilizou-se para realização do presente trabalho uma revisão bibliográfica, na qual foram pesquisados artigos científicos publicados entre os anos de 2007 e 2017 nas bases de dados: Pubmed, Scielo, Medline e Google Acadêmico. Na pesquisa, utilizou-se os descritores: obesity and psychological care, bariatric surgery, morbid obesity. Foram selecionados dezesseis artigos, em idiomas português e inglês, dos quais, após a leitura de seus respectivos resumos, foram excluídos seis por não condizerem com a temática em questão, tendo usado dez para construção do trabalho.</p> <p>RESULTADOS: Dentre os diagnósticos psiquiátricos mais frequentemente observados nestes pacientes estão os transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar. Foram encontrados uma prevalência aumentada de transtorno depressivo nesta população, variando entre 29% a 51%. Quatro estudos de seguimento em longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica reportaram várias condições psiquiátricas como causas de morte no período pós-operatório, esses aspectos são relevantes para que o suicídio seja a principal ocorrência.</p> <p>CONCLUSÕES: A obesidade grau III é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de suma importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias.</p>	<p>TRATAMENTOS DE INTERCORRENCIAS CIRURGICAS X CLINICAS POS-CIRURGIA BARIATRICA: UM COMPARATIVO ENTRE AS REGIOES BRASILEIRAS</p> <p>INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO, MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, MARILIA REBECCA FERREIRA RODRIGUES, MAÍRA RODRIGUES TEIXEIRA CAVALCANTE</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar o número de tratamentos de intercorrências cirúrgicas e clínicas pós-cirurgia bariátrica no Brasil, analisando a ocorrência entre as regiões brasileiras nos últimos 6 anos, visto que esta é a opção de tratamento mais efetiva para a obesidade mórbida e um importante complemento a outras terapias de perda de peso e comorbidades associadas.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo ecológico retrospectivo, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), em que foram incluídos os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, no período de janeiro de 2013 à dezembro de 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados PubMed, LILACS e SciELO. Descritores cadastrados no DeCS: Cirurgia Bariátrica, obesidade, complicações.</p> <p>RESULTADOS: A cirurgia bariátrica é, atualmente, a melhor opção de tratamento para a obesidade mórbida, complementando a prática de outras terapias para o controle de peso e de comorbidades associadas ao excesso de adiposidade. Essa tem sido utilizada há décadas e um grande número de estudos tem mostrado sucesso terapêutico, porém, como toda cirurgia abdominal alta, não é isenta de complicações cirúrgicas e clínicas. Entre elas: cardíacas, respiratórias, tromboembolismo pulmonar, abscesso subfrenico, infecção de ferida operatória, fístulas, lesões esplênicas, evisceração/deiscência, hemorragias digestivas, trombose venosa profunda, neurológicas/renais, seroma de parede abdominal e obstrução intestinal. Nesses últimos 6 anos foram realizados 1.584 tratamentos de intercorrências clínicas pós-cirurgia bariátrica com 22 óbitos, o que resulta em 1,38% dos casos e 456 tratamentos de intercorrências cirúrgicas com 33 óbitos, resultando em 7,23% dos casos. A região com mais procedimentos realizados é a região sul que contabiliza 320 intercorrências cirúrgicas (70,17%) e 1065 intercorrências clínicas (67,23%), ficando a região sudeste em segundo lugar com 383 intercorrências clínicas (24,17%) e 92 intercorrências cirúrgicas (20,17%). Seguido pela região nordeste com 112 casos clínicos (7,02%) e 41 casos cirúrgicos (8,9%). Em penúltimo lugar a região centro-oeste com 15 casos clínicos (0,94%) e 2 casos cirúrgicos (0,43%), enquanto a região norte apresenta apenas 8 casos clínicos (0,50%) e 1 caso cirúrgico notificado (0,21%). Comparando os procedimentos realizados durante os 5 anos, houve um aumento progressivo no total de intercorrências nas regiões.</p> <p>CONCLUSÕES: O risco-benefício das operações para tratamento da obesidade mórbida deve ser encarado em um contexto na qual a mesma é uma doença crônica, progressiva e que aumenta consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes acometidos por essa afecção. Apesar do número elevado de tratamentos de intercorrências, apresenta baixas taxas de mortalidade cirúrgica e índices administráveis de complicações, o que explica o crescente aumento da sua realização.</p>
<p>PO 385-2</p> <p>PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA E A REDUÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA.</p> <p>Julia Pinho Costa, Ademario Cardoso Neto, Adolfo Rodrigues Neto, Murilo Pereira Cappellesso, Victoria Macedo Maia, Gustavo Leão, Jordão Aires Lustosa, Arthur Schmidt</p> <p><i>Faculdade São Francisco de Barreiras - barreiras - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A hipertensão intracraniana(HIC) é uma condição clínica que envolve a necessidade de extrema cautela em seu manejo. Bem como a necessidade do conhecimento das principais indicações vistas nos serviços de saúde para a instituição do método neurocirúrgico adequado afim de reduzir a pressão intracraniana(PIC). HIC trata-se de um quadro que acomete muitos pacientes em unidades de tratamento intensivo e que chegam aos serviços de saúde vítimas de trauma cranioencefálico(TCE), tendo como origem diferentes anormalidades, tanto do sistema nervoso central como sistêmicas. Sendo ainda uma das causas mais comuns de lesão cerebral secundária. A craniotomia descompressiva (CD) consiste em craniotomia unilateral e ampliação do espaço intradural por meio de plástica da dura-máter para que o cérebro tumefeito se acomode. Estudos recentes têm avaliado as indicações deste procedimento e seu específico sucesso em cada estágio temporário, visto ainda que esse procedimento se trata muitas vezes de uma conduta neurocirúrgica de emergência. O objetivo deste trabalho foi estabelecer as principais indicações da craniotomia descompressiva como resultado da elevação da pressão intracraniana.</p> <p>MÉTODO: Para alcançar este objetivo, foi feita uma listagem bibliográfica entre os anos de 1999 a 2016 com base nos dados Scielo, LILACS e a SONCEP, associação dos neurocirurgiões do estado de São Paulo. Para a busca, utilizou-se com base as seguintes palavras-chaves: "Hipertensão intracraniana"; "Trauma Cranioencefálico Grave"; "Cérebro Tumefeito". Foram selecionados 8 artigos com base na apresentação de condições patológicas que alteram a PIC, bem como a técnica cirúrgica instituída.</p> <p>RESULTADOS: Como resultado, as principais indicações vistas para o procedimento são principalmente vítimas de TCE, sendo os mais comuns causados por acidentes de trânsito e quedas, das quais repercutem com tumefação cerebral congestiva e hematomas intracranianos, como os extradurais, subdurais agudos e intracerebrais. Explosões lobares também foram vistas nesses pacientes. Vale destacar também que a CD é indicada mesmo para lesões não traumáticas, como por exemplo o infarto maligno da artéria cerebral média, que é definido como a ocorrência de edema cerebral intenso. De acordo com estudos neuropatológicos e de medicina legal, no que diz respeito a vítimas de TCE, lesões como hérnia para-hipocampal, hemorragia de Duret e infarto médio-basal occipital são indicadores fidedignos de que o paciente apresentou hipertensão intracraniana, tendo como critério a presença de necrose de pressão e as hemorragias focais.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados mostram que as indicações e sucesso do procedimento é especialmente observada se realizada na fase precoce do quadro, nos pacientes vítimas dos diversos resultados apresentados, dos quais são processos comprovados de aumento da PIC.</p>	<p>PO 386-3</p> <p>APENDICITE NA GRAVIDEZ</p> <p>Izabella Rodrigues Amorim, Paulo Grossi Soares, Thais Grossi Soares</p> <p><i>univ - goianesia - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Abordar a apresentação clínica, o diagnóstico, tendo em conta as evidências mais recentes.</p> <p>MÉTODO: Realizamos uma revisão de literatura nas bases de dados do LILACS e Google Acadêmico, incluindo artigos de 2014 a 2018, tendo como descritor "apendicite em gestantes". Foram encontrados 1.420 artigos, após leitura do título e resumo foram utilizados 30 artigos para nossa revisão.</p> <p>RESULTADOS: A apendicite aguda é a causa mais comum de dor abdominal que exige ação cirúrgica. O diagnóstico precoce é essencial para decrescer a morbidade da doença, cuja mortalidade é menor que 1%. Regularmente os sintomas e achados de exames laboratoriais são atribuídos às mudanças próprias da gravidez, atrasando a cirurgia. Apendicite apresentou-se comum entre adultos jovens, seus sintomas clássicos estão em 60% dos casos. Regularmente, a dor é dita, a princípio, como cólica leve, com duração usual de quatro a seis horas, localizada na região periumbilical ou epigástrica, situando-se no quadrante inferior direito, não encontrando diferenças nos sinais clínicos, sintomas e/ou testes laboratoriais. Em 60% dos casos surgem vômitos, náuseas e anorexia. Conforme a gravidez evolui a dor aparece com uma localização mais imprecisa, sempre mais forte no flanco direito ou na fossa ilíaca direita. O diferencial é que o útero em expansão desloca o apêndice para cima e para o lado, colocando-o por trás do útero e do ligamento largo. Assim, o ponto de maior sensibilidade fica encoberto pelo ligamento largo, atrapalhando o diagnóstico. A dor à descompressão brusca é mais generalizada e o sinal de Rovsing apresenta uma regularidade maior de positividade (provavelmente pela diminuição do espaço entre o ceco e o útero gravídico). A rotura do apêndice ocorre em 10% no 1º trimestre, aumentando para 40% no 3º, mas a mortalidade é inferior a 10%. O diagnóstico continua sendo clínico. A realização de exames complementares tem como propósito evidenciar o diagnóstico, tendo a propedêutica complementar a leucocitose moderada de 10.000 a 18.000 células/mm³, com desvio para a esquerda.</p> <p>CONCLUSÕES: A apendicite na gestação continua sendo problema médico de importância e de elevada prevalência. Seu diagnóstico continua sendo clínico, apesar da evolução tecnológica, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada.</p>

PO 387-1	PO 390-1
<p>REPERCUSSÕES CLÍNICAS DA CIRURGIA METABÓLICA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2</p> <p>Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Ivys Souza Marinho, Hirley Rayane Silva Balbino de Melo, Lorraine Rezende de Souza, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Maria Lavínia Brandão Santiago, Lucas Pacheco Vital Calazans</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Discutir as variações da CM, bem como demonstrar a eficiência do tratamento no contexto da diabetes melito tipo 2 (DMT2).</p> <p>MÉTODO: Revisão de literatura, no qual foram analisados artigos científicos das bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed entre os anos de 2012 e 2017. Foram utilizados os seguintes descritores: cirurgia metabólica, diabetes melito tipo 2 e obesidade. Dos 57 artigos encontrados, foram utilizados 12 nos idiomas inglês e português.</p> <p>RESULTADOS: O diabetes melito (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. É uma das quatro enfermidades não transmissíveis (ENT) selecionadas pelos dirigentes mundiais para intervenção com caráter prioritário. Mesmo com o avanço do tratamento clínico grande parcela de doentes permanece fora da meta de controle almejada devido às dificuldades de manutenção a longo prazo. Neste contexto, a cirurgia metabólica (CM) representa uma maneira efetiva e duradoura para atingir o controle de fatores de risco metabólico. Em virtude disso, é fundamental discutir as variações da CM, bem como demonstrar a eficiência do tratamento no contexto da diabetes melito tipo 2 (DMT2). A CM consiste em reduzir o estômago ou alterar a capacidade absorptiva com o propósito de reduzir o peso e, por conseguinte, obter o controle eficaz das comorbidades associadas. As técnicas cirúrgicas puramente restritivas têm se mostrado inferiores no tratamento do DMT2 quando comparadas a outras técnicas. Por exemplo, a gastroplastia vertical de Mason está praticamente em desuso no Brasil, uma vez que os pacientes voltavam a recuperar o peso posteriormente a cirurgia, além do fato de esse método ter se mostrado inferior no que se refere aos resultados ponderais e metabólicos. Já os procedimentos considerados disabsorptivos (que objetivam diminuir a capacidade de absorção do intestino) mostraram-se eficazes tanto na diminuição do peso quanto na melhora da sensibilidade à insulina. Uma das versões da técnica disabsorptiva é a cirurgia de Scopinaro, através da qual o paciente tem uma perda de peso média de 80% sobre o peso excessivo, além de reverter o Diabetes em 85% dos casos. Dessa forma, o reconhecimento do papel dos hormônios digestivos no controle glicêmico na homeostase energética conduziu a uma nova visão dos mecanismos subjacentes à CM.</p> <p>CONCLUSÕES: Na maioria dos pacientes, a perda de peso induzida pela CM resulta em resolução completa do DMT2. Essa resolução é definida pela retirada de todos os medicamentos para diabetes em conjunto com algumas evidências de controle glicêmico. Quando arraigadas às mudanças do estilo de vida para atingir as metas do controle da doença, a eficácia do tratamento é ainda melhor. Os resultados são de difícil manutenção a longo prazo. É necessário o apoio da equipe multiprofissional a fim de garantir a continuidade.</p>	<p>A INFLUENCIA DA CIRURGIA METABÓLICA EM PACIENTES COM SONOLENCIA DIURNA EXCESSIVA: UMA REVISAO</p> <p>Vergílio Pereira Carvalho, Rafaela Aparecida Dias de Oliveira, João Emílio Hanum Paes, Daniela Textor, Lara Dias Castro Cavalcante, Lilian Martins Lacerda, Matheus Hellu Diniz, Jair Pereira de Melo Júnior</p> <p><i>UniRV - RIO VERDE - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Investigar a melhoria da sonolência diurna excessiva em pacientes submetidos a cirurgia metabólica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão bibliográfica, a avaliação crítica da qualidade dos artigos originais foi realizada, particularmente por um instrumento contemporâneo desenvolvido por Downes MJ, Brennan ML, Williams HC, et al. (2016) "APPRAISAL TOOL TO ASSESS THE QUALITY OF CROSS-SECTIONAL STUDIES (AXIS)".</p> <p>RESULTADOS: Compreende-se que maiores níveis de marcadores inflamatórios foram encontrados em pacientes com obesidade e má qualidade do sono (ANDAKU et al., 2015). A restrição parcial do sono diminui a tolerância à glicose, eleva os níveis de cortisol na circulação, reduz a liberação do hormônio leptina e aumenta a secreção do hormônio grelina, culminando, respectivamente, com aumento da fome e do apetite (MELLO et al., 2017). Estudos com cirurgia metabólica demonstraram melhora na sonolência diurna excessiva no pós-operatório devido ao impacto da redução de peso (Katherine et al., 2013). A técnica de desvio biliopancreático (DBP) apresenta maior percentual de remissão do diabetes mellitus tipo 2 e perda sustentada de peso a longo prazo (BUCHWALD et al., 2009). Nesse sentido, levanta-se a hipótese de que a perda de peso observada na cirurgia de DBP diminui o nível de sonolência diurna excessiva e melhora na qualidade do sono após perda de peso a longo prazo, como demonstrado anteriormente em técnicas de gastrectomia vertical e gastrectomia em Y de Roux (TOOR et al., 2012; KATHERINE et al., 2013). Constatou-se que 11 voluntárias com peso normal (LeanC) (IMC = 23,2 kg / m²) com tolerância normal a glicose (NGT); 13 voluntárias obesas (ObeseC) (IMC = 35 ± 5 kg / m²) com NGT; 18 voluntárias obesas (T2DMObese) (IMC = 35 ± 5 kg / m²) com DM2 submetidas à cirurgia de DBP. Em relação aos componentes do questionário Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), o componente relacionado aos distúrbios do sono apresentou melhora significativa no pós-DBP (p = 0,034) e houve tendência de melhora no componente relacionado à disfunção diurna (p = 0,075) (MELLO et al., 2017).</p> <p>CONCLUSÕES: Indivíduos obesos, independentes da presença de diabetes mellitus tipo 2, apresentaram maior sonolência diurna do que pacientes com peso normal e tolerância normal à glicose, este grupo quando operados pela cirurgia metabólica pela técnica de desvio biliopancreático apresentaram normalização da sonolência diurna excessiva.</p>
<p>PO 390-2</p> <p>COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ANEURISMAS DE CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR E POSTERIOR NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>Giovanna Vidal Belo, Beatriz Oliveira, Carolina de Almeida, Bryan Morais, Patrick Lopes, Sarah Lages Coelho, Marina Sá</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os aneurismas intracranianos caracterizam-se por uma dilatação localizada e anormal produzida por defeitos adquiridos ou congênitos na parede das artérias cerebrais. Situadas geralmente no polígono arterial de Willis, a sua ruptura ocorre mais comumente entre os 30 e 60 anos de idade, e costuma necessitar tratamento cirúrgico. O estudo objetiva comparar a taxa de mortalidade do tratamento cirúrgico nos aneurismas de circulação anterior com os de circulação posterior.</p> <p>MÉTODO: Coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – de Janeiro/2014 a Outubro/2018, avaliando número de internações, de óbitos, taxa de mortalidade, distribuição geográfica dos casos, dentre outras variáveis.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, registrou-se 4.898 microcirurgias para correção de aneurismas de circulação cerebral, cuja maioria (52,4%) foi realizada nos estados da região Sudeste. Delas, 84,3% objetivaram corrigir a circulação cerebral anterior, enquanto 15,7% corrigiram a circulação cerebral posterior. No território brasileiro, realizou-se 4.133 internações para correções da circulação cerebral anterior, das quais 469 (11,3%) causaram óbito do paciente, gerando uma taxa de mortalidade de 11,35 a cada 1.000 procedimentos/ano. Do número total de procedimentos, 1.705 envolveram aneurismas maiores que 1,5 cm e 2.428 aneurismas menores que 1,5 cm. A taxa de mortalidade foi maior na correção dos aneurismas maiores (13,20 contra 10,05 a cada 1.000 procedimentos/ano). Já as microcirurgias para correção de aneurismas de circulação cerebral posterior corresponderam a 765 internações no período, dos quais 90 (11,7%) resultaram em óbito, originando uma taxa de mortalidade de 11,76 a cada 1.000 casos/ano. 344 dos procedimentos foram realizados em pacientes com aneurismas maiores que 1,5cm, enquanto 421 em pacientes com aneurismas menores que 1,5cm. O número de óbitos foi igual nos dois grupos (45 óbitos em cada), gerando maior taxa de mortalidade no grupo com menor amostra: 13,8 nos aneurismas maiores e 10,69 nos aneurismas menores.</p> <p>CONCLUSÕES: Sendo assim, de acordo com a análise dos dados, conclui-se que a manutenção cirúrgica da circulação cerebral anterior apresenta menor taxa de mortalidade ao ser comparado com a da circulação cerebral posterior, ainda que o número de internações seja cerca de 5 vezes maior em relação ao mesmo grupo. Além disso, a taxa de mortalidade foi maior nos aneurismas de maior tamanho, tanto na circulação anterior quanto posterior.</p>	<p>PO 391-1</p> <p>ANÁLISE DA MORTALIDADE DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO SUS EM 10 ANOS</p> <p>ELAINE JÚLIAN DA FONSECA, GABRIELA RAMOS DO AMARAL, ANA CLÁUDIA PERES COSTA, ANA COUTO DE MELO, DÉBORA CRISTIANE ROCHA BRAGA, NATHÁLIA LIMA DINIZ, PAULA D'AVILA SAMPAIO TOLENTINO, JORDANO PEREIRA ARAÚJO</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a taxa de mortalidade nas cirurgias bariátricas realizadas no Brasil pelo SUS em dez anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo realizado a partir da coleta de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), disponíveis entre os anos de 2008 e 2017. As cirurgias analisadas foram: gastrectomia com ou sem desvio duodenal, gastroplastia com derivação intestinal, gastroplastia vertical com banda e gastrectomia vertical em banda. Realizou-se também uma busca nas bases Medline e Scielo com os descritores "bariatric surgery", "obesity and surgery" e "weight loss surgery" (em português e inglês) nos períodos de 2008 a 2018. Os trabalhos resultantes foram analisados quanto a mortalidade e morbidade em cirurgia bariátrica.</p> <p>RESULTADOS: A morbidade por obesidade apresentou-se em 90.504 pacientes, com crescimento entre 5 a 20% no período avaliado, prevalente no sexo feminino em 87,1%. Foram realizadas 63.094 cirurgias bariátricas, sendo 94,5% pela técnica de gastroplastia com derivação intestinal. A gastrectomia vertical em manga começou a ser realizada no SUS em 2013, sendo 1569 cirurgias realizadas com taxa de mortalidade não significativa (n=2). A gastroplastia vertical com banda também não apresenta uma quantidade de óbitos relevantes, sendo 4 das 1421 cirurgias realizadas. Esta, não obstante, apresentou um importante declínio a partir de 2012, sendo realizado apenas 19% em 2017 em relação ao número de procedimentos em 2012. Na gastrectomia com ou sem desvio duodenal, apontou-se uma mortalidade variável ao longo dos anos, chegando a 20% de taxa em 2017, entretanto, com uma pequena amostra. Ademais, a cirurgia mais realizada, gastroplastia com derivação intestinal, apresentou um significativo crescimento com o passar do tempo, sendo realizada 3,3 vezes mais em comparação com o primeiro ano analisado. Apesar disso, a taxa de mortalidade permanece constante, entre 0,13 e 0,2.</p> <p>CONCLUSÕES: A obesidade é considerada uma importante desordem nutricional devido ao aumento de sua incidência. De acordo com os resultados, a gastroplastia com derivação intestinal apresentou uma importante expansão ao longo dos anos, sendo a técnica mais utilizada. Esta, de acordo com a literatura, é a técnica mais efetiva em reduzir e manter o peso. Além disso, é um procedimento seguro, com baixas taxas de mortalidade.</p>

PO 394-1	PO 395-2
<p>ANÁLISE DOS CASOS DE HÉRNIA DE PETERSEN COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Ludmila Araujo, Francisco Assis Cavalcanti Neto, Giovana Escrivano Costa, Marília Rodrigues, Caroline Gimenez Covatti, Leonardo Barros Bastos</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os casos de Hérnia de Petersen como complicação de cirurgia bariátrica em serviços de saúde pública no Brasil nos últimos 10 anos, pondo em espectro o número de internações, regiões socioeconômicas, faixa etária e o sexo.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional descritivo, baseado nos dados do Sistema de Informações Hospitalar (SIH/SUS) entre os anos de 2008 e 2017, associado a uma análise comparativa da literatura das bases Scielo.</p> <p>RESULTADOS: Com crescimento de pacientes com obesidade mórbida e comorbidades associadas, aumentou consideravelmente o número de cirurgias bariátricas. A cirurgia bariátrica mais realizada no Brasil é o bypass gástrico em Y de Roux, uma das suas complicações mais comuns são as obstruções intestinais causadas por hérnia internas, devido a protrusão das alças intestinais, sendo de maior prevalência as que ocorrem no espaço de Petersen, com uma incidência de até 6%. A apresentação clínica geralmente é inespecífica, mas pode ter como queixa principal desse paciente é a dor abdominal por distensão, com ou sem obstrução intestinal, é a apresentação mais comum da hérnia interna, e o diagnóstico tardio pode acarretar em necrose intestinal. Os resultados da pesquisa evidenciaram que, as hérnias de Petersen são responsáveis por 1,06% das complicações de cirurgia bariátrica o que resulta em aproximadamente 5,5 mil casos de hérnia em um total de 512,6 mil cirurgias bariátricas realizadas no Brasil entre os anos de 2008 e 2017 (BATTISTELLI, 2018). Com efeito, há certa progressão em relação ao número de casos de hérnia de Petersen devido ao número crescente de cirurgias bariátricas no Brasil, em virtude, do aumento da proporção de obesos na população brasileira.</p> <p>CONCLUSÕES: Constata-se que no período da análise há um aumento do número de casos de hérnia de Petersen decorrentes de complicação de cirurgia bariátrica, principalmente por bypass gástrico com Y de Roux que é sugestivo de ocorrência de hérnias internas. Dessa forma, torna-se indispensável uma avaliação por imagem para o diagnóstico precoce desta complicação.</p>	<p>CORRELAÇÃO ENTRE TIREOIDITE DE HASHIMOTO E CÂNCER DE TIREÓIDE: REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Juliana Ávila Lins Cunha Lima, Ruan César Teixeira de Carvalho, Gabriela Batista Vieira de Sousa, Leonardo Queiroga Marinho, Flaviana Ribeiro Coutinho Mendonça Furtado</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a associação entre a Tireoidite de Hashimoto e os diversos tipos de câncer de tireoide, assim como, permitir um maior conhecimento médico e acadêmico sobre fatores de risco do câncer tireoidiano.</p> <p>MÉTODO: O estudo consiste em uma revisão bibliográfica de 12 artigos, entre nacionais e internacionais, nas bases de dados virtuais a respeito do tema.</p> <p>RESULTADOS: Houve uma associação positiva entre câncer de tireoide do tipo papilífero, o de maior incidência, e linfoma de tireoide com a doença de Hashimoto. Em 1995, Dailey et al. al descreveram ineditamente, a relação entre tireoidite de Hashimoto e o carcinoma papilífero de tireoide, evidenciando presença de Hashimoto em 17,7% dos pacientes diagnosticados com câncer. Em um estudo mais recente, 2009, na Bahia, Camandaroba et al descreveu uma forte relação entre ambas as patologias e descreveu a existência dessa Tireoidite em 31,4% dos pacientes com neoplasia de tireoide. Com relação ao câncer de tireoide do tipo folicular e sua relação com a Tireoidite de Hashimoto, apresentou resultados divergentes nos artigos revisados, havendo em sua maioria uma pequena relação entre ambos, entretanto, em sua minoria não houve qualquer coexistência. Em todas as revisões feitas o câncer de tireoide anaplásico e medular não houve relação com a tireoidite em questão.</p> <p>CONCLUSÕES: A realização do trabalho contribuiu para aumento do conhecimento sobre a relação dos diversos tipos de câncer de tireoide com a causa mais frequente de hipotireoidismo, a Tireoidite de Hashimoto. Portanto, pode-se concluir que a Tireoidite de Hashimoto é um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas de tireoide em todos os artigos revisado, sobretudo no tipo papilar da afecção.</p>
<p>PO 395-3</p> <p>ÍNDICE DE APENDICECTOMIAS REALIZADAS NO PACIENTE IDOSO: AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE 2008 A 2018 NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR.</p> <p>Larissa Macedo Santos, Andressa Ferreira Martins, Gabrielle Grijó Silva, Ingrid Wenderroschy Cerqueira, Francisco Eduardo Silva</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Uma análise retrospectiva da incidência e do perfil epidemiológico, de instituição única, referente a apendicectomias realizadas em pacientes acima de 60 anos que apresentaram apendicite aguda no Hospital Municipal Souza Aguiar, na cidade do Rio de Janeiro no período de 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo de abordagem indutiva dos dados estatísticos, realizado em um hospital na cidade do Rio de Janeiro. Foi realizado um levantamento na base de dados do Hospital Municipal Souza Aguiar no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Foram analisados os pacientes de ambos os sexos atendidos pelo Serviço de Cirurgia Geral que foram submetidos à apendicectomia. Do total de procedimentos realizados, 77 pacientes com idade acima de 60 anos portadores de apendicite aguda foram submetidos ao tratamento cirúrgico e os dados foram comparados com os estudos científicos já disponibilizados.</p> <p>RESULTADOS: O estudo presente contabilizou um total de 910 procedimentos de apendicectomia no período de 10 anos, sendo 542 pacientes do sexo masculino (59,56%) e 268 pacientes do sexo feminino (40,44%). O grupo de pacientes com idade igual ou maior a 60 anos incluiu 77 pacientes (8,46%). Na comparação por sexo entre o grupo de idosos, foram admitidos 40 pacientes do sexo feminino (51,9%) e 37 pacientes do sexo masculino (48,1%). A idade média dos casos do sexo feminino foi de 65,3 anos, já a dos pacientes do sexo masculino, 72,9 anos. A idade média de idosos foi de 68,9 anos. A incidência de apendicite aguda nos pacientes idosos foi similar à maioria dos estudos que analisou este grupo, ou seja, corrobora com um aumento dos casos ao longo da última década.</p> <p>CONCLUSÕES: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em atendimentos de urgência em todo o mundo. Apresentando maior prevalência no sexo masculino e no adulto jovem. Entretanto, nos últimos anos, houve um aumento no número de casos em idosos operados por apendicite aguda. O paciente idoso portador de apendicite aguda apresenta um atraso maior do início dos sintomas e do diagnóstico no período da admissão hospitalar ao procedimento cirúrgico. O tempo operatório mais longo devido a demora no diagnóstico, período de internação hospitalar mais prolongado e um maior número de complicações pós-operatórias apresentam nesse grupo de pacientes uma maior taxa de morbidade e mortalidade.</p>	<p>PO 396-1</p> <p>COMPARAÇÃO DOS VALORES PRE E POS OPERATORIOS DE PEPTÍDEO C E HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA</p> <p>Júlia de Oliveira Chixaro, Márcio Valle Cortez, Wei Tsu Havim Chang Colares, Estefany Pimentel da Silva, Yago Pimenta da Silva, Larissa Pessoa de Oliveira, Daniel Oliveira Brown, Thais de Arruda Reinehr</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Com o presente estudo, tem-se por objetivo avaliar a magnitude da cirurgia bariátrica para o controle da produção de insulina – por meio da dosagem de peptídeo C – e, ainda, seus efeitos sobre a Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) em pacientes diabéticos ou não diabéticos participantes.</p> <p>MÉTODO: Estudo longitudinal prospectivo, realizado entre agosto de 2017 a julho de 2018, cujos sujeitos eram pacientes de um hospital público de Manaus- AM submetidos à cirurgia bariátrica. A coleta de dados de identificação, bem como das variáveis laboratoriais (em especial o peptídeo C e a HbA1c) ocorreu por meio de formulário eletrônico após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</p> <p>RESULTADOS: Dentre o sujeitos incluídos, metade tinham diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), e faziam uso regular de medicamentos hipoglicemiantes. Quanto a estes pacientes, foi observado que apesar da perda importante de peso, seus valores de peptídeo C não sofreram grandes alterações ao decorrer do período após a realização da cirurgia. Este levantamento também foi observado nos pacientes não diabéticos. Contudo, em todos os pacientes, os valores de HbA1c tiveram um comportamento de diminuição progressiva ao longo de seu acompanhamento pós-operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos resultados, concluiu-se que a cirurgia bariátrica promove fortemente a perda de peso, o que é, por si só, um fator importante a ser avaliado no tratamento da obesidade em todos os pacientes, sejam estes diabéticos ou não. Além disso, pode também contribuir para a atenuação progressiva de parâmetros que denotam alto risco de desenvolvimento de uma grande comorbidade do paciente obeso não diabético. Contudo, seu potencial terapêutico para correção do DM2 deve ser estudado e avaliado individualmente, tendo em vista as condições e evoluções que diferenciam cada caso clínico.</p>

PO 397-1	PO 397-3
<p>INCIDENCIA DE COLELITIASE ASSINTOMÁTICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA REDUTORA PELAS TÉCNICAS "SLEEVE E CAPELLA"</p> <p>WILMAR DE OLIVEIRA NETO OLIVEIRA OLIVEIRA NETO, ALEXANDRE MELO CARDOSO DE OLIVEIRA CARDOSO MELO CARDOSO DE OLIVEIRA, ANGERSON CAETANO CECCATO CAETANO CAETANO CECCATO, WILMAR DE OLIVEIRA FILHO OLIVEIRA OLIVEIRA FILHO</p> <p><i>BIOCOR INSTITUTO / FCMMG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a incidência de colelitíase assintomática em pós operatório do procedimento cirúrgico de gastroplastia pelas técnicas SLEEVE e CAPELLA, analisando se a gastroplastia é um fator de risco para o desenvolvimento de colelitíase, conjuntamente ao perfil característico relacionado à obesidade, em pacientes atendidos no BIOCOR Instituto pós serviço de Cirurgia Geral entre o período de janeiro de 2010 a janeiro de 2017.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo em prontuários médicos do período de janeiro de 2010 a janeiro de 2017, de 1.091 casos de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico de gastroplastia na unidade BIOCOR Instituto.</p> <p>RESULTADOS: Os dados analisados demonstraram a ocorrência de retorno dos pacientes ao hospital para novo procedimento cirúrgico, este, o procedimento de colecistectomia. Pacientes obesos inicialmente submetidos ao procedimento de gastroplastia, cujos pacientes não se submeteram à colecistectomia anterior ou concomitante, conforme alguns profissionais optam e a literatura menciona. Tais pacientes submeteram-se ao procedimento de colecistectomia posterior ao procedimento de gastroplastia visto o diagnóstico posterior de colelitíase assintomática, diagnosticada através de ultrassonografia, apresentando maior concentração de colesterol na bile durante os primeiros meses após o procedimento cirúrgico de gastroplastia.</p> <p>CONCLUSÕES: Ao considerar a análise de 1.016 pacientes, tendo 146 destes, sem histórico prévio de litíase biliar, desenvolvimento colelitíase posterior à realização do procedimento cirúrgico de gastroplastia, para rápida redução de peso, nota-se a importância quanto ao desenvolvimento conjunto de melhores práticas para a provável eliminação do quadro no curto prazo, tendo em vista as características descritas mundialmente, após inúmeros estudos realizados, e os números apresentados no presente estudo no BIOCOR Instituto. Conclui-se, por fim, sugerindo mecanismos padronizados para controle prévio e posterior de tais pacientes, a realização de ultrassom após 6 meses de gastroplastia, 1 ano, 2 anos até 3 anos, para todos. E estudos, considerando planejamento pós cirúrgico de bariátrica, em conjunto com demais instituições e órgãos acerca do tema, tendo em vista que inexistem conclusões acerca dos fatores de predisposição, mesmo com características idênticas, técnicas, ambiente o fator obesidade.</p>	<p>ANÁLISE DA PREVALENCIA DA TÉCNICA LAPAROSCÓPICA NA CIRURGIA DE APENDICECTOMIA NO BRASIL ENTRE 2008 E 2018</p> <p>Katharina Andrade de Oliveira, Tainara Santos Gomes, Vitoria Rodriguez de Pamela Barroso Aguiar</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do trabalho é descrever quantitativamente o desenvolvimento da apendicectomia videolaparoscópica no Brasil em comparação com a apendicectomia aberta convencional, analisando a distribuição regional da prevalência dessa técnica cirúrgica. Considerando que a apendicectomia é uma das operações mais frequentes na emergência, a importância de analisar a evolução das técnicas cirúrgicas no Brasil motiva o estudo.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa retrospectiva com análise descritiva dos dados que avalia a prevalência da técnica laparoscópica na cirurgia de apendicectomia no Brasil entre 2008 e 2018, por meio da comparação entre a quantidade de internações nas cirurgias de apendicectomia por via aberta e por via laparoscópica. Dados coletados a partir do sistema DATASUS. Variáveis: quantidade de internações, valor médio de internação, número de óbitos e taxa mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: O estudo evidenciou um aumento significativo no número de internações para apendicectomia laparoscópica: de 880 em 2008 para 6.329 em 2018 – aumento de 719,2%; enquanto que o número de internações por apendicectomia aberta cresceu de 82.988, em 2008, para 109.156 em 2018 – aumento de 31,5%. Nesse período, foi levantado o número total de internações para cirurgia por via aberta (n: 1.101.890) e por via laparoscópica (n: 35.129), constatando que, apesar do aumento importante no número de apendicectomias laparoscópicas, a via aberta ainda é mais prevalente no país. Entre 2008 e 2018, a taxa de mortalidade da técnica laparoscópica foi inferior à técnica aberta – 0,08% e 0,27% respectivamente – e decrescente (de 0,23% em 2008 para 0,06% em 2018). Sobre a distribuição regional da técnica laparoscópica, a região Sul tem destaque, com 18.159 internações (51,7%), seguida pela região Sudeste com 11.895 internações (33,8%); contrastando com a região Norte, com apenas 330 (0,93%). Contudo, quando se analisa a taxa de mortalidade por região, nesse período, apesar da região Norte registrar a menor concentração de internações por apendicectomia videolaparoscópica, é a região com maior taxa de mortalidade (0,30%); enquanto que a região Sul apresentou a menor taxa (0,05%). Em última análise, o custo médio de internações, a apendicectomia aberta teve uma discreta vantagem (R\$ 569,63) em comparação com o custo da laparoscópica (R\$ 617,22).</p> <p>CONCLUSÕES: A crescente da laparoscopia como opção de tratamento cirúrgico de apendicectomia no Brasil evidencia tanto os benefícios da técnica minimamente invasiva, quanto o aumento do domínio do procedimento por parte dos cirurgiões – principalmente analisando a taxa de mortalidade decrescente da abordagem por via laparoscópica. Contudo, a via aberta, apesar de um crescimento discreto em comparação a apendicectomia laparoscópica, ainda é mais prevalente. Com base nos dados analisados, principalmente na disparidade Norte e Sul, infere-se que o direcionamento de investimentos em tecnologia de saúde ainda se faz necessário para equiparar a qualidade do atendimento cirúrgico no país.</p>
<p>PO 398-2</p> <p>ANÁLISE DA MORTALIDADE POR CANCER DE TIREOIDE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2012 A 2016</p> <p>Jorge PINHO, Vivyan Vanessa ISIDRO, Marco Aurelio ALBERNAZ, Aline Aparecida SILVA, José Ricardo BARACHO, Nicoló Castro MACHADO, Danielle Arruda Costa BELTRÃO, Victoria Haydée Deusdedith NEVES</p> <p><i>Universidade de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Investigar os indicadores de mortalidade por câncer no Brasil entre 2012 e 2016 para melhor evidenciar a epidemiologia da enfermidade.</p> <p>MÉTODO: Estudo documental com base nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no banco de dados do Instituto do Câncer (INCA), sendo avaliadas as variáveis: sexo, raça, idade, estado de residência e ano de internamento. Foram utilizadas taxas ajustadas por idade pela população brasileira.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, entre 2012 e 2016 foram registrados 3556 óbitos por câncer de Tireoide representando 0,06% do total. Neste período houve um aumento de 20% da taxa bruta de mortes pela neoplasia. Do total de casos, 41,45% foram no Sudeste, 29,58% no Nordeste e 16,39% no Sul. No entanto, as regiões com maior taxa de mortalidade foram a Sul, Nordeste e Sudeste, com, respectivamente, 0,44, 0,41 e 0,30 casos por 100.000 habitantes. Ainda, os estados com maiores médias de mortalidade no período estudado foram o Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, com, respectivamente, 0,58, 0,51, 0,48 e 0,37 casos por 100.000 habitantes. Foi evidenciado que as mulheres possuem uma taxa bruta de óbito duas vezes maior que a dos homens (0,47/100.000 hab. para as mulheres contra 0,23/100.000 para os homens). Esta taxa nitidamente cresce com a idade do paciente, atingindo valor máximo (5,56/100.000 hab.) acima dos 80 anos. Além disso, 59,81% dos óbitos foram de brancos, 33,02% pardos, 6,34% pretos, 0,5% amarelos e 0,3% indígenas. Foi observado predomínio das raças branca, preta e amarela na região sudeste, parda na nordeste e indígena na norte.</p> <p>CONCLUSÕES: A neoplasia maligna de tireoide corresponde ao principal tipo de câncer do sistema endócrino. Esta, por sua vez, tem aumentado em incidência nos últimos anos. No Brasil, estimam-se 1.570 (0,7% do total de neoplasias) casos novos de câncer de tireoide no sexo masculino e 8.040 (4% do total de neoplasias) para o sexo feminino para 2019. No presente estudo foram analisados os dados coletados nas plataformas DATASUS e INCA os quais foram interpretados e comparados a literatura existente. Dos dados analisados identificou-se aumento na mortalidade, havendo uma prevalência maior no sexo feminino equivalente a 67,7% e taxa de mortalidade duas vezes maior que a masculina. Além disso, foi possível observar uma curva ascendente na taxa de óbito quando comparada à idade do paciente. Foi identificado predomínio da raça branca, com quase dois terços dos casos. Compreender o perfil epidemiológico desta patologia é de suma importância para realização do diagnóstico precoce e determinação da conduta mais apropriada.</p>	<p>PO 398-3</p> <p>ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA LAPAROSCÓPICA NA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA NO BRASIL ENTRE 2008 E 2018</p> <p>KATHARINA ANDRADE DE OLIVEIRA, Vitoria Rodriguez de Pamela Barroso Aguiar, Tainara Santos Gomes</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do trabalho é descrever quantitativamente o desenvolvimento da colecistectomia videolaparoscópica no Brasil, analisando a distribuição regional da sua prevalência. Considerando que a colecistectomia é uma das cirurgias mais realizadas no serviço de emergência do país – além de também ser frequente em cirurgias eletivas – a importância de analisar o desenvolvimento de técnicas mais eficazes e benéficas ao paciente motiva o estudo.</p> <p>MÉTODO: Pesquisa retrospectiva com análise descritiva dos dados que avalia a prevalência da técnica laparoscópica na cirurgia de colecistectomia no Brasil entre 2008 e 2018 por meio da comparação entre o número de internações nas cirurgias abertas e laparoscópicas. Dados coletados do sistema DATASUS. Variáveis: quantidade de internações, valor médio de internação, número de óbitos e taxa mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: foi levantado o número total de internações para cirurgia por via aberta (1.427.144) e por via laparoscópica (573.014), constatando a prevalência da técnica convencional. Contudo, ao analisar o aumento anual das técnicas, a colecistectomia videolaparoscópica apresentou crescimento mais significativo (de 19.271 internamentos em 2008 para 84.611 em 2018) em comparação com a colecistectomia aberta (de 130.001 internamentos em 2008 para 131.796 em 2018). Analisando outra variável, entre 2008 e 2018, a taxa de mortalidade da técnica laparoscópica foi inferior à técnica aberta – 0,13% e 0,53% respectivamente – e decrescente (de 0,57% em 2008 para 0,47% em 2018). Sobre a distribuição regional da técnica laparoscópica, a região Sudeste tem destaque, com 312.458 internações (54,5%), seguida pela região Sul com 129.297 (22,5%); contrastando com a região Norte, com apenas 11.240 (1,96%). Sobre o custo de internações, a colecistectomia aberta teve discreta vantagem (R\$ 819,30) em comparação com o custo da laparoscópica (R\$ 854,12).</p> <p>CONCLUSÕES: A crescente da laparoscopia como opção de tratamento cirúrgico de colecistectomia no Brasil evidencia tanto os benefícios da técnica minimamente invasiva, quanto o aumento do domínio da técnica pelos cirurgiões – principalmente analisando a taxa de mortalidade decrescente da abordagem por via laparoscópica. Contudo, a via aberta, apesar de um crescimento discreto em comparação a colecistectomia laparoscópica, ainda é a técnica mais prevalente. De acordo com o exposto, principalmente analisando a disparidade quanto ao número de internações das regiões Norte e Sul/Sudeste, faz-se necessário maior redistribuição regional de recursos financeiros para equiparar a qualidade do serviço cirúrgico.</p>

PO 400-1	PO 400-2
<p>PREVALÊNCIA DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA NOS PACIENTES ANTES E APOS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA</p> <p>Wei Tsu Havim Chang Colares, Júlia de Oliveira Chixaro, Mariana Pimenta Leão Bandeira de Melo, Roseana dos Santos Medeiros, Ingrid Lima Longo, Karen Karollinne Dikaua Santos Feitosa, Tereza Vitória Lira Pinto, Márcio Valle Cortez</p> <p><i>Universidade Nilton Lins - MANAUS - Amazonas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a prevalência de dor musculoesquelética antes e após a cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Houve aplicação dos questionários de dor (Questionário do Desconforto modificado e Questionário Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis - WOMAC). Visando avaliar intensidade da dor e qualidade da vida antes e após a cirurgia.</p> <p>RESULTADOS: A média de idade dos pacientes é de 38 anos, tendo o mais novo 19 anos e o mais velho 47. 55,6% eram do sexo masculino e grande parte possui comorbidades associadas à obesidade, tendo como principais: dor musculoesquelética (88%), hipertensão arterial sistêmica (33%), diabetes (11%), roncocalcose (66%) e dispneia/cansaço (55%). Após a cirurgia bariátrica houve melhora em 100% dos pacientes com relação a todas as comorbidades, ressaltando ainda aos que continuaram com dor devido a outras patologias osteoarticulares, porém com intensidade de dor bastante diminuída. Considerações finais: É notável a melhora na qualidade de vida e na cura das comorbidades relacionadas à obesidade após a cirurgia bariátrica, principalmente em relação a dor musculoesquelética e doenças sistêmicas, no entanto é necessário aprofundar ainda mais as pesquisas sobre a obesidade, visando obter a melhor orientação ao paciente obeso.</p> <p>CONCLUSÕES: É notável a melhora na qualidade de vida e na cura das comorbidades relacionadas à obesidade após a cirurgia bariátrica, principalmente em relação a dor musculoesquelética e doenças sistêmicas, no entanto é necessário aprofundar ainda mais as pesquisas sobre a obesidade, visando obter a melhor orientação ao paciente obeso</p>	<p>USO DE SPLINTS INTRANASAIS APOS CIRURGIA: UMA REVISAO BIBLIOGRAFICA</p> <p>Ana Carolina Carnio Barruffini, Bárbara Sofia Ferreira Diniz, Bruna Viegas Amaral Amorim, Lorena de Souza Cardoso, Ludmila Campos Vasconcelos, Mariana de Oliveira Inocente Aida, Rafaela Borges de Freitas, Vanessa Oliveira Silva</p> <p><i>PUC - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste estudo é definir as indicações técnico-operatórias e demonstrar as vantagens e desvantagens do uso "Splint" intranasal nas cirurgias nasais.</p> <p>MÉTODO: Foi feita uma revisão sistemática de 11 artigos científicos da base de dados Scielo, publicados entre os anos 2005 e 2018 e encontrados utilizando os termos: nasal obstruction, septoplastia, splints nasais, turbinectomia inferior.</p> <p>RESULTADOS: As cirurgias nasais tiveram início no século XIX e desde então vêm sendo modificadas e aperfeiçoadas. As técnicas utilizadas têm procurado oferecer o máximo de melhora funcional e respiratória, preservando outros aspectos fisiológicos do nariz. Os "Splints" intra nasais, são dispositivos de característica laminar, maleáveis ou não, que podem ser empregados no interior ou exterior da cavidade do nariz. São amplamente usados em Cirurgia Nasal e principalmente indicados a fim de prevenir sinéquias, hemorragias pós-operatórias e hematomas, além de dar suporte na reconstrução do septo nasal e nos casos de nariz desviado. As indicações mais encontradas para o uso de Splints foram: septoplastias, turbinoplastia, cirurgia do meato médio, microcirurgia transnasal e cirurgia das conchas. Algumas das vantagens apontadas pelo seu uso foram o baixo índice de desconforto e de dor local, pouca formação de crostas, menor incidência de sangramento no pós-operatório e diminuição das sinéquias cicatríciais, além de serem mais facilmente colocados e removidos e de terem um baixo custo. A maior parte dos Splints utilizados são feitos a partir de filme de Raio-X ou de frascos de soro, embora possam ser de silicone. Os splints feitos a partir de filmes de raio X, ainda que eficientes e de baixo custo, possuem algumas desvantagens por ser de um material muito delgado, podendo provocar ferimentos no interior da cavidade nasal, além de provocar um certo desconforto na sua remoção e dificultar a adequada visualização da mucosa. Já em relação ao tempo de permanência dos splints, embora ainda não haja consensos sobre o tempo ideal até sua retirada, sua utilização prolongada demonstrou maior relação com o risco de perfuração septal. Dessa forma, sua remoção é usualmente recomendada assim que possível, como forma de prevenir tais perfurações.</p> <p>CONCLUSÕES: Os splints intranasais têm sido amplamente utilizados como alternativa aos tampões tradicionais após cirurgias nasais. Ele apresenta diversos benefícios no pós-operatório e, como é de baixo custo, possui ampla distribuição e fácil acesso, o que poderia diminuir a incidência de sinéquias e hemorragias nos pacientes, garantindo seu maior conforto. Ainda sim, embora sua utilização seja ampla e benéfica, ainda faltam consensos para padronizar sua técnica e também seu tempo de retirada, a fim de diminuir possíveis complicações.</p>
<p>PO 401-1</p> <p>AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DOIS ANOS APOS UMA CIRURGIA BARIÁTRICA</p> <p>Luiza Zaziki Millani, Ane Caroline Barreto</p> <p><i>UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade é uma doença multifatorial, relacionada com distúrbios de ordem genética, socioambiental e também ao estilo de vida. Tal fato merece destaque a todos engajados na área da saúde, visto que a doença não ataca somente problemas físicos relacionados ao ganho de peso. Para o manejo ideal da comorbidade é necessária a análise do indivíduo como um todo, realizando o acompanhamento de doenças metabólicas, cardiovasculares e suas particularidades. Também, há de se ter um cuidado com a qualidade de vida dos pacientes, que muitas vezes é deixada de lado pelas adversidades da doença. Portanto, sendo a cirurgia bariátrica um dos tratamentos para a obesidade, o objetivo deste trabalho é investigar o bem-estar dos pacientes após o procedimento.</p> <p>MÉTODO: O presente trabalho trata-se de um estudo transversal com análise de 40 pacientes, tendo pelo menos 24 meses desde a realização da cirurgia bariátrica. O questionário usado para medir a qualidade de vida foi o WHOQOL-bref (World Health Organization Questionnaire Quality of Life). A análise estatística foi realizada com o SPSS 17, os testes de student t, Pearson e ANOVA também foram realizados.</p> <p>RESULTADOS: A amostra é composta por 36 mulheres e 4 homens, a idade média é de 41,6 anos (±8,3). A diferença média no peso antes e depois da cirurgia foi de 56,2 kg (±20,2) e o Índice de Massa Corporal foi de 21 (±7), p < 0,001. Para qualidade de saúde física os participantes em média pontuaram 3,5 (±0,4), para psicológico 3,6 (±0,1), social 4 (±0,8) e ambiente 3,5 (±5), na escala WHOQOL, sem ter relação com o IMC após a cirurgia significante estatisticamente em todas análises (p>0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: A realização deste estudo possibilitou um maior entendimento da realidade que envolve a obesidade e a qualidade de vida, estendendo-se muito além da esfera biológica, interferindo diretamente nos aspectos ambientais, psicológicos, físicos e sociais de cada indivíduo. Esta pesquisa evidenciou que os escores dentro de cada domínio do WHOQOL, em dois anos de pós-operatório, estavam bons, independente do IMC prévio dos pacientes, o que sugere que qualquer indivíduo, apesar do seu IMC, pode ter benefícios em relação ao seu bem-estar após a cirurgia. Além disso, no âmbito social o procedimento se mostrou eficiente, melhorando a percepção dos pacientes quanto a qualidade de vida no lar, no entanto, junto a isso houve um provável aumento nas taxas de divórcio, sendo que 20% dos pacientes informaram alteração no status matrimonial após a cirurgia. Esta taxa é muito acima da do esperado pra população brasileira que corresponde a 1,2% anuais, conforme dados do IBGE. Assim, uma boa possibilidade seria explorar esta relação em outro estudo, confirmando evidências já constatadas anteriormente na literatura, buscando esclarecer esta associação com possíveis alterações comportamentais. Apesar das limitações deste estudo, a presente pesquisa contribui e reforça os conhecimentos relacionados à melhora da qualidade de vida em indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica.</p>	<p>PO 402-2</p> <p>TRANSVESTIBULAR ENDOSCOPICA: ESTETICA QUE COMPROMETE RESULTADOS?</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, GUILHERME DE MATOS ABE, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, VINÍCIUS GUILARDE ANCELMO, LUIZ CÉSAR DE CAMARGO FERRO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A tireoidectomia transoral endoscópica por via vestibular (TOETVA) é um procedimento promissor com algumas vantagens, como dissecação minimamente invasiva, abordagem acessível a ambos os lobos da tireoide e, especialmente, ausência de cicatriz visível. Assim, interroga-se se os resultados são comparáveis aos da tireoidectomia aberta. A TOETVA é uma técnica realizada com instrumentos laparoscópicos convencionais. Apesar de amplamente adotada na Ásia, a experiência na Europa e na América ainda é pequena. Realizamos um levantamento da literatura sobre o método com o objetivo de avaliar os resultados obtidos até então.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados: Medline, Scielo, Web of Science e revisões sistemáticas da Cochrane. Foram utilizados os descritores: "transoral endoscopic total thyroidectomy" e "TOETVA". Apenas trabalhos que avaliaram os resultados do uso da técnica foram incluídos. Dissertações, teses, artigos de validação, e aqueles que não apresentaram o texto disponível completo ou não detalharam o método de avaliação utilizado foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 34 artigos com a estratégia. Obtemos 4 trabalhos de revisão de casos seguidos por coortes. A primeira coorte de 20 pacientes mostrou tempo operatório médio de 188 min; nenhuma lesão de nervo laríngeo recorrente. Evitação completa de incisão cervical de 95%. Nenhum hematoma/seroma. 50% dos pacientes receberam alta no mesmo dia (1). Os 20 casos abordados pelo Hospital Johns Hopkins tiveram resultados muito semelhantes com taxa de sucesso de 95% (2) da mesma forma que a série indiana de 11 pacientes (3). Em estudo com 200 pacientes, maior série de casos de TOETVA, mostrou bons resultados: Nenhuma conversão para cirurgia aberta. Tempo operatório mediano 97 ± 40,5 min. Rouquidão temporária em 2,67% por lesões temporárias de nervo laríngeo recorrente, nenhuma permanente. Seroma em 5%. Nenhuma infecção (4). Um estudo comparativo com a cirurgia aberta não revelou diferenças significativas, entre ambos os grupos, quanto à perda estimada de sangue e complicações. A taxa de lesão temporária de nervo laríngeo recorrente foram semelhantes (5). O resultado estético é superior em todos trabalhos (6). Uma revisão sistemática que apresenta casos de 785 pacientes de 14 estudos. O tempo operatório médio foi de 95,9 min. 1,3% conversões a cirurgia aberta foram reportadas. Casos de paralisia temporária de nervo laríngeo recorrente 7,4%; casos de seroma 0,8%. Apenas 2 casos de perfuração de borda anterior do músculo platísmo. 0,8% casos de infecções de ferida. O tempo para alta variou de 1 a 4 dias (7).</p> <p>CONCLUSÕES: TOETVA se mostra uma técnica segura e prática para a cirurgia da tireoide. Minimizou a perda sanguínea intraoperatória, complicações pós-operatórias e rendeu excelentes resultados cosméticos. Necessita ser avaliada em ensaios clínicos com número superior de pacientes e com maior seguimento, porém já se mostra que sua vantagem estética não compromete os resultados cirúrgicos.</p>

PO 402-3	PO 403-1
<p>TECNICAS DE TRATAMENTO DO COTO APENDICULAR E ASSOCIAÇÃO COM COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS</p> <p>Luana de Araújo Bittencourt, Mariana Freire Cruz, Matheus de Sena Rocha, Leonardo Araújo Carneiro da Cunha, Márcio Rivison</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A apendicite aguda é uma das apresentações cirúrgicas mais comuns na emergência. Apesar de diversos estudos, nenhuma técnica particular é universalmente recomendada em literatura para o tratamento do coto apendicular. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar as diferentes técnicas operatórias para tratamento do coto apendicular utilizadas no serviço e associá-las com as taxas de complicações pós-operatórias encontradas.</p> <p>MÉTODO: Esse é um estudo observacional retrospectivo, no qual foram analisados 71 prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia no Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGSEF), em Salvador, no período de 2017 a 2018. Desses 71, foram excluídos 4 prontuários, 3 por insuficiência de dados e 1 por não ter sido encontrado o apêndice no inventário, sendo avaliados, então, 67 prontuários. As variáveis analisadas foram as técnicas utilizadas para tratamento do coto apendicular, sendo elas: ligadura simples dupla com fio, sepultamento por bolsa de tabaco e a seção com grameador, além da variável complicações pós-operatórias. Para avaliar os dados, foi feita análise estatística simples e descritiva através do Microsoft Excel 2017 e as recomendações éticas foram respeitadas.</p> <p>RESULTADOS: Dos 67 prontuários analisados, 49 (73,1%) trataram o coto com ligadura simples, 16 (23,88%) com sepultamento por bolsa de tabaco, 1 (1,49%) com EXELON e 1 (1,49%) com Endogia 1 carga. Dessa amostra, 3 (4,47%) apresentaram complicações, 2 com coleção intra-abdominal (66,66%) – tendo como tratamento ligadura simples e bolsa de tabaco – e 1 com peritonite fecaloide, tendo como tratamento a ligadura simples.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante disso, concluiu-se que a técnica de ligadura simples foi – no geral – muito mais utilizada, por conta da sua capacidade de preservar a integridade da camada mucosa do ceco e provocar menos fibrose de forma igualmente segura a outros métodos, além do menor valor agregado e maior facilidade técnica. Entretanto, em relação à ocorrência de complicações, as técnicas de tratamento do coto apendicular não apresentaram diferenças significativas em seus desfechos, o que corrobora com a literatura, demonstrando que as diversas técnicas são úteis e seguras para o tratamento do coto apendicular.</p>	<p>TECNICA EM Y DE ROUX NA CIRURGIA BARIATRICA: UMA REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Marcela Moreira Ribeiro, Lina Borges Cavalcante, Vitor Coletty dos Santos, Carolina Ribeiro Fernandes Oliveira, Taryane Barros Alves, Raquel Araújo Carvalho, Angélica Cristina Bezerra Sirino Rosa, Paula Chaves Barbosa</p> <p><i>UnICEUB - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as consequências benéficas e maléficas da cirurgia bariátrica utilizando a técnica em Y de Roux.</p> <p>MÉTODO: Foram selecionados artigos científicos obtidos nas plataformas Pubmed e Google Scholar com a proposta de abordar a técnica cirúrgica da derivação gástrica em Y de Roux e suas consequências. As palavras-chave usadas foram: Cirurgia Bariátrica, Y de Roux, Benéficos, Malefícios, Redução, Estômago, Obesidade. Foram excluídos os artigos que tratam da cirurgia usando de outras técnicas operatórias. Em seguida foram analisados os fatores que tenham contribuído para uma melhora ou deterioração na qualidade de vida do paciente.</p> <p>RESULTADOS: A derivação gástrica em Y de Roux consiste na divisão do estômago em dois segmentos, limitando a quantidade de alimento que pode ser ingerida pelo organismo. Essa divisão ocorre da seguinte maneira: o segmento inicial do estômago é ligado de forma direta ao intestino delgado e o segmento restante que é formado pelo estômago, duodeno e início do intestino delgado é conectado ao lado do próprio intestino delgado, formando um Y. Assim, o caminho que o alimento percorre é menor, sendo transportado direto para o intestino não tendo passado pela fase inicial da digestão completa do estômago. A perda ponderal é significativa em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, tendo melhora na comorbidade e qualidade de vida. Outro ponto positivo, é a mudança no perfil alimentar, a qual proporciona maior restrição calórica e grande melhora metabólica. Com essa melhora metabólica, ocorre uma diminuição da resistência à insulina, podendo ocorrer até mesmo sua reversão. O contato precoce do alimento com o intestino distal pode acarretar maior produção de incretinas, podendo melhorar ou reverter o diabetes melito tipo 2. A disfunção da síndrome metabólica é fator de risco para o desenvolvimento de angiopatias, com sua reversão realizada após a cirurgia bariátrica, os riscos para essas doenças serão diminuídos. Na literatura observa-se relato de anemia em cerca de 20% dos pacientes submetidos à cirurgia, bem como valores reduzidos de albumina sérica, fatores que podem ser controlados com o acompanhamento ambulatorial.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia bariátrica realizada pela derivação gástrica em Y de Roux promove uma melhora significativa na saúde do paciente através da perda ponderal, reeducação alimentar, diminuição da resistência à insulina e normalização de alterações antropométricas e laboratoriais utilizadas no diagnóstico da síndrome metabólica. Assim, é indicada para pacientes obesos com objetivo de melhora na qualidade de vida e na exclusão de comorbidades associadas. Observa-se que os benefícios superam as possíveis complicações imediatas decorrentes da cirurgia.</p>
<p>PO 403-2</p> <p>ANÁLISE DO MAIOR DIÂMETRO DOS NÓDULOS MALIGNOS DE ACORDO COM OS TIPOS HISTOLÓGICOS DE CARCINOMA DE TIREOIDE NOS PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2012 A JANEIRO DE 2016 NO AMAPÁ</p> <p>Naiara Lorrani Silva de Lima, Amanda Alves Fecury, Carla Nascimento Dias Nogueira, Clei Charles Ferro Fonseca, Elton Gustavo Boralli Ribeiro, Hyngridy Sanmay Silva Cardoso, Tagore Bittencourt Loureiro, Thaina Almeida Batista</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os tipos histológicos dos nódulos malignos, relacionando-os com o maior diâmetro em pacientes submetidos a tireoidectomia no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2016 no Amapá.</p> <p>MÉTODO: O estudo é transversal, observacional, documental, exploratório e retrospectivo. As amostras correspondem aos 319 laudos anatomopatológicos feitos após tireoidectomia, parciais ou totais, realizadas no estado do Amapá, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2016. Utilizou-se também 30 laudos imuno-histoquímicos de tireoide desses pacientes. Os dados foram coletados de dois laboratórios de patologia do estado do Amapá: Laboratório Dr. Paulo Albuquerque e Centro Diagnóstico de Anatomia Patológica e Citopatologia – Nelma Rocha Barbosa. Analisou-se as variáveis de tipo histológico, grau de diferenciação e maior diâmetro das lesões malignas. A pesquisa é isenta da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá.</p> <p>RESULTADOS: Nos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e janeiro de 2016 foram identificados respectivamente, 21, 25, 32, 30 e 6 resultados malignos na análise anatomopatológica, totalizando 114 casos malignos. Dentre esses, 19 (16,67%) são foliculares, 91 (79,82%) papilares, 4 (3,5%) medulares e nenhum anaplásico. Na avaliação das características anatomopatológicas, observou-se que dos 19 casos foliculares, 16 (84,21%) eram bem diferenciados e 3 (15,79%) eram moderadamente diferenciados. Dentre os 91 carcinomas papilares, 45 (49,45%) eram bem diferenciados e 46 (50,55%) moderadamente diferenciados. O tipo histológico medular teve 4 (100%) casos pouco diferenciados. Em relação ao diâmetro do nódulo maligno, dos 114 casos de câncer, um não pôde ser avaliado por não haver resultado. Dos 113 restantes, 24 (22,10%) nódulos eram menores que 1 cm de diâmetro, 35 (30,97%) estavam entre 1 e 1,9 cm, 32 (28,31%) entre 2 e 3,9 cm e 22 (19,46%) mediam 4 cm ou mais. O tipo histológico papilar predominou entre 1 e 1,9 cm e o folicular entre 2 e 3,9 cm. O medular não teve nenhum caso com menos de 1 cm de diâmetro.</p> <p>CONCLUSÕES: O número de casos de câncer de tireoide identificados através de exames diagnósticos após tireoidectomias no estado do Amapá têm uma frequência um pouco superior comparada a outros estudos. Ainda assim, o tumor maligno apresentou um perfil epidemiológico semelhante ao da literatura pesquisada, com predomínio do tipo papilífero, tumores bem diferenciados e com a maioria dos nódulos malignos menores que 2 cm de diâmetro.</p>	<p>PO 403-3</p> <p>ABORDAGENS NÃO CONVENCIONAIS PARA RESOLUÇÃO DE APENDICITE AGUDA: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>PEDRO PAULO DE MATOS, MICHAELA LONGONI MANFROI, ANA LUIZA RABELO DE SOUSA MATOS, PEDRO LOPES FERNANDES FILHO, MATHEUS PEDROSA TAVARES, MARCUS LÉON DE JESUS GOMES, LAURA BEATRIZ DE FREITAS BASTOS, LUZITANO BRANDÃO FERREIRA</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo tem por objetivo identificar, na literatura nacional e internacional, abordagens não convencionais para resolução de apendicite aguda, além de buscar discernir possíveis tendências para o tratamento.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura sistemática abordando trabalhos encontrados nas plataformas Pubmed, Google Scholar e Scielo com artigos publicados entre 2009 e 2019. Os principais descritores utilizados para a pesquisa foram "diferentes abordagens para apendicite aguda", "abordagens alternativas para apendicite", "other approaches for appendicitis", "approaches for appendicitis", "unusual approaches for appendicitis" e "unusual management of appendectomy".</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 196 artigos, dentre os quais, 12 atenderam aos objetivos da pesquisa. Os artigos não utilizados foram descartados por trazer pequenas alterações em técnicas já consolidadas ou por não se tratarem de diferentes técnicas cirúrgicas em si, mas de diferentes abordagens terapêuticas pós-operatórias. O tipo de abordagem resolutiva da apendicite depende da estrutura hospitalar em que o doente e a equipe cirúrgica se encontram, do tempo de evolução dos sinais e sintomas e da capacidade do paciente suportar o procedimento invasivo. As mais recorrentes são: as abordagens laparoscópicas, por três acessos; as abordagens abertas, por incisão mediana, incisão transversa no quadrante inferior direito e incisão oblíqua e, também, a laparotomia exploradora, dependendo do estado geral do enfermo. Foi encontrado a resolução de uma apendicite aguda causada por fecalito por meio de retirada do mesmo através de videocolonosopia. Outra técnica também utilizada foi a abordagem por apenas uma incisão umbilical, atingindo resultados tão satisfatórios quanto a via laparoscópica convencional, promovendo a segurança da equipe e do paciente. Ademais, também é descrita a cirurgia feita por via transvaginal, o que propicia à paciente um procedimento esteticamente melhor no abdômen.</p> <p>CONCLUSÕES: Considerando as técnicas descritas, verifica-se, que, apesar de ser uma patologia bem conhecida dos cirurgiões, as formas de abordagem da apendicite aguda seguem evoluindo. Desse modo, pode-se observar que a partir da técnica de remoção do fecalito por videocolonosopia os resultados foram satisfatórios na medida em que se conseguiu reverter o quadro do paciente sem, necessariamente, submetê-lo a uma cirurgia, podendo o paciente receber alta médica de forma mais rápida e sem a necessidade de internação por vários dias. A técnica descrita utilizando apenas uma incisão para laparoscopia é colocada como uma abordagem mais estética e que garante resultados semelhantes à laparoscopia convencional do sentido de tempo de internação, tempo de cirurgia e riscos durante o procedimento. Por fim, a incisão por via transvaginal garante uma cirurgia sem cicatriz aparente, mas que, por outro lado, pode estar relacionada a dispareunia, necessitando, ainda, de estudos com maior confiabilidade para confirmação ou não da suspeita.</p>

PO 405-1	PO 405-2
<p>LIRAGLUTIDA COMO TERAPIA DE RESGATE NO REGANHO DE PESO EM BARIÁTRICOS</p> <p>ROGER BONGESTAB</p> <p><i>INMA - VILA VELHA - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o uso de Liraglutida em pacientes bariátricos com reganho de peso superior a 5% do peso total perdido no pós-operatório de bariátrica e que ainda se mantiveram com IMC igual ou superior a 27kg/m².</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo com base em análise de prontuário de pacientes bariátricos atendidos em consultório especializado em obesidade. Foram analisados 42 pacientes pós-bariátrica que apresentaram reganho de peso maior que 5% do total do peso pedido no pós-operatório, estando com IMC em níveis de obesidade e cuja terapêutica farmacológica indicada foi Liraglutida subcutânea aliado à abordagem nutricional e psicológica e à atividade física. A meta para sucesso terapêutico foi obtenção do IMC abaixo de 27kg/m².</p> <p>RESULTADOS: Dos 42 pacientes analisados, 28 eram mulheres e 14 homens, todos idade superior a 18anos, (mediana de 33 anos). Sendo que 37 pacientes foram operados pela técnica de by-pass em y-Roux e 5 pela técnica gastrectomia vertical. A média do peso pré-bariátrica era 118kg e peso mínimo pós-operatório médio 72kg. Já a média de reganho foi de 12,5kg. Com a intervenção medicamentosa diária utilizando-se Liraglutida com dose entre 2,4-3,0mg/dia e tempo médio de uso de 10 meses (mediana 7meses), ocorreu a perda de peso com redução da superfície corpórea para abaixo do IMC 27kg/m² em 34 pacientes do total de 42 estudados. Entretanto, 3 pacientes perderam menos do que esta meta estipulada, e em 3pacientes foi suspenso o uso desta medicação em virtude de efeitos colaterais (2 com náuseas persistentes e 1 com constipação de difícil manejo), e 2 pacientes abandonaram o seguimento médico.</p> <p>CONCLUSÕES: Liraglutida demonstra-se como eficaz terapêutica de resgate do peso corporal em pacientes bariátricos, com boa tolerância, aliado à segurança da medicação sabidamente já conhecida, independente da técnica cirúrgica, seguindo evolução similar ao encontrado na literatura em pacientes obesos não-bariátricos.</p>	<p>A IMPORTANCIA DA CISTERNOSTOMIA NO CONTROLE DA HIPERTENSAO INTRACRANIANA</p> <p>ANA PAULA COELHO DE MELO LEITE, PEDRO HENRIQUE COELHO DE MELO LEITE</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trauma crânioencefálico (TCE) é um grave problema devido à altas taxas de mortalidade e morbidade, logo são necessários métodos eficazes que evitem lesões neurológicas permanentes. Nesse contexto, a realização de cisternostomia tem demonstrado significativos benefícios no controle da hipertensão intracraniana decorrente do mecanismo de trauma. Deste modo, o objetivo do trabalho apresentado é ressaltar, baseado na literatura, os benefícios da técnica de cisternostomia no controle da hipertensão intracraniana (HIC) decorrente de TCE ou hemorragia subaracnóidea (HSA), por exemplo, em detrimento de métodos antigos como a craniectomia descompressiva (CD).</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica do tipo exploratória no banco de dados PubMed e Scielo, bem como no Chinese Journal of Traumatology em busca de artigos relevantes sobre o tema nos idiomas inglês e português.</p> <p>RESULTADOS: A cisternostomia baseia-se na alteração do fluxo liquorico, objetivando sua maior absorção a fim de que haja redução da HIC, frequente em casos de TCE e HSA. A cisternostomia apresentou resultados expressivamente melhores em relação à métodos convencionais como a CD. Em traumas graves, a mortalidade em pacientes submetidos à cisternostomia, cisternostomia associada à CD e apenas CD foram de, respectivamente, 15,6%; 26,4% e 34,8%. Além de benefícios na recuperação de pacientes submetidos à cisternostomia, analisado pela Escala de Outcome de Glasgow na literatura analisada.</p> <p>CONCLUSÕES: Nesse contexto, a cisternostomia demonstra-se como uma alternativa benéfica para o controle da pressão intracraniana na tentativa de alcançar melhor prognóstico. Deste modo, este procedimento deve ser adotado a fim de que sejam evitados danos neurológicos relacionados à processo isquêmico decorrente da compressão.</p>
<p>A CIRURGIA METABOLICA COMO TRATAMENTO PARA DIABETES TIPO II: UMA REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Antônio Carlos Weston, Arthur Bueno Luzardo, Laura De Ross Rossi, Mariana Alcântara Scalcon, Mônica de Campos Rodrigues, Mariane Menegat Madruga, Cristian Amaral Pereira, Guilherme Ribeiro</p> <p><i>ULBRA- Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca da cirurgia metabólica. Esse procedimento cirúrgico gera uma modificação anatômica do trato gastrointestinal, resultando em melhor controle metabólico de comorbidades agravadas pelo excesso de peso como o tratamento para o diabetes tipo II, uma disfunção endócrino-metabólica de resistência insulínica, com base no Escore de Risco Metabólico.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado levantamento bibliográfico do período de 2014 a 2019 com dados coletados por meio de pesquisa em livros, teses e artigos publicados nas bases de dados Scielo, Pubmed, Medline e Google Books. Foram utilizadas as palavras-chave: "cirurgia metabólica" e "diabetes tipo II". Foram selecionados 11 artigos para serem analisados conforme resultados, no pós-operatório de cirurgia metabólica, do controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo II.</p> <p>RESULTADOS: Estudos mostram que cirurgias bariátricas convencionais para o tratamento da obesidade mórbida, além de promoverem uma significativa e sustentada perda de peso, têm um impacto benéfico na remissão da diabetes mellitus tipo II, doença que gera grandes complicações micro e macrovasculares. Logo, essa cirurgia adquire também um papel metabólico. Desse modo, Schauer concluiu, em 2017, ao final de 5 anos de acompanhamento do STAMPEDE Trial, que o tratamento cirúrgico associado ou não ao uso de medicações foi superior ao uso apenas de medicação no alcance e na manutenção de valores de hemoglobina glicosilada inferiores HbA1C a 6%. Corroborando essa afirmação, em 2015, Mingrone, após 5 anos de follow-up de um ensaio clínico randomizado, concluiu que a cirurgia é mais efetiva do que o tratamento clínico para o controle a longo prazo do diabetes tipo II. Campos, em 2016, concluiu que as intervenções gastrointestinais em diabéticos com Índice de Massa Corporal - IMC≤35 kg/m² possuem segurança e eficácia semelhantes aos grupos com IMCs maiores, resultando na melhora do diabetes de forma superior aos tratamentos clínicos e mudanças de estilo de vida. Ademais, não há correlação entre o IMC inicial e a perda ponderal em longo prazo com os índices de sucesso do tratamento cirúrgico. Corroborando essa afirmação, em 2017, Silva em um estudo com 20 pacientes comparando tratamento cirúrgico e clínico, constatou que o grupo cirúrgico obteve melhor controle ponderal e glicêmico na pós-intervenção do que o grupo clínico ao observar os seguintes parâmetros: glicemia em jejum, HbA1C e IMC.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora ainda sejam necessários mais estudos acerca do potencial das intervenções gastrointestinais em diabéticos para definir o melhor momento da intervenção cirúrgica, a literatura deixa claro, até o momento, que o tratamento cirúrgico tem se demonstrado superior no controle da diabetes mellitus tipo 2, o qual possibilita que quase a totalidade dos pacientes portadores de DM2 interrompa o tratamento medicamentoso.</p>	<p>MONITORAÇÃO DO VASOESPASMO PELA MICRODIÁLISE EM PACIENTES POS HSA</p> <p>ANA PAULA COELHO DE MELO LEITE, PEDRO HENRIQUE COELHO DE MELO LEITE</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Vasoespasmo geralmente refere-se à associação de estreitamento de vasos cerebrais e instalação tardia de déficits neurológicos após hemorragia subaracnóidea, ocorre tardiamente em cerca de 70% dos pacientes com quadros de HSA, tendo seu pico em torno do sétimo ao oitavo dia após o sangramento, a análise da literatura demonstra que em 36% dos casos ocorre evolução para isquemia cerebral sintomática ou infarto. Assim é imperativa a necessidade de mecanismos capazes de monitorar continuamente o metabolismo cerebral a fim de evitar danos neurológicos. Nessa perspectiva, a microdiálise baseia-se na mensuração de marcadores e indutores de lesão secundária no espaço extracelular, sendo capaz de antever em até 11 horas a manifestação clínica de alteração metabólica tecidual relacionada com hipóxia e isquemia, minimizando danos neurológicos. Deste modo, o objetivo primordial do presente trabalho é evidenciar a importância da monitoração continua por meio da microdiálise em pacientes com quadros de hemorragia subaracnóidea (HSA) visando a prevenção de danos neurológicos.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica do tipo exploratória no banco de dados PubMed e nos Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia em busca de artigos relevantes sobre o tema.</p> <p>RESULTADOS: A monitoração por microdiálise mostra-se eficaz por proporcionar aos profissionais da área de saúde ampla janela de atuação de terapêuticas a fim de evitar danos neurológicos permanentes por processos isquêmicos. A importância na diferenciação do quadro antes do aparecimento dos sintomas pela microdiálise deve-se ao primeiro tratamento diferenciado, visto que na prevenção do vasoespasmo deve ser adotada terapia de normopressão e hipervolemia moderada com hemodiluição (hematócrito acima de 35%). Já no tratamento de vasoespasmos sintomáticos deve ser induzida a hipertensão com hipervolemia e hemodiluição, que previne e trata complicações isquêmicas, apesar de relacionar-se a complicações como insuficiência cardíaca, edema cerebral e desequilíbrio hidroeletrólítico.</p> <p>CONCLUSÕES: É de suma importância que a monitoração precoce de pacientes com HSA pela microdiálise seja adota a fim de evitar processos isquêmicos, com perdas neurológicas irreversíveis. Visto que este método de monitoração minimamente invasivo antevê processos isquêmicos pela mensuração de substância que indiquem alterações metabólicas no tecido cerebral, evidenciando significativa janela de atuação aos profissionais de saúde. Permitindo realização de tratamento adequado, já que nenhum dos meios disponíveis são isentos de riscos, em tempo hábil.</p>

PO 407-1	PO 408-1
<p>CIRURGIA Y DE ROUX E MUDANÇA DE PARÂMETROS NO PERFIL GLICÊMICO EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 : UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>RAFAELLA FIGUENE DE BRITO FILGUEIRA, CRISTINE FIGUENE DE BRITO FILGUEIRA, THASSIA RACHEL BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - Famene - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a eficácia gastroplastia em derivação de y de roux em relação a mudança de parâmetros no perfil glicêmico de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão de literatura na qual se identificaram 22 artigos no Scielo e 34 no Pubmed. Foram incluídos, inicialmente, apenas estudos clínicos, revisões de literatura e relatos de caso avaliando cirurgia de y de roux e diabetes no período dos últimos cinco anos, nos idiomas: português, inglês e espanhol. Excluíram-se os estudos duplicados, teses e artigos que não constavam na íntegra.</p> <p>RESULTADOS: Sete artigos preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos selecionados evidenciaram que a gastroplastia em derivação de Y de Roux mostrou-se bastante eficaz para a melhora das comorbidades em pacientes obesos e foi possível observar a redução de níveis glicêmicos e remissão de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) nesses pacientes. Contudo, deve-se considerar a gastroplastia em y de Roux apenas em pacientes com uma falha terapêutica e com outras co-morbidades envolvidas. A resolução do DM2 da-se pela restrição da ingestão calórica, redução da grelina, redução da resistência a insulina e modulação das incretinas. Um estudo de coorte comparou glicemia de 31 pacientes pós a cirurgia e demonstrou redução da glicemia em pacientes com e sem DM2, variando de até 20mg/dl nos pacientes diabéticos. Um estudo transversal com 103 pacientes obesos, demonstrou que em 94,1% dos pacientes submetidos a gastroplastia, apresentaram melhora na qualidade de vida e em relação as complicações pós operatórias, 79,6% apresentaram queda de cabelo, 37,9% deficiência nutricional e 35% anemia. Um outro estudo transversal com 143 pacientes obesos, demonstrou que 88,2% dos pacientes com DM2 tiveram resolução da doença, 2,9% permaneceram com DM2 e 8,8% apresentaram melhoras.</p> <p>CONCLUSÕES: É possível observar que a cirurgia em Y de Roux tem sido um método bem eficaz para a resolução da obesidade e mudança dos parâmetros glicêmicos em pacientes portadores de DM2, contudo esse método deve ser utilizado em pacientes selecionados, bem como não deve ser o único meio para cura da obesidade, deve contar com apoio psicológico, nutricional e de atividade físicas.</p>	<p>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS METABÓLICOS COMO OPÇÃO TERAPEUTICA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.</p> <p>João Saraiva Lins Neto, Estephanye Vasconcelos Nunes de Farias, Lizandra Alves de Almeida Silva, Alcides Leite de Amorim Júnior, Pedro Henrique Carneiro da Cunha Florêncio, Emanuel Caetano Saraiva Cavalcanti, Gabriela Trigueiro Lopes ramalho, José Calixto da Silva Neto</p> <p><i>FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Análise e revisão de estudos que possuam ênfase na relação entre procedimentos cirúrgicos bariátricos/metabólicos e a remissão do diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão qualitativa, descritiva de bibliografias e das bases de dados Pubmed, Scielo e Bireme, com os descritores: Diabetes Mellitus tipo 2, Cirurgia Metabólica, Cirurgia Bariátrica.</p> <p>RESULTADOS: A perda de peso contribui de maneira significativa para o sucesso do tratamento em diabéticos, dessa forma as intervenções bariátricas apresentam um componente metabólico e neuro-endócrino importante que favorecem a resolução da diabetes tipo 2, mesmo em doentes com obesidade leve ou apenas excesso de peso. As intervenções gastrointestinais em diabéticos com IMC≤35 kg/m2 possui segurança e eficácia semelhantes aos grupos com IMCs maiores, levando a melhora do diabete de forma superior aos tratamentos clínicos e mudanças de estilo de vida. Essas cirurgias de combate a obesidade alteram o perfil hormonal do paciente, estimulando a produção de incretinas e anoréticos que vão suprimir os hormônios orexigênicos como a grelina. Os artigos e estudos demonstram que a sensibilidade insulínica em pacientes obesos melhora juntamente com a perda de peso e imediatamente após a operação. A taxa de remissão do DM2 varia de acordo com o procedimento cirúrgico, sendo os melhores resultados observados nas operações com associação entre redução gástrica e derivação intestinal, quando comparadas com as técnicas puramente restritivas. O bypass gastrojejunal com reconstrução em Y de Roux (BGR) é a técnica indicada pelo conselho federal de medicina (CFM) para os pacientes selecionados no Escore de risco metabólico estabelecido pela diretoria intersocietária elaborada em conjunto pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). Nesta operação o alimento deixa de circular por parte do estômago, do duodeno e do jejuno proximal, com redução no comprimento do trajeto de alça comum ao alimento e ao suco biliopancreático para cerca de 450 cm5. Somente em casos de contra-indicação ou desvantagem da BGR, a gastrectomia vertical (GV) será a opção disponível.</p> <p>CONCLUSÕES: Com o avanço dos procedimentos bariátricos possuimos também agora a opção do tratamento cirúrgico para a DM em pacientes de IMC entre 30kg/m² e 35kg/m², que através de estudos e observações nas diversas modalidades e técnicas cirúrgicas apresentaram significativo controle precoce da glicemia, resultando na remissão da DM2. Apesar disso, os procedimentos e operações para tratamento do DM2 ainda necessitam serem melhor avaliados em novos estudos comparando o tratamento cirúrgico ao clínico.</p>
<p>PO 408-3</p> <p>COMPARATIVO DO NÚMERO DE ÓBITOS APOS A INTERNAÇÃO POR DOENÇAS DO APÊNDICE DE DEZEMBRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2018 EM REGIÕES DO BRASIL</p> <p>Mariana Alves de Moura, Denis Ricardo Faria Gurgel, Daniel Laureano de Castro, Kleyton Roberto Lira Silva, Eros Silva Cláudio, Kamilla Godoi Pires, Thallia Alves dy Lucena</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UNIRG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O apêndice cecal consiste em uma extensão tubular localizada no ceco e que termina em fundo cego. Por anos, foi descrito como órgão meramente vestigial, sem função definida. Contudo, novas evidências apontam que o apêndice funciona como uma safe house para a flora comensal, facilitando a recolonização intestinal no caso de um clareamento da flora, como ocorre, por exemplo, em diarreias aquosas importantes. O apêndice pode ser sede de uma série de afecções, neoplásicas e não neoplásicas. A apendicite aguda é a mais frequente delas. Considerada a principal afecção cirúrgica abdominal, com uma incidência de aproximadamente 233 casos a cada 100 mil habitantes nos Estados Unidos. Tem como principal fator etiológico a obstrução da luz apendicular. Esta obstrução pode ser causada por fekalitos impactados. No entanto, várias outras causas podem estar relacionadas. Cálculos, parasitas, hiperplasia linfóide e tumores benignos e malignos também estão envolvidos na patogênese da doença. Por isso, visamos comparar o número de óbitos após a internação por doenças do apêndice de dezembro de 2008 a dezembro de 2018 em regiões do Brasil.</p> <p>MÉTODO: Realizado um estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por doenças do apêndice registrados no DATASUS durante o período de dez/2008 a dez/2018 nas macrorregiões brasileiras.</p> <p>RESULTADOS: Foram registrados na região norte 102.864 internações, 335 óbitos, com prevalência de 0,32%. Na região nordeste 227.940 internações, 978 óbitos, com prevalência de 0,43%. Na região sudeste 438.019 internações, 1.823 óbitos, com prevalência de 0,41%. Na região sul 222.820 internações, 535 óbitos, com prevalência de 0,24%. Na região centro-oeste 97.325 internações, 344 óbitos, com prevalência de 0,35%.</p> <p>CONCLUSÕES: O número de óbitos na região nordeste apresentou uma maior prevalência em relação as outras regiões do país, tendo uma discrepância de 19% a mais em comparação com a região sul, a qual apresentou uma menor prevalência. A região sudeste tendo apresentado uma alta prevalência obteve discrepância de 17% em relação a região sul, as regiões norte e centro-oeste apresentaram menores prevalências em relação a nordeste e sudeste. Observa-se então através deste estudo de dados que ainda e necessário novos estudos para determinar o motivo que leva a região nordeste e sudeste possuírem uma maior prevalência de óbitos em relação as outras regiões do país, para se determinar quais os pontos falhos no sistema de saúde destas regiões e promover suas melhorias.</p>	<p>PO 409-1</p> <p>ESTEATO HEPATITE NÃO ALCÓOLICA EM PACIENTES OBESOS SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA: ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE OS DADOS CLÍNICOS, LABORATORIAIS, ULTRASSONOGRÁFICOS E BIÓPSIA HEPÁTICA</p> <p>Nadia Mie Uwagoya Taira, Paulo Kassab, Wilson Rodrigues Freitas JR, Osvaldo Castro, Carlos Alberto Malheiros, Patricia Colombo Souza, Elias Jirjoss Ilias</p> <p><i>FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever e analisar o perfil clínico, laboratorial e anatomopatológico dos pacientes obesos submetidos à cirurgia de gastroplastia com derivação em Y de Roux. Fazer a análise estatística comparativa com os resultados de biópsias hepáticas e exames ultrassonográficos realizados no pré operatório.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal realizado com 112 pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica, no período de 2015 a 2017, no departamento de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os pacientes foram submetidos à biópsia hepática no decorso da intervenção bariátrica conforme padronização técnica, com retirada de fragmento em cunha do lobo esquerdo do fígado, de aproximadamente 1 cm. A classificação utilizada levou em consideração a quantidade de parênquima hepático envolvido, classificando a esteatose em 4 graus: grau 0 (sem esteatose); grau 1 –leve (com menos 1/3 de tecido envolvido); grau 2 –moderado (com 1/3 a 2/3 de tecido envolvido); grau 3 –grave (com mais de 2/3 comprometidos) seguindo SBP. A ultrassonografia foi realizada no paciente pré-cirurgia. A concordância entre o método ultrassonográfico com o padrão-ouro biópsia hepática foi medida pelo teste de concordância de Kappa (IC95%).</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 98 pacientes do gênero feminino e 14 do masculino com média de idade de 42 e 43,5 anos (p=0,451) e IMC anterior à cirurgia de 46,0 e 45,1 (p=0,781), respectivamente para os gêneros feminino e masculino, sendo esta diferença não significante. Os pacientes que não apresentaram esteatose hepática pelo método ultrassonográfico foram 32,2%, comparados a 25% pelo padrão-ouro. Dos que apresentaram esteatose pelo método ultrassonográfico, 22,3% foi considerada leve, 4,5% moderada e 41,1% grave. O padrão-ouro mostrou que 29,5% se tratavam de esteatose leve, 29,5% de moderada e 16,1% de grave. O coeficiente Kappa mostrou uma concordância fraca entre os dois métodos sendo que a concordância encontrada foi de 41,9%. Ao correlacionar o Colesterol com o grau de esteatose determinado pela biópsia hepática, tem-se que no grau 0 a variância mínima e máxima do colesterol foi de (100-254) e no grau 3 (151-289). Para o HDL, grau 0 teve (31-74) enquanto pacientes com grau 3 (28-88). Na fosfatase alcalina, no grau 0 (46-134) e no grau 3 (47-118). Na glicemia, o grau 0 variou entre (72-116), grau 1 (74-134), grau 2 (75-189) e no grau 3 (79-617). Para o TGO, grau 0 teve variância (11-41) igual do grau 3 (11-41).</p> <p>CONCLUSÕES: Nosso estudo afirma que apesar da biópsia seja um método invasivo e de alto custo ainda é o padrão ouro para o diagnóstico da doença pois nos casos dos pacientes que não apresentam esteatose, a USG acabou considerando como normais 7,2% dos pacientes que se encontram com certo grau de esteatose. Já altos valores esperados de Colesterol, HDL, Fosfatase alcalina, TGO e glicemia nem sempre estão relacionados a grau de esteatose 3. Mostrando que mais estudos são necessários para achar um padrão entre obesidade e esteato hepática não alcoólica.</p>

<p style="text-align: center;">PO 412-3</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABDOME AGUDO CIRÚRGICO EM PACIENTES IDOSO DO HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI</p> <p>MARILIA LOUREIRO GOIS CAVALCANTE, BRAULIO VICTOR BRANDÃO LADEIA, AMANDA ARAUJO MENDES, JESSICA SANTOS OLIVEIRA, FERNANDO TORRES VASQUES, MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA</p> <p><i>HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI - ITAPEVI - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é analisar o perfil dos pacientes idosos internados neste hospital com abdome agudo cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Realizado um estudo retrospectivo de 48 pacientes acima de 65 anos internados no Hospital Geral de Itapevi e que foram submetidos a procedimento cirúrgico por abdome agudo de 2017 a 2018.</p> <p>RESULTADOS: A mortalidade global foi de 47%. O abdome agudo obstrutivo é o maior responsável pelos números de internação. O abdome agudo vascular obteve 100 % de mortalidade. O tempo para intervenção cirúrgica em mais de 50% dos casos foi menor que 24 horas, porém isso não reduziu o número de óbitos, visto que o hospital é um serviço de porta fechada e estes pacientes apresentavam um quadro arrastado.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que o abdome agudo em idoso aumenta a morbimortalidade. É necessário que seja analisados com atenção e de uma forma particular, visto que as alterações fisiológicas comuns do envelhecimento influenciam no desfecho final.</p>	<p style="text-align: center;">PO 413-1</p> <p>CIRURGIA BARIÁTRICA: BY-PASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX E GASTRECTOMIA VERTICAL</p> <p>Yago José Fagundes Freitas, Naiza Murielly Pereira Borges, Guilherme Nassif Corrêa, Letícia Ohana Carvalho, Nathália Carvalho Moreira, Amanda Fernandes Pereira Brito</p> <p><i>UniEvangélica - Anapólis - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar as técnicas cirúrgicas bypass gástrico em Y de roux (BGYR) e gastrectomia vertical (GV) para redução bariátrica, analisando os benefícios e relação com morbidades.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com buscas nas bases de dados PubMed e Scielo. Os descritores definidos foram: cirurgia bariátrica, by-pass gástrico e gastrectomia vertical.</p> <p>RESULTADOS: A obesidade é uma doença crônica e multifatorial com incidência crescente, relacionada com outras morbidades, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus II (DM) e dislipidemias. Dentro do grupo das intervenções terapêuticas, a cirurgia bariátrica apresenta-se como importante alternativa. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as principais indicações para cirurgia bariátrica são: pessoas com índice de massa corporal (IMC) >40 kg/m², independentemente da presença de morbidades e IMC entre 35 e 40 kg/m² na presença de morbidade. Ressalta-se que a cirurgia bariátrica tem demonstrado redução em 89% do risco relativo de morte em pacientes com obesidade mórbida. A gastrectomia vertical ou em manga, o inglês sleeve gastrectomy, consiste na construção de um novo estômago em forma de um tubo fino através da remoção de 70% a 80% do estômago original, tendo como uma das vantagens permanência do duodeno e fornecendo um reservatório com volume próximo de 200 mL. A técnica do BGYR consiste na redução da capacidade gástrica para um volume de aproximadamente 20 ml. O pequeno reservatório gástrico é anastomosado a uma alça jejunal isolada em Y e seu esvaziamento é limitado por um anel de silicone reduzindo o diâmetro da luz gástrica. O estômago remanescente, assim como o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno, ficam permanentemente excluídos do trânsito alimentar. Ao comparar as técnicas, em relação à diminuição do IMC, percebe-se que ambas são efetivas, pois geram aumento na saciedade e hipofagia de longo prazo. Em relação às morbidades, a GV apresentou aumento na incidência doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) por acometimento estrutural dos mecanismos antirrefluxo. Por outro lado, o BGYR necessitou de revisão cirúrgica após 10 anos ou mais. Ao comparar DM e HAS, percebe-se redução nos dois procedimentos, com destaque para HAS. Contudo, observou-se a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos em pacientes que utilizaram a técnica de BGYR.</p> <p>CONCLUSÕES: As modalidades de cirurgia bariátrica analisadas atingiram seu objetivo de reduzir o IMC de pacientes não responsivos a terapia clínica. Cada procedimento apresentou suas peculiaridades: a GV está relacionada com o aumento na incidência de DRGE e o BGYR com a revisão cirúrgica a longo prazo. Quanto as morbidades, ambas apresentam bom prognóstico e resultados semelhantes, tanto para DM2 e HAS. Contudo, o BGYR, em alguns pacientes, apresentou piores resultados na redução da HAS, sendo necessário o uso de anti-hipertensivos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 413-3</p> <p>SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA INDICAÇÃO CIRÚRGICA EM PACIENTES COM SUSPEITA DE APENDICITE AGUDA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA- BA.</p> <p>PERLLA CERQUEIRA COUTO, JUDAH LEÃO BAROUH, MATHEUS SENA ROCHA</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar exames de imagens à duração sintomatológica e sua indicação cirúrgica, em pacientes com suspeita de apendicite aguda.</p> <p>MÉTODO: Esse é um estudo observacional retrospectivo em que foram analisados 72 prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, em Salvador, no período de 2017 a 2018. As variáveis analisadas foram: sintomatologia e sua duração, para qual a amostra foi estratificada nos seguintes períodos: 1-3 dias, 4-7 dias e 1-2 semanas; exames realizados e indicação cirúrgica. Para avaliar os dados, foi feita análise estatística simples e descritiva através do Microsoft Excel 2017.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com as sintomatologias apresentadas, 67 (93%) dos pacientes (pctes) desenvolveram dor em quadrante inferior direito e em fossa ilíaca direita, 42 (58%) pctes apresentaram dor à descompressão brusca, 14 (19%) pctes relataram dor migratória, 47 (65%) pctes referiram vômitos, sendo que 43 (59%) pctes mencionaram náusea, 18 (25%) pctes alegaram anorexia e 7,6% dos pctes evoluíram com febre (temperatura > 37,3º Celsius). Referente à estratificação da duração dos sintomas, foram encontrados 48 (66,7%) pctes no primeiro período, 19 (26,4%) pctes no segundo e 5 (6,9%) pctes no terceiro. Neste último, observou-se que o exame clínico sozinho não foi suficiente para motivar indicações cirúrgicas, porém, quando associado aos exames de imagens, dos quais destacam-se ultrassonografia e Tomografia Computadorizada, resultaram 5 (100%) necessidades cirúrgicas. Todavia, no primeiro grupo (1-3 dias), cerca de 11 pacientes foram diagnosticados exclusivamente pela avaliação clínica, correspondendo a 22,9% das indicações. É interessante notar que ao associar outros tipos de recursos diagnósticos, excetuando àqueles exames de imagens ao exame clínico, ocasionaram 18 (37,8%) indicações de cirurgias. Sendo este, resultado igual encontrado quando utilizado em combinação aos exames de imagens. Enquanto que os não referidos corresponderam a 2,1%. Ao avaliar o segundo período (4-7 dias), constata-se que 15% desse grupo foi submetido ao tratamento cirúrgico somente pela avaliação clínica. Entretanto, com auxílio de diagnósticos por imagem, resultaram em 15 (75%) indicações cirúrgicas. Contudo, ao correlacionar outras abordagens excluindo exames de imagens, estas embasaram apenas 1 (5%) indicação para abordagem cirúrgica.</p> <p>CONCLUSÕES: Verifica-se que, no grupo com maior período de duração dos sintomas (1-2 semanas), houve uma maior taxa de indicação de apendicectomias através do auxílio dos exames de imagem. Já nos outros 2 grupos (com duração de sintomas de 1-3 e 4-7 dias), obtiveram maior indicação cirúrgica motivada pela avaliação exclusivamente clínica. Estes, ao serem submetidos com maior rapidez, evidenciaram a efetividade da avaliação sintomática, através de mínimos recursos, objetivando à indicação cirúrgica. Portanto, nota-se um pequeno contraste entre esses 3 grupos.</p>	<p style="text-align: center;">PO 415-1</p> <p>COLEDOCOLITASE EM PACIENTE COM CIRURGIA BARIÁTRICA – QUAL A MELHOR ABORDAGEM?</p> <p>Kevin Verdin Phillips, Fernanda Coutinho Kubaski, João Gabriel de Mello Ramos, Marcelo de Figueiredo</p> <p><i>Universidade Federal de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade é um problema crescente em nosso país, diante disso, o número de cirurgias bariátricas vem crescendo concomitantemente. A rápida perda de peso nesses pacientes ocasiona um aumento na incidência de colelitíase e coledocolitíase e com a alteração anatômica causada pela cirurgia, o acesso endoscópico tradicional se torna um verdadeiro desafio. Esse trabalho irá focar nas evidências atuais acerca da terapêutica da coledocolitíase em pacientes submetidos a cirurgia para redução de peso.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica nas bases de dados Pubmed e Medline com os temas "coledocolitíase" e "cirurgia bariátrica". Após análise inicial, foi realizada uma revisão dos artigos com ênfase na terapêutica da patologia abordada.</p> <p>RESULTADOS: Estima-se que 3,6% dos pacientes apresentem complicações biliares, sendo cerca de 28,9% colelitíase e 5,7% coledocolitíase. O tratamento endoscópico para litíase de vias biliares já é bem estabelecido, porém, com a alteração anatômica causada pela técnica cirúrgica, a coledocolitíase tornou-se um desafio. Não há uma rotina de rastreamento para tais complicações, não havendo consenso acerca do melhor método para a abordagem da coledocolitíase pós bariátrica. Duas técnicas cirúrgicas são propostas: colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) transgástrica assistida por videolaparoscopia (VLP) e coledocoduodenostomia laparoscópica. A primeira consiste em realizar o acesso transgástrico por VLP, introduzir o endoscópio e posteriormente cateterizar a papila maior. Um estudo de Frederiksen et al. apontou 100% de sucesso na realização da cateterização com 29 pacientes, porém atentou para o elevado índice de complicações. Em outro trabalho, Falcão et al. demonstrou sucesso no tratamento de 23 pacientes, com complicação em apenas um caso. Uma variação dessa técnica consiste em realizar uma gastrostomia de Janeway, em caráter temporário, para o acesso da árvore biliar. Já o segundo procedimento baseia-se na realização da coledocotomia com introdução do endoscópio e visualização direta da via biliar, seguida de retirada dos cálculos e posterior confecção de anastomose bilio-digestiva com a porção do duodeno mais próxima do colédoco. Um estudo recente realizado por Ali et al. mostrou que com tempo adequado e um operador experiente, o uso da enteroscopia em espiral possui uma taxa de sucesso de 86%. Dois trabalhos propuseram a realização de colangiografia transhepática percutânea, sendo a retirada de cálculos bem sucedida em um relato feito por Milella et al. Ademais, uma revisão recente comparando estudos que realizaram as técnicas descritas acima, mostrou que tanto a enteroscopia em espiral quanto os procedimentos assistidos por VLP são seguros, com alta taxa de sucesso.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento da litíase em vias biliares em pacientes submetidos a cirurgia de redução de peso representa um verdadeiro obstáculo a ser enfrentado. A literatura ainda necessita de estudos para definição de uma técnica padrão-ouro.</p>

PO 415-2	PO 416-1
<p>CANCER DE BOCA E OROFARINGE: UMA ANÁLISE SOCIOECONOMICA E EPIDEMIOLOGICA</p> <p>Ana Carolina Carnio Barruffini, Bárbara Sofia Ferreira Diniz, Bruna Viegas Amaral Amorim, Lorena de Souza Cardoso, Ludmila Campos Vasconcelos, Mariana de Oliveira Inocente Aídar, Rafaela Borges de Freitas,, Vanessa Oliveira Silva</p> <p><i>PUC - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a prevalência e influência das características socioeconômicas e do perfil epidemiológico dos indivíduos portadores de câncer de boca e orofaringe.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada revisão bibliográfica de artigos publicados entre os anos de 2012 a 2018, usando-se os termos: câncer de boca e orofaringe, epidemiologia e fatores de risco. Usou-se também dados epidemiológicos obtidos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) dos anos de 2014 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: Os tumores de boca e orofaringe são as neoplasias de cabeça e pescoço mais comuns, e representam significativa prevalência e mortalidade no Brasil e no mundo. Em 2018 foram estimados 14.700 casos no país, com predomínio no sexo masculino (76,1 % dos casos). Em relação ao ano de 2014 houve queda de 3,85% no número total de casos. Os fatores socioeconômicos associados mais prevalentes são o etilismo e o tabagismo, e outros fatores vem sendo estudados, como a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). A relação entre o tabagismo e o câncer de boca e orofaringe é bem estabelecida na literatura, em que as chances de desenvolver câncer em fumantes chegam a ser 6 vezes maiores do que em não fumantes. Quando tal hábito é associado ao etilismo, o risco chega a ser 10 vezes maior. Escolaridade e condição socioeconômica também se mostrou fator de risco, com uma chance cerca de 2,45 vezes maior de desenvolver a doença em pacientes com baixa escolaridade e vivendo em zona rural.</p> <p>CONCLUSÕES: As neoplasias de cabeça e pescoço representam um sério problema de saúde pública, devido à sua alta incidência, prevalência e mortalidade. Dentre essas neoplasias, enquadra-se os tumores de boca e orofaringe, cujo predomínio esta intimamente relacionado com os hábitos de vida de cada indivíduo e também sofrem influência de algumas variáveis sociodemográficas, tais como: sexo e nível de escolaridade.</p>	<p>CRESCIMENTO EXPONENCIAL DAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS – ANOS 2008 E 2017</p> <p>Carlos Brandão Feitosa Nina, Suzane Katy Rocha Oliveira, José Guilherme Belchior Costa, João Marcelo Garcez Alves, Lorayne Lino Sousa, Marcelle Sakamoto Travassos, Willian Vale de Holanda</p> <p><i>UNICEUMA - São Luis - Maranhão – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A presente pesquisa tem como escopo analisar o crescimento exponencial (215%) de cirurgias bariátricas realizadas nos anos de 2008 e 2017 no Brasil – no serviço público – e se existe, de fato, relação com as resoluções e alterações realizadas pelo Conselho Federal de Medicina, que estabelecem as normas seguras para o tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, assim como se há consequências sociais causadas pelo aumento do número de procedimentos.</p> <p>MÉTODO: Analisou-se dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), do DATASUS e do Sistema de Informações Hospitalares, bem como as retificações feitas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde o ano de 2005.</p> <p>RESULTADOS: Em 2005, O CFM publicou pela primeira vez a resolução de nº 1.766/05 que “estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe”. Esta foi a primeira a estabelecer as indicações gerais para os pacientes, tais como: pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40kg/ m2; pacientes com IMC maior que 35 kg/ m2 e comorbidades que ameacem a vida; maiores de 18 anos; obesidade estável há pelo menos cinco anos, entre outros. E, desde 2005, a resolução de nº 1.766/05, teve duas alterações, sendo uma em 2010 e outra em 2015, em que as indicações gerais se tornaram cada vez mais inclusivas com os pacientes, abrangendo mais comorbidades associadas. Em 2008 foram 3.195 procedimentos realizados. Em 2017, foram 10.064. Sabe-se que os hábitos de vida da população brasileira têm mudado, repercutindo de forma significativa na qualidade da saúde. Existem estudos que defendem essa facilitação legal, uma vez que esse procedimento resolve, além da obesidade, comorbidades associadas que o paciente venha a ter. Contudo, diante de tratamentos alternativos viáveis para essas condições, a escolha pela cirurgia bariátrica, na maioria dos casos, é vista como uma opção por conta do desconforto e da insatisfação do paciente com seu corpo. Decorrente disso, o procedimento tem como consequência uma questão de saúde coletiva, uma vez que o paciente necessita de acompanhamento por uma equipe especializada para orientá-lo a reconstruir sua vida de forma plena por conta das limitações após a cirurgia. Além do mais, o paciente pode ainda continuar a conviver com as razões que o levaram a obesidade e suas consequências.</p> <p>CONCLUSÕES: O crescimento exponencial do número de operações realizadas ao longo desses nove anos, associado às alterações das resoluções feitas pelo CFM, indicam que estas estão cada vez mais inclusivas para os pacientes e podem explicar, mesmo que minimamente, uma das razões desse fenômeno. A cirurgia bariátrica é uma operação que trata, além da obesidade mórbida, diversas comorbidades, logo, alguns estudos defendem a facilitação legal. No entanto, outros estudos evidenciam consequências na vida pessoal dos indivíduos que devem ser devidamente esclarecidas de forma a não comprometer o livre arbítrio dos pacientes.</p>
<p>PO 417-1</p> <p>COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DO BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX</p> <p>João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Carlos Miguel Ferreira e Pires Pereira, Luiza Rossi Pettinelli, Alexandre Deves, Tuany Oliveira Dornelles, Leonardo Castilho, Lucas Nascimento Dos Santos</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever complicações pós-operatórias do bypass gástrico em Y de Roux.</p> <p>MÉTODO: Estudo de coorte descritiva, realizado em um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. Foram selecionados todos os pacientes submetidos a bypass gástrico em Y de Roux por via laparoscópica desde janeiro de 2013 até dezembro de 2018. Os dados foram coletados através do prontuário, avaliando o histórico do paciente até a alta.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 823 pacientes. A incidência de complicações precoces foi de 1,21%, das quais 50% foram pneumonia, 20% hemorragia gástricas, 20% torção de alça e 10% embolia. Já incidência de complicações tardias foi de 19,8%, sendo as principais complicações colelitíase com 73,6% e distúrbios metabólicos/ nutricionais com 17,8%. Observa-se assim um baixo índice de complicações precoces e tardias em comparação com a literatura, mas a frequência relativa de colelitíase, nas complicações tardias, foi maior do que encontrado na literatura, possivelmente, devido a um viés de seleção, pois os pacientes poderiam já serem portadores de colelitíase antes da cirurgia bariátrica. Como possíveis causas para o sucesso da maioria das cirurgias destaca-se a boa consulta pré-operatória e preparação dos pacientes, equipe cirúrgica treinada, uso da mesma técnica cirúrgica em todos os pacientes, bom acompanhamento no pós-operatório pelas equipes cirúrgica e clínica (atenção a sinais de alarme, prevenção de trombose venosa profunda, controle rigoroso da dieta) e seguimento rigoroso no pós-operatório pela equipe multidisciplinar (cirurgião, clínico, psicólogo e nutricionista). Em relação aos sinais e sintomas precoces, foram principalmente dor peridreno (9,7%), dor abdominal (8,2%) e náusea e/ou vômito (3%) e os sinais e sintomas tardios foram principalmente diarreia (1,2%), vômito (0,7%), disfagia (0,7%) e dor abdominal (0,6%). Valendo ressaltar que estes são os resultados esperados de qualquer procedimento cirúrgico abdominal.</p> <p>CONCLUSÕES: O baixo índice de complicações pós-operatórias, sugere que o bypass gástrico em Y de Roux é alternativa sólida e segura para pacientes elegíveis. Os dados obtidos no estudo permitem também ressaltar à importância da equipe multidisciplinar em cirurgia bariátrica bem como do treino e aperfeiçoamento constante em cirurgia, diminuindo os riscos de desfechos desfavoráveis.</p>	<p>PO 418-3</p> <p>IMPACTO DAS FASES DA APENDICITE AGUDA NO TEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALAR DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA EM SALVADOR, BAHIA.</p> <p>LEONARDO Guimarães Melo, Vinícius Lopes Moreira de Souza, Gabriela Chaves Celino</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o tempo de permanência hospitalar (TPH) e a fase da apendicite aguda em pacientes do Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGSEF) correlacionando os dias de internamento com as fases dessa enfermidade. Além disso, analisar o tempo médio de internamento das fases dessa doença e comparar os resultados encontrados com a literatura.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo de janeiro de 2017 a agosto de 2018 realizado no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Salvador-BA, através da análise dos prontuários de 69 pacientes internados com o diagnóstico de apendicite aguda, onde foram avaliadas as variáveis tempo de permanência hospitalar e fase da apendicite aguda. O TPH foi avaliado em dias, enquanto a fase da apendicite aguda foi avaliada de I a IV, de acordo com a complicação: I-Edematosa; II-Flegmonosa; III-Supurativa; IV-Perforativa, sendo também as fases I e II agregadas como apendicite não complicada e III e IV como apendicite complicada². Para avaliação dessas variáveis, foi realizada análise estatística simples e descritiva a partir do Programa Microsoft Excel 2010.</p> <p>RESULTADOS: Foram avaliados 69 pacientes com apendicite aguda, com média de idade de aproximadamente 32 anos, sendo 44 (63,8%) homens e 25 (36,2%) mulheres. 12 pacientes (17,39%) apresentavam apendicite na fase I, 19 (27,54%) fase II, 17 (24,64%) fase III e 21 (30,43%) fase IV. 31 pacientes apresentavam apendicite não complicada e 38 apresentavam apendicite complicada, assim, a maioria dos pacientes (55,07%) apresentou apendicite complicada. A maioria das apendicectomias realizadas foi do tipo aberta, com aumento do número de realizações com o aumento da gravidade da enfermidade: fase I- 50%; II-68,4%; III-82,35%; IV-90,5%. O tempo médio de internação foi de 5,53 dias, com desvio padrão (DV) de 6,4. A média do TPH aumentou nas fases mais avançadas da apendicite, sendo de 2,5 dias nos pacientes com apendicite fase I, 3,36 dias com fase II, 6,41 dias com fase III e 8,47 com fase IV. O tempo médio de internação foi de 3,096 dias (DV = 1,44) nos pacientes com apendicite não complicada e 7,55 dias (DV = 8,025) nos pacientes com apendicite complicada. Foi registrado um óbito durante a internação, sendo o paciente portador de apendicite grau III.</p> <p>CONCLUSÕES: Na amostra analisada, a maioria dos pacientes apresentou apendicite aguda complicada, o que contrasta com o padrão encontrado na maioria dos estudos locais e internacionais¹. O tempo médio de permanência hospitalar de 5,53 dias foi maior do que o encontrado nos estudos recentes³. Uma das explicações para isso pode ser o fato de que as apendicites complicadas aparecem com mais frequência no HGSEF¹. As fases mais comuns de evolução foram as fases II e IV. Como esperado, os pacientes com apendicite não complicada apresentaram TPH 59% menor que o grupo com apendicite complicada.</p>

PO 421-2	PO 422-1
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE TIREÓIDE DE 2012 A 2016, NO ESTADO DA PARAÍBA</p> <p>MARCELA ROLIM DA CRUZ, Stéfany Lima Pontes, Tábata Silva Ramos, Natália Gondim Cavalcanti, Marina Braga Santos, Marina Brasileiro Cesar Leitão, Gabriella Bento de Moraes</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender a evolução da mortalidade por neoplasia maligna de tireoide, no estado da Paraíba, no período de 2012 a 2016.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um Estudo Transversal Retrospectivo para estimar a frequência de mortalidade por neoplasia maligna de tireoide na Paraíba, estratificando os dados por ano do óbito, sexo e idade. As informações para a realização do estudo foram coletadas através do banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS e através do Instituto Nacional de Câncer (INCA).</p> <p>RESULTADOS: O câncer de tireoide é o mais frequente da região da cabeça e pescoço, sendo mais comum nas mulheres em relação aos homens. Entre 2012 e 2016 foram registrados 156 casos de mortalidade por câncer de tireoide, sendo o maior número de casos observados nos anos de 2013 e 2014, com 36 óbitos (23%) cada. Os carcinomas diferenciados são os tipos mais comuns, responsável por 90% das neoplasias malignas da tireoide, logo, sua mortalidade é relativamente baixa em comparação a outros tipos de câncer. Em relação ao sexo, percebeu-se que a população mais afetada foi a feminina com 107 casos, representando 68,5% do total. Esse predomínio expressivo do sexo feminino é esperado por ser o quinto tumor mais prevalente em mulheres hoje no Brasil. Já no que diz respeito à faixa etária notou-se uma maior prevalência do número de óbitos com o aumento da idade, sobretudo a partir dos 40 anos. Dos 1 aos 39 anos, foram registradas 21 (13,4%) mortes, enquanto acima dos 40 anos foram registradas 135 (86,5%), sendo àqueles com 80 anos ou mais os mais afetados, respondendo por 26,9% dos óbitos, com 42 casos.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do estudo, compreende-se que o câncer de tireoide na Paraíba possui um perfil de mortalidade composto pelo sexo feminino e população idosa. Não foi observado aumento significativo do número de óbitos, apesar da doença ser a neoplasia maligna mais comum no sistema endócrino e oitava posição no ranking de cânceres que acometem mulheres no mundo.</p>	<p>PROGNÓSTICO DA DHGNA NO POS-OPERATÓRIO DA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Carolina Locatelli Boer, Maria Eduarda Conte Gripa, Priscila Paulo Braun, Mônica de Campos Rodrigues, Antônio Carlos Weston</p> <p><i>ULBRA - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura para esclarecer a correlação entre a melhora do prognóstico da Doença Hepática Gordurosa Não-Alcoólica (DHGNA) em pacientes obesos e a cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Este estudo de revisão bibliográfica analisou artigos sobre a evolução da DHGNA em pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica. Foram utilizadas como palavras-chave "NAFLD", "bariatric surgery", "post operative", "prognosis", "NASH" e analisados 7 artigos indexados na base de dados do Pubmed, Medline, Scielo e Lilacs entre os anos de 2014 e 2019.</p> <p>RESULTADOS: Além da cirurgia bariátrica ser efetiva na redução de peso e no progresso do Diabetes Mellitus, ela também tem mostrado grande potencial em reduzir ou até reverter a progressão da DHGNA em pacientes obesos. De acordo com Shanwen, 2019, um ano após a realização da cirurgia, foi observado decréscimo no percentual de pacientes classificados como alto risco de fibrose hepática avançada (7% para 2%). Segundo Denis, 2017, após 6 meses da realização da cirurgia bariátrica, já é possível analisar redução da fração de gordura hepática em pacientes obesos mórvidos com o auxílio da ressonância magnética. Nesse estudo, eles apontam a cirurgia bariátrica como o tratamento mais efetivo, não só da obesidade mórbida, como também da DHGNA. Da mesma forma, Rinela, 2016, ratifica em seu estudo que a cirurgia bariátrica tem apresentado melhora significativa em componentes histológicos hepáticos como esteatose, inflamação e até fibrose, confirmados por biópsia. Em função disso, cerca de 85% dos pacientes submetidos a cirurgia apresentaram resolução da NASH após um ano, de acordo com escores do Metavir, já afirmado por Cazzo, 2015. T Singh, 2016, relata a melhora nos níveis de transaminase sérica, o que traduz uma redução de necrose e inflamação nos hepatócitos após a cirurgia bariátrica. Segundo Laursen, 2019, dados recentes demonstraram efeitos significativos da cirurgia bariátrica sobre o GLP-1 e outros hormônios intestinais e anormalidades metabólicas e inflamatórias lipídicas envolvidas na fisiopatologia da DHGNA, com a possibilidade de reverter as alterações patológicas do fígado em pacientes com DHGNA e NASH. Da mesma forma, Lee, 2018, salienta que a cirurgia bariátrica leva a uma resolução completa de esteatose em 66% dos pacientes e que a fibrose hepática se resolve em 40% dos pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Baseado na análise dos artigos, concluímos que a cirurgia bariátrica é um tratamento efetivo para a Doença Hepática Gordurosa Não-Alcoólica nos pacientes obesos. Foi possível correlacionar a cirurgia bariátrica com uma melhora significativa em componentes histológicos hepáticos como esteatose e fibrose, bem como uma redução da inflamação e necrose. A maioria dos artigos salientou, contudo, a necessidade de mais estudos para elucidar se os benefícios são um efeito permanente da cirurgia.</p>
<p>PO 422-3</p> <p>APENDICITE AGUDA EM POSIÇÃO RETROCECAL. UM DIAGNÓSTICO CLÍNICO?</p> <p>Eduardo Alfeu Paredes, Hiago Dantas Medeiros, Pedro Paulo Assunção da Silva, Ana Beatriz Batista Neves, Marinna Karla da Cunha Lima, Glauber Melo de Araújo, Landsteiner dos Anjos Leite, Adriano Dias Trajano</p> <p><i>UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo analisar a necessidade de realizar exames complementares em suspeitas de apendicites retrocecais e as possíveis repercussões clínicas e cirúrgicas de diagnósticos tardios.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática de artigos de periódicos científicos nas bases de dados PubMed e Medline publicados nos últimos 5 anos na língua inglesa. Foram utilizados os seguintes descritores: "retrocecal appendectomy" e "retrocecal appendicitis", tendo como critério de inclusão os artigos que abordavam relação clínica/diagnóstica do apêndice retrocecal.</p> <p>RESULTADOS: Dos 26 artigos encontrados, foram selecionados 7 (26,9%), dos quais seis são artigos de pesquisa e um é relato de caso. A maioria dos trabalhos verifica que o diagnóstico clínico de apêndices retrocecais é de difícil realização, podendo a dor em quadrante superior ser confundida com colecistite, pielonefrite, litíase renal ou até síndrome do intestino irritável. Ademais, a descompressão brusca pode estar ausente, mesmo quando aplicada uma tensão maior. A USG de abdome é primeira opção de método complementar, entretanto, em apêndices retrocecais, seu uso torna-se limitado. Dessa forma, a Tomografia Computadorizada (TC) entra como método de escolha, trazendo achados como: apêndice retrocecal dilatado acompanhado de inflamação de gordura mesentérica adjacente. A demora no diagnóstico pode levar a complicações como perfuração e hidronefrose secundária. A TC também tem papel importante na avaliação pré-cirúrgica em abordagens laparoscópicas, sendo a presença de apêndice retrocecal um importante fator preditivo para a conversão em cirurgia aberta, evitando, dessa forma, desafios técnicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de ser possível o diagnóstico clínico de casos de apendicite aguda, faz-se necessário uma análise mais ampla em casos não típicos como os apêndices retrocecais, que além de não trazerem uma clínica convencional, na maioria das vezes, também não são visualizados na USG. Cirurgiões e radiologistas devem ter em mente que em ultrassonografias inconclusivas, não há contraindicação da abordagem tomográfica, principalmente em casos atípicos os quais o diagnóstico precoce propicia uma abordagem mais rápida e efetiva, evitando possíveis complicações</p>	<p>PO 423-1</p> <p>AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO USO DA ROBOTICA NA CIRURGIA BARIÁTRICA</p> <p>Lorena Torres Andrade da Nóbrega, Adrienne Araújo de Sarmiento Queiroga, Priscilla Anny de Araújo Alves, Rebeca Aguiar de Vital de Almeida, Mariane Costa Dias Lins</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Levantar dados atualizados a respeito das vantagens e desvantagens da técnica robótica e sua utilização na cirurgia bariátrica.</p> <p>MÉTODO: Revisão integrativa através de artigos científicos contidos no banco de dados da Scientific Electronic Library Online, Pubmed, Lilacs e o portal online da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.</p> <p>RESULTADOS: Atualmente, a cirurgia bariátrica e metabólica procede através de quatro principais modalidades, o by-pass gástrico, a cirurgia de Sleeve ou gastroectomia, o switch duodenal e a banda gástrica ajustável. Dessas, as mais utilizadas são o by-pass gástrico, ou gastroplastia com desvio intestinal de "Y" de Roux, e a gastroectomia vertical. Tais procedimentos têm sido realizados por três formas: a convencional, por cirurgia aberta, a laparoscópica e a robótica. O uso da robótica, apesar de recente, já é encontrado difundindo-se no Brasil, com mais de 30 robôs já distribuídos no país. No entanto, existe um impasse no que tange o uso dessa estratégia, abrangendo questões financeiras, logísticas e inovativas. A cirurgia robótica tem como um de seus benefícios a ergonomia mais adequada e confortável, facilitando procedimentos em pacientes obesos. Além do mais, por se tratar de uma técnica cirúrgica menos invasiva, dispõe da minimização de riscos e traumatismos ao organismo dos pacientes, reduzindo morbidade e o tempo necessário para recuperação. Dentre as desvantagens estão o tempo e o custo para preparar os instrumentos e sala, os quais são consideravelmente elevados, assim como a duração da operação propriamente dita. O cirurgião leva um tempo para habituar-se com o manuseio do robô e apresenta maior dificuldade em acessar os vários quadrantes do abdome. Acredita-se também, que os dispositivos robotizados podem restringir a aprendizagem de procedimentos laparoscópicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base no apresentado, temos uma dicotomia entre os benefícios ergonômicos e inovativos que a técnica robótica promove e a proporção de custos necessários ao seu desenvolvimento, junto aos mecanismos da capacitação profissional. Sendo assim, foi possível expor os principais benefícios e embates acerca da performance da cirurgia bariátrica por via robótica.</p>

PO 424-1	PO 424-2
<p>NEUROPATIA APOS CIRURGIA BARIATRICA: UMA REVISAO DA LITERATURA</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A obesidade teve sua prevalência triplicada desde 1975 e é listado como fator de risco para inúmeras doenças como: HAS, DCV e DM. Devido a isso, a frequência e procura por cirurgias que auxiliam na perda de peso tem aumentado, chegando a 300 mil cirurgias por ano nos EUA e 60 mil no Brasil, no ano de 2010. Esse aumento da procura por esse tipo de cirurgia aumenta a preocupação com as complicações do procedimento, dentre elas a neuropatia periférica, que pode cursar com dor, comprometimento sensitivo e motor, afetando a qualidade de vida do paciente. Dessa forma busca-se por meio de uma revisão de literatura, analisar as principais causas de neuropatia e suas manifestações pós cirurgia bariátrica (CB).</p> <p>MÉTODO: Foi realizada a revisão de literatura de artigos acoplados nas bases de dados eletrônica PubMed e SciELO. Utilizando os descritores "Bariatric", "Surgery", "Neuropathy", "Vitamin deficiency", "Surgery for Obesity", tanto em inglês quanto em português, em diferentes combinações. Foram utilizados artigos publicados em até 15 anos.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com a referências obtidas, complicações neurológicas após CB podem ser vistas de 5% a 16% dos pacientes, podendo ocorrer no SNC, no SNP ou em ambos, e envolver qualquer altura do neuroeixo. São classificadas como aguda, quando se iniciam em até um mês após a cirurgia; subagudo quando começam entre um e três meses após a cirurgia ou crônico quando principiam após três meses da cirurgia. A rápida perda de peso, baixo IMC pós operatório, baixo nível de albumina e de transferrina e deficiência de vitaminas e cálcio são os principais fatores de risco descritos pelos autores para neuropatia periférica. Em relação ao tipo de cirurgia realizada, a única que se destacou ao obter alta incidência de neuropatia foi a bypass jejunoileal, devido ao déficit absorvivo de nutrientes. As manifestações dessa complicação incluem encefalopatia, neuropatia óptica, mielopatia, radiculoplexopatia, polineuropatia e mononeuropatia, parestesias, demência, alteração da personalidade, psicose, labilidade emocional e raramente delírio ou coma e, devido ao seu alto potencial de irreversibilidades, são consideradas uma das complicações mais temíveis. Segundo esses estudos, as principais vitaminas deficientes são B1, B9 e B12, podendo corresponder em até 40% dos casos de neuropatia periférica pós CB. Tratamento com reposição vitamínica é aconselhável em todos os pacientes, além do tratamento sintomático para o quadro álgico com antidepressivos. Também recomenda-se atenção para o diagnóstico precoce.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, podemos constatar que pacientes submetidos à cirurgia de bypass jejunoileal apresentam um maior risco de evoluir com deficiência nutricional, devido ao seu déficit absorvivo. Além disso, até 40% dos casos de neuropatia periférica correspondem ao déficit de vitaminas B1, B9 e B12. Em conclusão, a necessidade de mudança no estilo de vida e as potenciais complicações pós CB devem ser minuciosamente informada aos pacientes.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE ÓBITO POR CANCER DE BOCA E OROFARINGE NA BAHIA NO PERÍODO DE 2014 A 2018.</p> <p>Carolina Matos Dórea, Diego Lopes Paim Miranda, Dyonatas Rodrigues da Mata, Izadora de Jesus Oliveira, Hanna Mina dos Santos Corrêa, Rafaela Manuela Barreto Suarez Solla</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os casos de óbito por neoplasia maligna da boca e orofaringe no estado da Bahia no período de 2014 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, notificados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde.</p> <p>RESULTADOS: Durante o período de 2014 a 2018, houve um total de 783 óbitos, sendo que desde 2014 houve uma redução de 156 para 150, ou seja, de 1,04%. No entanto, essa diminuição não foi linear, visto que o maior número foi observado no ano de 2017, no valor de 186. Em relação à estratificação por sexo, um maior número de óbitos ocorreu consistentemente durante todo o período no sexo masculino, totalizando 577, comparado a 206 entre as mulheres. Quanto à faixa etária, a maioria das mortes acometeu pacientes entre 50 a 59 anos (32,2%). Além disso, aproximadamente 66% do total de óbitos foram de indivíduos pardos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conforme os dados apresentados, conclui-se que o perfil epidemiológico das internações por câncer de boca e orofaringe na Bahia apresenta predominância significativa do sexo masculino, como também pacientes entre 50-59 anos e de cor parda. O aumento do número de internações está associado a fatores como maior expectativa de vida, melhores condições de acesso aos serviços de saúde, aprimoramento dos sistemas de notificação e incapacidade de prevenção e detecção precoce da doença.</p>
<p>PO 426-3</p> <p>HEMORRAGIAS DIGESTIVAS E SUAS DIFERENTES ETIOLOGIAS: RELAÇÃO ENTRE PARAMETROS CLÍNICOS, LABORATORIAIS E TERAPEUTICOS.</p> <p>Rodrigo Vasconcellos Gusmão, Caio Henrique Gasparotto Nogueira, Eduardo Takashi Hirata, Marcela Rodrigues Santos do Nascimento, Tercio de Campos, Maurício Alves Ribeiro, Caio de Carvalho Zanon</p> <p><i>FCMSCSP - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As Hemorragias Digestivas são causas comuns de complicações do trato digestivo. Por apresentarem significativas taxas de morbidade, mortalidade e altos custos para a saúde pública dos países, trata-se de uma condição médica de elevada relevância para estudos e pesquisas. Mais frequentemente é causada por úlceras pépticas, varizes esofágicas, doenças diverticulares e neoplasias. As formas de apresentação da doença variam de acordo com a intensidade de seu sangramento, desde assintomáticas até hematêmese, enterorragia e choque. Este trabalho tem como objetivo levantar relações entre parâmetros clínicos, laboratoriais e terapêuticos em pacientes com diferentes etiologias de hemorragia digestiva e correlacionar com a evolução dos doentes.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados prospectivamente pacientes admitidos no Pronto Socorro Central da Santa Casa de São Paulo com confirmação diagnóstica de hemorragia digestiva. Os quais apresentem os seguintes critérios: Hematêmese, melena, enterorragia ou hematocúezia. A avaliação da HD será baseada nos seguintes exames: albumina, plaquetas, fator de coagulação, ureia, hematócrito, tempo de protrombina, TGO, TGP, bilirrubina total, bilirrubina direta e bilirrubina indireta além de avaliação endoscópica, por um período de 18 meses (até janeiro de 2019). Os dados foram avaliados e comparados dentre as diferentes etiologias de Hemorragia Digestiva nos pacientes que participaram do estudo, considerando, também, o tratamento empregado e a evolução destes doentes. Tais dados foram colhidos, através de um protocolo que foi transferido para uma planilha no Excel e analisados através dos testes estatísticos t-Student e Qui-quadrado, considerando p <0,05 como significante.</p> <p>RESULTADOS: Acompanhou-se prospectivamente 140 casos de suspeita e/ou confirmação de Hemorragia Digestiva (HD) que deram entrada no serviço do Pronto Socorro da Santa Casa de São Paulo. Ao se observar a proporção de Hemorragias Digestivas nos sexos masculino e feminino, temos: 102 casos em indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 72% dos casos e 38 casos em mulheres, correspondendo a 27% dos casos. A média de idade dos pacientes internados foi de 58,6 anos + 14,9. O tempo de internação médio para esses pacientes foi de 11 dias + 16,9. Foi constatado que 5,7% dos pacientes acabaram retornando ao serviço como segunda e terceira passagens (total de 8 pacientes). Ao final da pesquisa, 72% dos pacientes receberam alta hospitalar (101 casos), 27% (38 casos) evoluíram à óbito e 1 paciente evadiu do serviço. Com relação à etiologia dos sangramentos, temos 39% de HD por úlceras pépticas, 20% por varizes de esôfago, 10% por hemorragia digestiva baixa, 2% por neoplasias e 27% por outras etiologias.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se com o presente estudo que a hemorragia digestiva é uma causa frequente de internações no pronto-socorro, e que apresenta um alto índice de mortalidade. Recidivas do sangramento não são raras e podem contribuir para uma evolução desfavorável.</p>	<p>PO 427-1</p> <p>PERSONALIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO ESTUDANTE DE MEDICINA: UMA REVISAO DE LITERATURA.</p> <p>Larissa Batista de Sa, Yasmim Vinhal Fernandes</p> <p><i>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAUDE - ESCS DF - FACULDADE DE MEDICINA - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar levantamento literário, no cenário nacional e internacional, sobre personalidade associada a sintomas depressivos e ansiosos no estudante de medicina. Analisando a influência da personalidade na escolha profissional, levantando pontos comuns entre os graduandos, além de apanhar os fatores capazes de influenciar os aspectos emocionais do universitário durante sua formação médica. Visto que a partir da análise desse cenário, torna possível a implementação de intervenções efetivas por parte das instituições.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada revisão de literatura a partir da busca de artigos pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados: Lilacs, SciELO e Google Acadêmico, compreendidos entre 1999 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: Após refinamento, foram selecionados 12 artigos e 1 capítulo de livro, sendo encontrados mais títulos na SciELO. São escassas as publicações que realizaram estudos comparativos entre os traços de personalidade prévios do estudante de medicina e o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos. Porém, diversos estudos analisam a influência das características de personalidade na escolha do curso ou da especialidade profissional. Entretanto, em estudantes de medicina, esses levantamentos são limitados. De acordo com a literatura, as diferentes profissões atraem indivíduos específicos, que se sentem propensos a determinadas atividades. Os principais motivos citados para a escolha da medicina são altruísmo, interesse intelectual, influência de terceiros e interesse pela relação humana. Ainda, segundo os estudos analisados, o perfil dos ingressos é composto por alunos com idade cada vez menor, sendo que, na adolescência é encontrado um maior grau de instabilidade identitária, o que pode potencializar os aspectos negativos e positivos da personalidade em formação. Também, algumas referências demonstram que o estudante de medicina, durante o ciclo básico, possui posição esquizo-paranoide, extremamente associada ao sentimento de onipotência. Ao longo dos anos esse aluno, passa a assumir, uma posição depressiva, principalmente durante o ciclo clínico e o internato. Assim, esse cenário é a chave para o desenvolvimento de desequilíbrio emocional no futuro médico. Dessa maneira, considerando que a personalidade e os diversos gatilhos durante a graduação, tornam propenso o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos, tem-se evidências consideráveis da necessidade de intervenções por meio das instituições.</p> <p>CONCLUSÕES: Com a análise da literatura, conclui-se que a personalidade dos estudantes de medicina possui traços que potencializam o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, podendo ser desencadeados ao serem associados a fatores depressivos e ansiosos que surgem durante a graduação. Portanto, o tema demanda visibilidade e incentivo para desenvolvimento de pesquisas com o intuito de identificar os fatores desencadeantes, e assim, orientar intervenções mais precisas pela direção e corpo docente no âmbito da saúde mental dos futuros médicos.</p>

PO 428-3	PO 429-1
<p>PERFIL DAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO ESTADO DE RONDÔNIA, ENTRE 2008 E 2018</p> <p>Lenara Melo da Silva, Marcelo Regis Lima Corrêa, Gabriel Fumian Milward de Azevedo, Nayara Roncoleta, Wanessa Gouveia Castro, Horácio Tamada</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das apendicectomias realizadas no Sistema Único de Saúde no Estado de Rondônia, avaliando os dados relacionados aos procedimentos laparoscópicos e laparotômicos.</p> <p>MÉTODO: Este trabalho utilizou informações do DATASUS de janeiro de 2008 a outubro de 2018 (http://datasus.saude.gov.br). Foram comparados os dados dos doentes submetidos à apendicectomia laparotômica com aqueles submetidos à apendicectomia laparoscópica, utilizando as variáveis de "número total de internações", "dias de permanência", "média de permanência", "óbitos" e "taxa de mortalidade". Por fim, comparou-se os dados obtidos do estado de Rondônia com as demais regiões e unidades da federação por meio de planilhas e gráficos.</p> <p>RESULTADOS: Ao analisar o crescimento total das apendicectomias, foram 7720 laparotomias realizadas em contraste com 3 laparoscopias, o que corresponde a 0,92% do total de laparoscopias realizadas na região Norte, sendo esta última responsável por apenas 1% de todos os procedimentos laparoscópicos realizados à nível nacional, em comparação com as demais regiões do país. A média de permanência hospitalar com a cirurgia laparotômica foi de 3,7 dias, enquanto que com a via laparoscópica foi 0,3 dias, tendo Rondônia a menor média de permanência hospitalar para o procedimento laparoscópico na região Norte. Não se registrou nenhum óbito nos procedimentos realizados por via laparoscópica dentro do período estudado, em contraponto, a taxa de mortalidade das apendicectomias realizadas por via laparotômica foi de 0,21, sendo a região Norte a única a apresentar taxa de mortalidade para a laparoscopia (0,30) maior do que a taxa de mortalidade para a laparotomia (0,21).</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se a prevalência da técnica laparotômica no Sistema Público de Saúde, em contraste com o tímido crescimento da cirurgia laparoscópica como método de escolha para o tratamento das apendicectomias, sendo o método ainda pouco utilizado para o tratamento de pacientes pelo SUS.</p>	<p>A RELEVANCIA DOS EXAMES COMPLEMENTARES NO PRE-OPERATORIO</p> <p>Laetitia Moraes Trindade, Pedro Henrique Cardoso Dall Agnol, Lucas Pastori Steffen, Júlia Tonietto Porto, Félix Kalicki Castilho, Juliana Zacher, Thiago Nuernberg de Moraes, Matheus Barbieri</p> <p><i>ULBRA - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A avaliação pré-operatória (APO) busca promover a segurança em cirurgia e anestesia, assegurar melhor qualidade de atendimento, bem como, aperfeiçoar a utilização racional dos recursos de custeio no período perioperatório. A APO é realizada através da anamnese somada ao exame físico e aos exames complementares pré-operatórios (ECPO). Entretanto, estudos têm questionado a eficácia dos ECPO em identificar doenças não detectadas pela anamnese/exame físico e o seu valor preditivo para complicações perioperatórias, o que justifica o presente interesse na constituição deste trabalho e na pesquisa sobre o assunto. Este trabalho tem como objetivo principal a análise da associação dos exames complementares na avaliação pré-operatória com a morbidade perioperatória.</p> <p>MÉTODO: Revisão de literatura, onde foram encontrados livros e artigos do tema proposto e analisados de maneira sistemática.</p> <p>RESULTADOS: A morbidade perioperatória não mantém nenhum tipo de associação com o número de exames solicitados nem com resultados alterados destes exames, mas sim com a qualidade dos mesmos. É fundamental estabelecer as características clínicas do paciente cirúrgico, por meio de uma anamnese e exame físico criteriosos e não substituí-los pela solicitação de exames complementares.</p> <p>CONCLUSÕES: A escolha dos exames se baseia no julgamento clínico. Alguns exames são indicados para doenças ocultas em grupos de alto risco e para otimizar a terapia, o que diminui a morbidade e acarreta em menores mudanças no planejamento perioperatório. A preparação pré-operatória do paciente e o planejamento do manuseio perioperatório mais adequado melhoram o resultado e reduzem custos.</p>
<p>PO 430-2</p> <p>APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE BETHESDA DE NÓDULOS TIREOIDIANOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, PARAIBA, BRASIL: CORRELAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.</p> <p>Luciano Leal Luz, Yegor Leniefferson Dantas Martins, Emanuelle de Abreu Moreira Vieira, Paulo Marcelo Fernandes Rangel</p> <p><i>Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo desse estudo foi relatar a utilidade da classificação de Bethesda em nódulos tireoidianos e avaliar a aplicação dessa classificação no Hospital Universitário Lauro Wanderley.</p> <p>MÉTODO: Análise dos dados, obtidos de forma retrospectiva, dos resultados de pacientes submetidos a PAAF de nódulos de tireoide no Hospital Universitário Lauro Wanderley entre os meses de dezembro de 2017 e dezembro de 2018. Um total de 298 pacientes foram analisados.</p> <p>RESULTADOS: Ao aplicar a classificação de Bethesda no resultado citológico dos duzentos e noventa e oito pacientes, 29,53% (n = 88) apresentaram Bethesda I, 5,68% (n = 154) Bethesda II, 8,05% (n = 24) Bethesda III, 4,70% (n = 14) Bethesda IV, 3,36% (n = 10) Bethesda V e 2,68% (n = 8) Bethesda VI. Dos 298 casos, observou-se também que 94,3% (n = 281) eram pacientes do sexo feminino e 5,7% (n = 17) do sexo masculino. Os resultados, comparados com a literatura, foram condizentes na maioria das classificações, ou seja, Bethesda III foi de 8,05% (2-18%), Bethesda IV 4,7% (2-25%), Bethesda V 3,36% (1-6%) e Bethesda VI 2,68% (2-7%). Nas classificações Bethesda I e Bethesda II, houve divergência com a literatura, com 29,53% (2-20%) e 51,68% (55-74%), respectivamente. O número maior de punções com resultado insatisfatório provavelmente resultou em uma porcentagem menor de resultados benignos. Observou-se também a grande prevalência de pacientes do sexo feminino que foram submetidas a PAAF (94,3% do número total). Esse fato é explicado pela maior prevalência de nódulos tireoidianos em mulheres. Notou-se também que a porcentagem de homens é crescente quanto maior a chance de malignidade pela classificação, correlacionando-se ao fato de o sexo masculino ser um fator de risco para câncer em nódulos de tireoide.</p> <p>CONCLUSÕES: A classificação de Bethesda é a melhor maneira de diferenciar benignidade e malignidade em nódulos de tireoide, sendo um método relativamente barato e que pode ser usado como padrão. Observou-se que pode ser aplicado em nosso serviço, visto que a frequência dos resultados foi semelhante à literatura, exceto para os resultados de Bethesda I e II.</p>	<p>PO 432-1</p> <p>TRAJETO NORMAL DAS ARTERIAS BRAQUIAL E ULNAR E SUAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS ENCONTRADAS NOS CADAVERES DO LABORATÓRIO DE ANATOMIA HUMANA DA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU</p> <p>Christine Bouwman, Alan França Cerioli, Mary Anne Pasta Amorim</p> <p><i>Universidade Regional de Blumenau(FURB) - BLUMENAU - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Anatomia Humana é uma ciência que tem como base o estudo da morfologia do corpo humano sendo responsável por nomear e descrever estruturas em âmbito macroscópico e microscópico, ao longo desses estudos observam-se também a presença de variações anatômicas, que consistem em desvios do padrão de normalidade sem prejuízo funcional para o indivíduo. Um grande número de variações anatômicas podem ser encontradas no corpo, e muitas destas estão relacionadas ao trajeto de artérias, sendo que no membro superior a artéria (A.) braquial e a A. ulnar são possíveis vasos em que variações podem ocorrer. O objetivo deste trabalho é relatar as variações vasculares encontradas em membros superiores de cadáveres do laboratório de anatomia humana da FURB, sendo que o conhecimento destas é de extrema importância e aplicabilidade na prática médica.</p> <p>MÉTODO: O trabalho foi realizado no período de julho de 2018, utilizando-se de metodologia observacional de cadáveres dissecados no laboratório de anatomia humana da FURB, onde foi observado variações na posição de vasos em membros superiores e os achados foram confrontados com dados presentes na literatura.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados mostram que a A. braquial é uma continuação da A. axilar e normalmente se inicia na margem distal do tendão do músculo redondo maior, terminando a cerca de um centímetro distal à articulação do cotovelo, dividindo-se nas artérias radial e ulnar, em cadáveres estudados foram encontrados casos em que a A. braquial se bifurca no terço proximal do úmero, a cerca de dois centímetros abaixo da margem inferior do músculo redondo maior. No caso da A. ulnar, ela se inicia normalmente a um centímetro distal ao sulco da flexão do cotovelo, atingindo a região medial do antebraço a meio caminho entre o cotovelo e o punho. Uma variação dessa A. encontrada foi em que a A. braquial segue um trajeto normal até a fossa cubital, onde se bifurca em A. radial e A. ulnar. A A. ulnar continua em um estrato superficial a aponeurose do músculo bíceps braquial sendo esse trajeto anterior ao músculo pronador redondo, depois disso ela segue seu trajeto de maneira descendente e superficial ao músculo flexor superficial dos dedos. A partir do terço distal do antebraço, a A. ulnar passa a se curvar mediamente assumindo uma posição profunda ao músculo flexor ulnar do carpo passando a assumir um trajeto normal a partir desse músculo.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir que o conhecimento e descrição das trajetórias dos vasos que sofrem variações anatômicas são de grande relevância ao saber dos profissionais de saúde e fundamentais para a correta execução de procedimentos e cirurgias em membro superior.</p>

PO 434-1	PO 435-2
<p>ATIVIDADE DE LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA GERAL EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA – PB</p> <p>Hiago Dantas Medeiros, LAIS NOBREGA VIEIRA, EDUARDO ALFEU PEIXOTO PAREDES, MARINNA KARLA CUNHA LIMA VIANA, ANA BEATRIZ BATISTA NEVES, GLAUBER MELO ARAUJO, PEDRO PAULO ASSUNÇÃO SILVA, ADRIANO DIAS TRAJANO</p> <p><i>Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar a experiência no centro cirúrgico de acadêmicos de Medicina participantes de uma liga de cirurgia geral que atua em serviço de emergência alocado na região metropolitana de João Pessoa - PB, com referência para os quadros de abdome agudo. Cada vez mais, as ligas acadêmicas se destacam no auxílio da formação médica profissional, sobretudo pela redução dos campos práticos proporcionados pelas instituições de ensino, além de possibilitar maior contato com a especialidade médica almejada, desenvolver o raciocínio clínico, o trabalho em equipe e a interação com a comunidade, gerando uma construção de um sujeito ativo com potencial transformador da realidade vivenciada e da relação médico-paciente. Tal fato se deve a repetição da prática no campo desejado, vindo o estudante a angariar recursos a partir das suas próprias vivências com os casos clínicos vistos anteriormente na teoria.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um relato de vivência descritivo e transversal. Os dados foram obtidos através do preenchimento de um formulário eletrônico disponibilizado na plataforma Google Forms durante o segundo semestre de 2018 pelos 12 acadêmicos de Medicina, de diferentes instituições de ensino do estado, integrantes da Liga Acadêmica de Cirurgia Geral da Paraíba (LAC - PB). Os mesmos deveriam informar o tipo de cirurgia vivenciado durante o estágio, das 18 às 00h de segunda a sexta-feira, e qual sua participação: auxiliar, instrumentador ou observador.</p> <p>RESULTADOS: Durante esse período de coleta de dados, foram realizados 47 procedimentos no centro cirúrgico do hospital do estágio da LAC - PB. Dentre esses, apenas 6,4% (n=3) não correspondiam a cirurgias da cavidade abdominal, e sim, toracocenteses. Em relação às demais, 61,7% (n=29) foram apendicectomias, sendo essas as mais realizadas no ambiente. 8,5% (n=4) das cirurgias corresponderam a colecistectomias, a segunda mais prevalente. Em terceiro lugar, na frequência de operações, ficaram as hernioplastias com 6,4% (n=3), sendo duas umbilicais e uma inguinal. Os demais procedimentos, 17% (n=8), acompanhados foram casos pontuais de: correção de vias biliares, cirurgia de Hartmann, drenagem de abscesso hepático e laparotomias exploratórias sem definição diagnóstica. No que diz respeito ao papel do ligante na cirurgia, 42,6% (n=20) atuaram como instrumentadores; 36,2% (n=17) como auxiliares e 21,2% (n=10) como observadores.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir desse estudo pautado nas vivências práticas dos ligantes no centro cirúrgico, revela-se a fundamental importância das ligas acadêmicas no papel do estudante de Medicina com maior vínculo ao ambiente profissional, compartilhando com os tutores discussões acerca dos casos clínicos apresentados. Ademais, há formação de certo grau de habilidade cirúrgica e de como se portar naquele ambiente, o que favorece a háptica desses pelo fato de estarem envolvidos em diversos momentos com a prática cirúrgica.</p>	<p>CISTO DE DUCTO TIREOGLOSSO E CARCINOMA DE TIREOIDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>Elvis Dias Oliveira, Ana Carolina Oliveira Silva, Brenda Barbosa Faustino, Leticia Lacerda Burity, Thaynara Maria Honorato Muniz, Beatriz Camargo Sodré, Aline Mirliana Sabino Araujo, Arthur Gonçalves Lima França</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - Famené - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os cistos do Ducto Tireoglossos (CDTG) são a forma mais comum de cisto congênito no pescoço. São formados por remanescentes epiteliais do trato tireoglossos e apresentam-se como uma massa cervical na linha média ao nível da membrana tireo-hioidea, intimamente associada ao osso hioide. Está presente principalmente em crianças ou adolescentes e pode estar associado ao carcinoma de tireoide em menos de 1% dos casos. Sendo assim, é importante a discussão acerca do diagnóstico diferencial e da terapêutica precoce.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir de artigos pesquisados nos bancos de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, utilizando os descritores: cisto do ducto tireoglossos, carcinoma de tireoide.</p> <p>RESULTADOS: O desenvolvimento de malignidade dentro de um cisto do ducto tireoglossos é raro, em cerca de 1% dos cistos e a causa ainda não foi bem esclarecida. Tornou-se um pouco mais frequente em mulheres do que em homens, surgindo geralmente na quarta década de vida, podendo estar localizado em qualquer local ao longo da via embriológica de descida da glândula tireoide. A coexistência de cisto do ducto tireoglossos e carcinoma da tireoide é encontrada a uma taxa entre 0 e 25%. A avaliação pré-operatória de pacientes que apresentam um cisto do ducto tireoglossos deve incluir um exame físico completo, um exame preciso da cabeça e pescoço, palpação da glândula tireoide, testes de função tireoidiana e um exame da tireoide. Como no cisto, o carcinoma normalmente se apresenta em forma de uma massa assintomática, a qual se localiza normalmente no meio do pescoço. Alguns sintomas são recorrentes e podem indicar malignidade, como disfagia, disfonía, perda de peso e crescimento no tamanho da massa. A principal forma de diagnóstico diferencial se dá através da punção aspirativa com agulha fina, propiciando cerca de 96% dos casos um diagnóstico correto, os principais diagnósticos diferenciais foram: cisto de fenda branquial, lipomas, cisto dermatômico ou sebáceo e linfonodos aumentados. Em relação à terapêutica desses casos há formas: A operação de Sistrunk, mais indicada para pacientes de baixo risco e com grau de comprometimento baixo, pois é referido com possibilidade de chance de metástase, nesse método pode associar terapia de supressão de tiroxina, se mostrando eficaz. Outra forma é a tireoidectomia total, sendo prescrita para pacientes em que a tireoide esteja envolvida clinicamente e radiologicamente, apresentando menor probabilidade de metástase.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, é importante o diagnóstico precoce do cisto do ducto tireoglossos, mediante o uso da ultrassonografia (método mais utilizado), pesquisa com radiodoio, ressonância magnética ou tomografia computadorizada, assim como a excisão desse cisto através da operação de Sistrunk, para a redução do índice de carcinoma da tireoide devido ao cisto do ducto tireoglossos, gerando uma melhor qualidade de vida para essa população.</p>
<p>PO 436-1</p> <p>AVALIAÇÃO DAS QUANTIDADES E MOTIVOS DE CIRURGIAS ELETIVAS DA CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS CANCELADAS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2017 A DEZEMBRO DE 2018 E PROPOSTAS PARA SE EVITAR CANCELAMENTOS</p> <p>JOSÉ MIGUEL DA SILVA MACIEL JÚNIOR</p> <p><i>HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O cancelamento de cirurgias eletivas é um problema enfrentado no Brasil. Relacionam-se a problemas organizacionais diversos. As repercussões vão além de prejuízos financeiros, mas principalmente envolvem o sofrimento clínico e psicológico do paciente e familiares. Algumas das propostas já analisadas para se minimizar esse transtorno envolvem melhorias em análise crítica dos motivos de cancelamentos, reuniões frequentes para discussão do assunto entre membros da equipe responsável e avanços nos planejamentos de procedimentos. Avaliar as quantidades e motivos de cirurgias eletivas do setor de Cirurgia Geral do Hospital das Forças Armadas canceladas no período de 01/01/2017 a 31/12/2018 e expor propostas para se evitar novos cancelamentos</p> <p>MÉTODO: Os dados serão colhidos via secretaria do Centro Cirúrgico do Hospital das Forças Armadas (HFA)/Brasília – DF.</p> <p>RESULTADOS: O total de cirurgias eletivas do serviço de Cirurgia Geral do HFA programadas foi de 478, sendo suspensas 76 e portanto realizadas 402. Os tipos de cirurgias realizados foram: Videocolecistectomia, Herniorrafia umbilical, Herniorrafia epigástrica, Herniorrafia Incisional, Herniorrafia inguinal, Derivação biliodigestiva, Exereses de Cisto pilonidal, Gastrectomia parcial sem vagotomia, Reconstrução de trânsito intestinal, Esplenectomia, Correção de hérnia hiatal, Gastrectomia total. Os motivos de cancelamentos e suas respectivas quantidades foram: Ausência de membro de equipe médica/cirúrgica: 6; Desistência do paciente: 14; Impossibilidade clínica do paciente: 13; Erro de digitação: 5; Cirurgia transferida para outro dia: 11; Falta de medicamento: 1; Reserva de leito na UTI não confirmada: 3; Exames complementares pendentes: 1; Cirurgia anterior com tempo maior do programado: 2; Falta de material/equipamento (falta de bisturi harmônico): 1; Falta de material/equipamento (falta de material de vídeo): 1; Outros motivos: 12; Paciente não suspendeu AAS: 2; Equipe não conseguiu comunicar-se com o paciente: 1; Agendamento duplicado: 1; Falta de autorização do convênio: 2</p> <p>CONCLUSÕES: Conforme resultados colhidos, as principais causas de cancelamentos envolvem problemas relacionados a comunicação ineficaz e a deficiente gestão organizacional no eixo ambulatório-centro cirúrgico. É importante se destacar que os pacientes necessitam de receber tratamento individualizado a respeito do procedimento, e o setor técnico (envolvendo cirurgiões, anestesiológicos, residentes, enfermagem e secretários) devem estar em constante interação em equipe para se evitar cancelamentos. Mediante implementações de reuniões frequentes, o setor administrativo e o corpo clínico do centro cirúrgico pode exercer um importante papel para se evitar tais, sendo que importantes assuntos a serem abordados se referem a avaliação pré-operatória bem detalhada, com bom exame clínico, eficiente relação médico-paciente para que o usuário seja bem orientado quanto ao pré, intra e pós-operatório, e adequada interação entre membros da equipe clínico-administrativa</p>	<p>PO 436-3</p> <p>A INFLUÊNCIA DOS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO NO SURGIMENTO DE COMPLICAÇÕES INTRA-ABDOMINAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS A APENDICECTOMIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA BAHIA</p> <p>João Vitor Ferreira Monteiro, Gabriela Chaves Celino, Matheus de Sena Rocha</p> <p><i>Hospital Geral Ernesto Simões Filho - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar possíveis relações entre os achados do exame clínico com complicações e evoluções desfavoráveis em pacientes com apendicite aguda</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo feito através da coleta de dados de 72 pacientes submetidos a cirurgia de apendicectomia no Hospital Geral Ernesto Simões Filho no período de 2017 a 2018. Foram analisadas variáveis do exame clínico relacionados ao Escore de Alvarado como febre, dor em quadrante inferior direito, dor migratória, vômitos e anorexia; além da duração dos sintomas em dias. Os pacientes com apendicite aguda foram divididos em 2 grupos: sem complicações (grupo 1) e pacientes que manifestaram complicações intra-abdominais pós-operatórias, abscesso, fístula ou peritonite (grupo 2). A avaliação estatística foi realizada de modo simples e descritiva através do Microsoft Excel 2017.</p> <p>RESULTADOS: Dos 72 pacientes, 67 (93%) evoluíram sem complicações no pós-operatório (grupo 1), enquanto apenas 5 (7%) apresentaram complicações (grupo 2). No grupo 1, 30 (45%) apresentaram febre; 63 (94%) dor em quadrante inferior direito; 12 (18%) dor migratória positivo; 42 (63%) vômitos; 17 (25%) anorexia. Já no grupo 2, 2 (40%) apresentaram febre; 4 (80%) dor em quadrante inferior direito; 2 (40%) dor migratória; 5 (100%) vômitos; 1 (20%) anorexia. Diante ao tempo da manifestação dos sintomas antes do internamento, no grupo 1, 70% dos casos apresentaram a sintomatologia de 1-3 dias, 16 (24%) de 4-7 dias e 4 (6%) de 1-2 semanas; já no grupo 2, nenhum (0) se internou com a sintomatologia entre 1-4 dias, 4 (80%) de 4-7 dias e 1 (20%) de 1-2 semanas.</p> <p>CONCLUSÕES: As complicações intra-abdominais encontradas no estudo estão em consonância com a literatura, essas afirmam que o diagnóstico tardio da patologia, ou seja, um internamento após 36 horas do início dos sintomas, corrobora para a presença de desfechos desfavoráveis no pós-operatório devido ao maior risco de perfuração do apêndice. Quanto aos sintomas manifestados, o grupo 1 e 2 apresentaram um semelhante resultado semelhante quadro clínico, não evidenciando sintomas que fossem sugestivos de uma possível complicação após apendicectomia.</p>

PO 437-3	PO 438-1
<p>RUPTURA DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL: A CIRURGIA E O MELHOR TRATAMENTO?.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Aldo Cunha Medeiros, Senival Alves de Oliveira Júnior, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Amália Cinthia Meneses Rêgo, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo deste artigo é comparar os procedimentos utilizados no tratamento do aneurisma de aorta abdominal roto, a fim de determinar a melhor abordagem para essa urgência.</p> <p>MÉTODO: A ruptura do aneurisma da aorta abdominal é uma complicação grave, com alta taxa de mortalidade. A cirurgia precoce está relacionada à grande sobrevida desses pacientes. No entanto, existem dois métodos de tratamento (cirurgia aberta e endovascular). O presente estudo é uma revisão da literatura nas bases de dados PubMed, UpToDate, Scopus e Scielo, utilizando as palavras-chave "aneurisma, aneurisma da aorta, aorta abdominal", "ruptura", "cirurgia aórtica", "procedimento endovascular", "angioplastia", "reparo endoluminal", "angioplastia transluminal percutânea". Foram incluídos artigos em língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2006 e 2015, abordando o tratamento do aneurisma roto da aorta abdominal.</p> <p>RESULTADOS: Diferenças significativas nas taxas de mortalidade da cirurgia aberta em comparação com o tratamento endovascular do aneurisma roto definitivamente não foram demonstradas. Existem algumas evidências de que os resultados perioperatórios (30 dias) após a correção endovascular do aneurisma roto do aneurisma roto podem ser melhores do que o reparo aberto.</p> <p>CONCLUSÕES: Diferenças significativas nas taxas de mortalidade da cirurgia aberta em comparação com o tratamento endovascular do aneurisma roto definitivamente não foram demonstradas. Existem algumas evidências que sugerem que o resultado perioperatório (30 dias) após a correção do aneurisma endovascular (EVAR) da ruptura do rAAA pode ser melhor do que para abrir reparo. Então, para pacientes com múltiplos fatores de risco e um mau prognóstico após o reparo cirúrgico aberto e anatomia adequada para abordagem endovascular, sugerimos uma tentativa de EVAR, desde que haja equipamento adequado e pessoal experiente disponível.</p>	<p>INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO POR USO PROLONGADO DE SONDA VESICAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E MEDIDAS PROFILÁTICAS</p> <p>HELDER MARQUES LIMA JÚNIOR, EDVALDO MOURA FILHO, VINÍCIUS OLIVEIRA CUNHA NOGUEIRA, VITÓRIA SENA BRAGA, JOÃO ARTHUR MORAES CASTRO, IGOR MATEUS OLIVEIRA DA SILVA, Mateus Nunes Carvalho, João Vítor Chaves Rosado Nunes</p> <p><i>IESVAP - TERESINA - Piauí - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os riscos de desenvolvimento do uso prolongado do cateterismo vesical em unidade de terapia intensiva(UTI), bem como apresentar diretrizes mais eficazes para prevenção de infecção do trato urinário(ITU) causada por cateterismo vesical e, também, alerta os profissionais de saúde das possíveis complicações da utilização de forma exacerbada da sonda vesical.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática. Foi realizada busca nas bases de dados Medline, Lillacs e Scielo e utilizando os termos "cateterismo vesical", "complicações", "infecção urinária" e "sonda vesical". Os artigos revisados foram somente os que estavam incluídos nas plataformas citadas ou tese de doutorado, indexados no período entre primeiro de janeiro de 1997 e 31 de dezembro de 2018. Os demais artigos que não se enquadravam nesses critérios foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: De todas as infecções nosocomiais, as ITU são as mais comuns, representando cerca de 35 a 45 % de todas as infecções intra-hospitalares. Essas infecções em paciente pós-operatório representa um aumento em média de 2,4 dias no hospital, o que significa uma elevação no custo hospitalar em cerca de US\$ 558 por paciente. Além disso, foi notória uma falta de fiscalização mais rigorosa nos protocolos hospitalares ou até mesmo não apresentaram, o que ocasiona tempo prolongado de sondas vesical, pois não há uma referência confiável que o profissional possa se basear, sendo assim aumentam as possibilidades do erro. Ademais, percebe-se que muitos profissionais não estão devidamente capacitados para realizar o procedimento de forma eficaz, desse modo o paciente fica mais propenso a desenvolver ITU, o que, muitas vezes, representa um risco significativo de morte para paciente que está com imunidade debilitada, haja vista que, encontram-se na UTI.</p> <p>CONCLUSÕES: Por conseguinte, percebe-se que existe pouca fiscalização dos hospitais em determinar as medidas profiláticas de ITU por sonda vesical por tempo prolongado, além de haver poucos profissionais capacitados para realização do procedimento. Ainda, nota-se que isso pode ocasionar um déficit financeiro para o hospital e, também, complicações para a saúde do paciente no pós-operatório.</p>
<p>PO 438-2</p> <p>QUAL A INDICAÇÃO, EFETIVIDADE E SEGURANÇA, DAS CIRURGIAS SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)?</p> <p>NAIZA MURIELLY PEREIRA BORGES, GUILHERME NASSIF CORREA, GERALDO Santana Xavier Nunes NETO, RADMILA FERREIRA MONTEIRO, MARIANA MALAGONI WIND, LUANA MENDONÇA SIQUEIRA FERNANDES, WILLIAM ÁLVARES</p> <p><i>UnivANGÉLICA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Conhecer a indicação, efetividade e segurança das cirurgias de Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, com buscas nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Bireme. Foram definidos 4 descritores: SAOS, efetividade, segurança e cirurgia. A partir deles, foram encontrados 28 trabalhos. Definiu-se como critério de exclusão os trabalhos anteriores a 2014, concomitantemente, adotou-se como critério de inclusão a relevância temática. Logo, essa revisão é composta por 13 artigos.</p> <p>RESULTADOS: A apnéia obstrutiva do sono é definida como dois ou mais esforços respiratórios com obstrução do fluxo de ar. A primeira linha de tratamento é multifatorial: mudança nos hábitos de vida associada a adesão à Pressão Positiva nas Vias Aéreas (CPAP). Embora essa seja a opção mais comum, com adesão por volta de 60%, seu insucesso leva o paciente a optar pela intervenção secundária, a intervenção cirúrgica. Uma indicação recorrente para esse procedimento é o sobrepeso, independente do sexo. Não apenas o sobrepeso infantil, mas o risco de malformações nervosas associadas a SAOS foi comprovado e é também importante indicador de cirurgia, com casos de lesões irreversíveis em regiões envolvidas com o controle autonômico, respiratório e cognitivo. Além da baixa adesão ao CPAP e sobrepeso, o risco de complicações cardiovasculares, como fibrilação atrial, é uma indicação cirúrgica de alta importância, que reflete sobre a qualidade de vida e de sono do adulto. Uma das principais modalidades técnicas cirúrgicas utilizadas para correção de SAOS consiste no avanço de maxilomandibular (MMA), que aumenta a área das vias aéreas superiores, entregando melhores resultados de perfusão e fluxo corrente ao paciente, com sucesso cirúrgico em mais de 80% dos casos e cicatriz mínima. Outra modalidade de intervenção é a amigdalectomia, que apresenta altos níveis de sucesso terapêutico em pacientes adultos aptos a realizar a cirurgia. Entretanto, ressalta-se que a SAOS não apresenta cura efetiva após a cirurgia, mas sim redução dos sinais e sintomas, inclusive com melhor significativa na avaliação da saturação mínima durante o período de apnéia, bem como diminuição da sonolência diurna e ronco noturno. Destacam-se como pontos negativos o risco de falha, com retração do MMA, além de rigidez mandibular.</p> <p>CONCLUSÕES: A intervenção cirúrgica para SAOS é uma opção secundária, porém frequente. Mesmo apresentando elevado risco cirúrgico e reconhecidas complicações pós-operatórias, a taxa de insucesso do método primário (CPAP) leva ao paciente escolher a operação. Da mesma maneira que os casos são singulares, a intervenção escolhida deve considerar fatores pessoais do paciente, como o grau do seu caso, sendo recomendado apenas pacientes moderados a graves. Os resultados após a operação são satisfatórios e permitem substancial melhora na qualidade de vida do paciente.</p>	<p>PO 438-3</p> <p>ANÁLISE DO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR APENDICITE NO DISTRITO FEDERAL, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.</p> <p>Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Kelvin Mendes Carvalho, Nathalia Tararam Zanetti, Laylla Lúcia Borges Pinheiro, Cristiane Chaves Campos, Raquel Costa Batista de Queiroz, Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a faixa etária e sexo predominante de diagnósticos de apendicite, assim como a média de permanência hospitalar e a taxa de mortalidade, durante o período de 2014-2018, ocorridas no Distrito Federal.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo baseado nos dados de internações por apendicite e outras doenças do apêndice, registrados Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Realizou-se uma análise comparativa das taxas hospitalização entre os sexos e as diferentes faixas etárias, no período de Janeiro/2014 a Novembro/2018.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, foram registrados 11.499 casos de hospitalizações por doenças apendiculares no Distrito Federal, sendo que os anos com menor número de casos foram 2017 e 2018, com 2.182 e 2.153 casos respectivamente, ocorrendo uma redução lentamente progressiva do número de internações desde 2014 até 2018, tendo o maior número de internações o ano de 2014, com 2.438 casos. De acordo com este estudo, é possível perceber a maior incidência de casos no sexo masculino, sendo estes 6.863, correspondendo a 60% do total. Ao estudarmos as faixas etárias mais acometidas, é possível destacar grande incidência da patologia apendicular entre os 5 e 49 anos, tendo a faixa de 20-29 anos como o pico de idade mais incidente, este último representando 14% dentre todos os casos. Estatisticamente, existe associação reversa entre a faixa etária acometida e a média de permanência hospitalar destes últimos 5 anos estudados, sendo os intervalos de idade de 1-4 anos, e acima dos 70 anos, as faixas com maiores médias de permanência hospitalar, ultrapassando 6 dias de internação. Este estudo, consegue também apresentar queda da taxa de mortalidade por apendicite no Distrito Federal nos últimos anos, sendo o ano de 2018 apresentando a menor delas (0,09%).</p> <p>CONCLUSÕES: Corroborando com os dados da literatura, os resultados sugerem que a idade, principalmente a partir dos 60 anos, é fator de risco para complicações pós-operatórias, aumentando o tempo de internação, e consequentemente de gastos hospitalares. Não podemos afirmar com o presente estudo, que o número de casos de apendicite no Distrito Federal está diminuído, pois devemos levar em conta não só o fato de que a apendicite faz parte do subgrupo mais comum de abdome agudo (tipo inflamatório), mas também levar em conta as possíveis subnotificações e os pacientes que tiveram desfechos negativos antes mesmo de conseguirem ser atendidos. Entretanto, foi possível observar uma queda da taxa de mortalidade dentre os pacientes internados, sendo um marcador útil da qualidade de assistência de saúde desta região estudada.</p>

PO 439-3	PO 440-1
<p>APENDICITE AGUDA DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Ana Osmira Carvalho Saldanha, Maurício da Cruz Castro Júnior, Matheus de Lucena Holanda, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Causas não obstétricas que causem abdome agudo e que necessitem de cirurgia não são muito comuns durante a gestação, sendo a apendicite aguda o problema cirúrgico mais comum durante a gestação. De qualquer forma, essas causas carregam um enorme risco para a saúde da mãe e do feto por meio do atraso diagnóstico ou mesmo pela intervenção cirúrgica associada com a anestesia geral. Dessa forma, este trabalho justifica-se em revisar na literatura acerca da apendicite aguda durante a gestação.</p> <p>MÉTODO: Trata-se uma de revisão da literatura com busca ativa de informações nas bases de dados do MEDLINE, PMC e a biblioteca virtual SciELO. Os descritores de assunto utilizado para a busca de artigos foram: acute appendicitis, pregnancy, acute abdomen. São critérios de inclusão: Artigos publicados entre 2015-2019. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordarem assuntos relevantes para ser discussão dos objetivos deste estudo.</p> <p>RESULTADOS: A literatura reporta incidência que varia entre 1 a cada 500 até 1 a cada 2000 gestações. Devido às alterações fisiológicas e anatômicas da gestação, a clínica pode ser inespecífica. A utilização de exames de imagem é limitada, devido ao risco ao utilizar radiação no feto. Por esse motivo a ultrassonografia é o exame de imagem de escolha para investigação de dor abdominal grave durante a gestação. O tratamento realizado é primordialmente cirúrgico, podendo ser por via laparoscópica ou aberta (VA). Até o fim do segundo trimestre gestacional, a via laparoscópica (VL) é a via de escolha, devido à melhor visualização intra operatória, menor dor pós-operatória, deambulação precoce, menor tempo de internação hospitalar, além de menor risco de infecção e hérnia incisional. Quando especificando no terceiro trimestre gestacional, revisões sistemáticas apontam que a taxa de parto prematuro na VA varia entre 0,0% até 18,6%, enquanto na VL a taxa varia entre 0,0% até 29,3%. Se abordado o risco de perda fetal, a VA possui variação entre 0,0% até 7,5%, enquanto a VL varia de 0,0% até 11,7%. Além disso, a VL, quando realizada no terceiro trimestre, possui alto índice de conversão para cirurgia aberta e maior tempo operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base no que pudemos encontrar nessa revisão, a escolha da abordagem da apendicite aguda em gestantes permanece relativamente inconclusiva. A via laparoscópica possui melhores resultados pós-operatórios quando comparado com a via aberta, entretanto, possui maiores índices de perda fetal e maior taxa de parto prematuro, principalmente no terceiro trimestre gestacional.</p>	<p>IMPLANTAÇÃO DA CAMPANHA CHOOSING WISELY NO INTERNATO MEDICO EM CIRURGIA</p> <p>Lysandro Martins Tourinho Costa, Dilton Rodrigues Mendonça, Carolina Villa Nova Aguiar, Liliane Lins, Rinaldo Antunes Barros, Marta Silva Menezes</p> <p><i>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever e avaliar as estratégias de implantação da campanha Choosing Wisely (CW) no internato médico de cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Estudo intervencionista, com professores e estudantes do internato, através de questionários on-line via plataforma SurveyMonkey e atividades presenciais. Utilizando a técnica Delphi, os docentes identificaram três situações desnecessárias que comumente ocorrem na prática, sendo agrupadas por frequência e por tema e adaptadas ao formato de recomendação da CW. Foi utilizada uma escala tipo Likert para classificar as opiniões dos especialistas. Foram desenvolvidas ações educativas como oficinas, divulgação em banners, atividades de reflexão sobre a campanha e custo-consciência em saúde, além da inclusão da temática na avaliação teórica.</p> <p>RESULTADOS: Após agrupamento, permaneceram 13 recomendações e as cinco finais selecionadas foram: não solicite tomografia computadorizada para avaliar suspeita de apendicite aguda em crianças antes de considerar a realização de ultrassonografia; não prescreva antibioprofilaxia no paciente cirúrgico por tempo maior que o recomendado; não solicite tomografia computadorizada de "vários segmentos do corpo" para pacientes com trauma de baixo risco e sem achados consistentes no exame físico; não oriente jejum prolongado de 8 horas para alimentos sólidos e líquidos no pré-operatório de todas as cirurgias; não solicite endoscopia digestiva alta para pacientes cirúrgicos sem evidências clínicas ou sinais de alarme para doença péptica e do refluxo gastroesofágico. As ações educativas geraram um processo de sensibilização e reflexão entre os participantes, resultando no bom aproveitamento da avaliação.</p> <p>CONCLUSÕES: A inclusão dessa iniciativa no internato de cirurgia resultou em um enriquecedor processo reflexivo nos professores e estudantes, podendo resultar em atitudes mais custo-conscientes na prática médica.</p>
<p>PO 441-1</p> <p>ENSINO TEORICO/PRACTICO DO MEDICO EM FORMAÇÃO</p> <p>Leonardo Coelho Bastos</p> <p><i>Universidade de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Ratificar a importância observada, experienciada e relatada em revisão bibliográfica, de uma moderna didática no ensino acadêmico de atividades práticas/teóricas relacionadas a técnicas cirúrgicas básicas, em específico a da sutura, como importante coadjuvante na formação do futuro profissional médico.</p> <p>MÉTODO: Comparação de resultados de provas teóricas e práticas aplicadas aos alunos antes e após o curso de suturas. Além da revisão bibliográfica.</p> <p>RESULTADOS: Primeiramente foi divulgada para a comunidade acadêmica de uma universidade pública, por meio eletrônico, uma enquete em que os discentes escolheriam, dentre várias opções, os temas que mais lhes interessavam para que fossem desenvolvidos cursos extracurriculares. Como resultado, o curso de suturas foi o mais votado por uma ampla maioria. Posteriormente o curso foi estruturado e sua metodologia de ensino foi definida junto ao docente ministrante do curso. Outro dado que chamou atenção foi o fato de todas as 45 vagas do curso terem sido preenchidas em menos de 5 minutos, inclusive por alunos de outras universidades da cidade. Pela página online do curso houve interesse de alunos de outro estado. Esses dados, associados, mostram o quão requisitado o tema se faz. Há de se debater o porquê e as consequências dessa tamanha requisição assim como os meios para se contornar tal déficit. Outro destaque é que existiam alunos desde o 1º período do curso médico até o 11º período. O que mostra que não apenas os acadêmicos iniciantes procuraram pelo curso, mas também os alunos que já tiveram aulas de suturas na faculdade e contato com a cirurgia no internato também estavam interessados em desenvolver a habilidade básica que por alguma falha estava deficiente. O curso: durou 1 dia e meio com aulas práticas e teóricas; contou com professor e monitores capacitados para a atividade; local de treino adequado; todo instrumental e equipamentos necessários; além das pré e pós provas para verificação da efetividade do curso. Tais recursos básicos que o curso utilizou já deveriam existir em todas as universidades de medicina e caso contrário, essa falta é o que deve ser primeiramente solucionado pois é fator limitante para os outros avanços no ensino da prática médica. Devido ao caráter subjetivo das avaliações práticas e teóricas não é possível apresentar números estatísticos. Porém, se constatou na prova teórica um expressivo aumento no domínio do tema e no número de acertos, e a opinião dos monitores e do professor sobre a evolução da habilidade prática dos alunos foi unânime: houve uma significativa melhora.</p> <p>CONCLUSÕES: Assim, concluiu-se que um curso, mesmo que de curta duração, mas que atenda as didáticas, já comprovadamente efetivas, pode conduzir a uma formação prática/teórica de maior qualidade, promovendo uma maior segurança ao médico e ao paciente, minimizando a iatrogenia. A revisão bibliográfica aponta para o mesmo caminho, com propostas mais sólidas para a adaptação e reestruturação de certos pontos da matriz curricular.</p>	<p>PO 443-1</p> <p>SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DA EQUIPE MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA</p> <p>LUIZ CARLOS VON BAHTEN, HERICK MUNIZ NEQUER SOARES, PAULO AFONSO LOPES LANGE, RENAN FERNANDO FERREIRA ALVES, THIAGO MAGALHÃES DE SOUZA, ALINE CADENA VON BAHTEN</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o conhecimento dos médicos com relação à hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental abdominal e compará-lo com a conduta estabelecida na literatura.</p> <p>MÉTODO: Estudo quantitativo descritivo, observacional, transversal. Foram entrevistados 38 médicos por meio de um questionário auto-aplicado composto por perguntas objetivas. O estudo foi realizado em um hospital universitário, de referência terciária, localizado em Curitiba, Paraná</p> <p>RESULTADOS: A média de idade dos participantes foi de 28 anos, 60,5% era do sexo feminino e o tempo médio de experiência médica foi de 3,5 anos. Em relação ao conhecimento sobre o tema, 57,9% considerou que a síndrome compartimental abdominal se inicia com a hipertensão intra-abdominal grau III, 50% considerou a pressão de perfusão abdominal o método mais fidedigno para determinar hipertensão intra-abdominal, 89,4% considerou a técnica de aferição intravesical como a mais utilizada, 71,1% considerou a oligúria o sinal precoce de síndrome compartimental abdominal. Não mensurou a pressão intra-abdominal 81,6% dos entrevistados, por não haver protocolo definido pelo serviço. Setenta e nove por cento dos entrevistados afirmou não conhecer as definições do consenso do World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS).</p> <p>CONCLUSÕES: Metade dos médicos foi capaz de classificar hipertensão intra-abdominal e indicar o início de um quadro de síndrome compartimental abdominal corretamente.</p>

PO 445-1	PO 446-1
<p>AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NO CENTRO CIRÚRGICO.</p> <p>Lucas Jezuíno Carvalho, Fernanda Caroline Moura Garcêz, Mozart Borges de Paula, Lucas Santos de Gusmão Alves</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília (UCB) - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A pesquisa tem como objetivo sintetizar e interpretar os principais dados coletados acerca da cultura de segurança no centro cirúrgico em hospitais escola do Brasil. Faz-se necessário o estudo para tentar compreender tamanha suscetibilidade à ocorrência de erros nos cuidados ao paciente cirúrgico, o que influencia diretamente no desfecho pós-operatório.</p> <p>MÉTODO: Para a realização da Revisão de Literatura utilizou-se como questão norteadora "Qual a influência da cultura de segurança no centro cirúrgico?" Foram realizadas buscas nas bases de dados PUBMED, LILACS e Scielo, usando-se os descritores "Cultura de segurança", "Segurança no Centro Cirúrgico", "Safety Attitudes Questionnaire", "Safety culture", "Safety climate in the operation room" para textos disponíveis em português e inglês, publicados entre 2014 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: Utilizou-se como base de coleta de dados o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), idealizado na Universidade do Texas (EUA) em 2006, amplamente utilizado em centros cirúrgicos por ser autoaplicável e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação psicométrica da equipe. O questionário contempla seis itens: clima de trabalho em equipe, reconhecimento do estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, percepções de gestão e condições de trabalho. Todas as pesquisas analisadas revelaram que os itens "clima de trabalho em equipe" e "clima de segurança" apresentaram resultados insatisfatórios em relação ao esperado. Isso revela que as equipes multidisciplinares dos centros cirúrgicos se encontram desarticuladas em suas relações afetivas, devido, principalmente, à dificuldade de comunicação. No que se refere ao item "clima de segurança", é percebido pelos profissionais que as responsabilidades em relação à segurança do paciente não são devidamente asseguradas, principalmente pela não-adesão das diretrizes de segurança e pela falta de troca de informações relevantes durante mudanças de turno. Além disso, destaca-se também que os itens "percepções de gestão" e "condições de trabalho" apresentam resultados insatisfatórios na maioria das pesquisas analisadas, devido respectivamente à percepção dos funcionários de que a administração hospitalar não reconhece seus esforços diários e à quantidade de empregados inadequada para que a segurança do paciente seja garantida.</p> <p>CONCLUSÕES: O ambiente do centro cirúrgico é suscetível a erros e, portanto, requer clareza na comunicação e transparência nas ações dos profissionais envolvidos. É evidente a existência de fragilidade na cultura de segurança nos centros cirúrgicos brasileiros devido à má comunicação e coordenação dentro das equipes, bem como entre as equipes e os gestores. Faz-se necessária a análise da presente cultura, permitindo a antecipação e prevenção dos erros em relação aos quesitos citados, o que minimiza riscos peri-operatórios.</p>	<p>AUMENTO DO RISCO DE INFECÇÕES EM AMBIENTE CIRÚRGICO INAPROPRIADO</p> <p>VINICIUS OLIVEIRA CUNHA NOGUEIRA, HELDER MARQUES LIMA MARQUES, HELOISA MARILAK ALVES VELOSO, VITÓRIA SENA BRAGA SENA, HENRIQUE COELHO MEDEIROS FILHO MEDEIROS, GABRIELLA BORGES PORFÍRIO, MARCUS VINICIUS NOGUEIRA BARROS, JOÃO ARTHUR DE MOURA CASTRO</p> <p><i>FAHESP/IESVAP - PARNABA - Piauí - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar os riscos de um ambiente cirúrgico onde não se adequa as normas e protocolos padrões, destacando a importância de um ambiente controlado e alertando a incidência da infecção de sítio cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática. Realizada busca nas bases de dados Medline, Lillacs e Scielo e utilizando os termos "normas e protocolos estruturais", "complicações" e "infecção de centro cirúrgico". Os artigos revisados foram somente os que estavam incluídos nas plataformas citadas ou tese de doutorado, indexados no período entre 08 de dezembro de 1999 e 19 de outubro de 2016. Os demais artigos que não se enquadravam nesses critérios foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: O Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma das mais complexas unidades hospitalares, isso é justificado devido sua alta especificidade e presença de agentes estressores, em destaque a contaminação do ambiente cirúrgico, promovendo assim, riscos à saúde dos pacientes quando submetidos a uma intervenção cirúrgica. Esse fato é comprovado mediante o elevado risco de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) que acomete os pacientes submetidos a cirurgias, sua incidência está em torno de 14 a 16% das operações, obtendo assim a terceira colocação entre o conjunto das infecções relacionadas à assistência à saúde. Entretanto, para amenizar os riscos que o ambiente possui, o CC requer de protocolos estruturais, visando sempre amenizar as ameaças aos pacientes e o melhor desempenho da equipe. Portanto, o CC é composto de uma complexa estrutura que vai desde a disposição das salas ao tipo de piso e teto que aplica melhor a esse ambiente. Logo, toda essa estrutura possui o objetivo beneficiar o enfermo e a equipe que o assiste. Entretanto, por alguns motivos, algumas unidades, principalmente nos hospitais de pequeno porte, essas normas não são aplicadas com eficiência, seja por inadiquência pública e/ou por falta de uma unidade de fiscalização mais regular. Esse acontecimento é evidenciado mediante um índice de aproximadamente 15%, podendo se agravar quando o paciente é internado, desse modo elevando o risco em 60%, por sua vez expõe o paciente a estresses cirúrgicos e pós cirúrgicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, diante de protocolos e normas referente ao ambiente cirúrgico, observa-se a importância de seguir um padrão, onde a mesma promove precauções para nenhum tipo de infecção venha a surgir no pós-cirúrgico, logo, proporcionando ao paciente um pós-operatório mais agradável, por não ter sido exposto mais que o necessário a fatores estressantes. Isso é justificado devido um ambiente controlado ser menos propenso à adversidades, principalmente referente a infecções de centro cirúrgico, que atualmente é um dos principais obstáculos da prática cirúrgica.</p>
<p>PO 447-1</p> <p>METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE UM AMBIENTE DE REALIDADE VIRTUAL APLICADO AO ENSINO DA GRADUAÇÃO EM CIRURGIA</p> <p>Matheus Jara Reis, Patrícia Alejandra Behar, Amarílio Vieira de Macedo Neto, Márcio Sarroglia Pinho, Glória de Carvalho Palma, Rosilene Jara Reis</p> <p><i>UFRGS / PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O uso da tecnologia na educação médica veio para superar os limites de espaço e tempo, de modo a propiciar que todos tenham acesso à informação e possam vivenciar diversas maneiras de aprender. Nesse contexto, as simulações através de realidade virtual vêm se difundindo de forma muito rápida na educação. Portanto, a avaliação desses sistemas é muito importante para que se determine a sua validade para a prática na educação. Objetivo: Descrever uma metodologia para a avaliação qualitativa de um ambiente de realidade virtual aplicado ao ensino da graduação em cirurgia.</p> <p>MÉTODO: O ambiente de realidade virtual avaliado neste trabalho utiliza uma abordagem de ensino pré, trans e pós-cirúrgica, tendo sido desenvolvido por uma equipe multidisciplinar (médicos, arquitetos e cientistas da computação - em um esforço conjunto de departamentos da UFRGS e PUCRS) com base nos conteúdos da disciplina de bases e técnicas operatórias. A partir de imagens de um bloco cirúrgico foi modelado um ambiente cirúrgico virtual em uma sequência de eventos que simula a turnê diária de um cirurgião no bloco cirúrgico. A metodologia de avaliação em questão abrange os aspectos técnico (avaliação da usabilidade, da qualidade da interação aluno-computador) e pedagógico (avaliação da utilização deste ambiente nas escolas de medicina na disciplina de bases e técnicas operatórias), além de descrever quatro etapas imprescindíveis para o seu desenvolvimento: reconhecimento do ambiente; planejamento dos questionários; testagem do ambiente; e avaliação preliminar.</p> <p>RESULTADOS: Os escores subjetivos globais atribuídos ao sistema pelos alunos (de 0 a 10) foram 7 (um aluno), 8 (quatro alunos) e 9 (dez alunos). As sugestões de melhoria referiram-se a necessidade de mais clareza nas instruções (seis alunos), melhora dos textos e das legendas (cinco alunos) e narrações mais enfáticas (dois alunos). As razões da aprovação foram: aprende-se enquanto se utiliza o programa (um aluno); diferente dos métodos tradicionais (quatro); fácil de aprender (dois); desperta a curiosidade (seis); faz com que se preste atenção (um); diversidade de recursos (um). Os escores subjetivos globais atribuídos ao sistema pelo grupo de cinco médicos foi de 9 ou 10; pelo grupo de cinco analistas de computação foram 8, 9 ou 10; e pelos dois educadores, 8. Ambos os grupos consideraram a experiência como satisfatória ou muito satisfatória nesta avaliação preliminar.</p> <p>CONCLUSÕES: A metodologia proposta avaliou o ambiente desenvolvido como de qualidade em termos de usabilidade, apresentando o seu conteúdo de acordo com as propostas de ensino e, assim, propiciando o aprendizado. A metodologia de avaliação do ambiente de realidade virtual cirúrgica apresentada neste artigo cumpre com sua proposta inicial de colaborar como referência técnica e pedagógica para avaliadores e desenvolvedores de sistemas educacionais. Além disso, esta metodologia pode ser adaptada para a avaliação da qualidade de ambientes de realidade virtual aplicados a outros públicos-alvo.</p>	<p>PO 448-1</p> <p>CAPACITAÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS COMO MODO DE INTERCÂMBIO DE SABERES E MEIO DE FIRMAR PARCERIAS ENTRE ENTIDADES ACADEMICAS</p> <p>Millá Gabriele Sallenave Andrade, Ana Célia Diniz Cabral Barbosa Romeo, André Luiz Barbosa Romeo, Pedro Paulo Santos Areias Vianna, Hortênsia Souza Guedes de Oliveira, Iana Lemos Teixeira Sarno, Gildásio do Nascimento Santos Júnior, Keila da Silva Gois Di Santo</p> <p><i>EBMSP - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as capacitações organizadas por discentes da Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA aos estudantes do Grupo de Ciências Morfológicas da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em temas práticos de iniciação à cirurgia- experiência que gerou enriquecimento mútuo dos saberes em cirurgia entre dois grupos de discentes que desde os anos iniciais do curso pavimentam o caminho à docência.</p> <p>MÉTODO: A capacitação foi realizada em três turnos e seguiu um modelo teórico-prático em que foram formados pequenos grupos, a fim de facilitar o intercâmbio de saberes, compostos por um graduando mais experiente da Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica e por acadêmicos do Grupo de Ciências Morfológicas que apresentavam pouco contato anterior com relação a procedimentos introdutórios do campo da cirurgia. A dinâmica foi separada didaticamente em dois momentos para cada procedimento, sendo que, inicialmente, houve a apresentação das noções teóricas de cada um com enfoque em indicações, contraindicações e materiais necessários. Já no segundo momento, descreveu-se a técnica do procedimento, simultaneamente, a sua demonstração prática passo a passo. Ao final desse estágio, ocorreu a prática do que foi aprendido pelos estudantes com a supervisão dos discentes da Liga.</p> <p>RESULTADOS: O empenho dos monitores durante todo o processo, com perguntas nas aulas e empolgação para treinar o que foi proposto ao final da explicação foi algo notório do início ao fim da capacitação realizada. O modo de transportar o assunto de forma mais simplificada que o habitual, slides bem estruturados e que seguem uma padronização pré-definida, além de ligantes bem preparados e treinados, são os pontos-chaves que ajudaram os monitores a entenderem e fixarem melhor o assunto proposto. Modelos práticos que simulam o procedimento também são disponibilizados após explanação da teoria, onde se pode aplicar incessantemente o conhecimento adquirido momentos antes, permitindo que sejam feitas as possíveis correções no que diz respeito à técnica do procedimento em si.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, é indubitável que tais capacitações se consolidaram como momentos fundamentais de enriquecimento para ambos os grupos- ligantes e monitores. O modelo teórico-prático nelas adotado visou garantir o aprendizado de forma integral, abordando fundamentos teóricos e habilidades práticas. E, essa permuta de conhecimento entre dois grupos de discentes consolidou seus conhecimentos acerca dos temas e fomentou seu interesse futuro pela docência.</p>

PO 449-1	PO 450-1
<p>A CONFECÇÃO DE UM MODELO PRÁTICO DE PUNÇÃO ARTERIAL COMO FERRAMENTA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO CONHECIMENTO TEÓRICO ACERCA DO PROCEDIMENTO</p> <p>Miguel Angelo Mota de Almeida Maia, Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo, André Luiz Barbosa Romeo, Milla Gabriele Sallenave Andrade, Camila Maria Soares de Lima, Ian Lemos Teixeira Sarno, Hortênsia Souza Guedes de Oliveira, Gildásio do Nascimento Santos Júnior</p> <p><i>EBMSP - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O estudo objetiva apresentar o modelo de punção arterial desenvolvido por acadêmicos da Liga Acadêmica de Anatomia Clínico-Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Bahia. O modelo criado visa propiciar a ampliação do treinamento de graduandos e profissionais da área da saúde no procedimento referido, o qual é comumente realizado em centros de saúde de todos os níveis de complexidade. Justifica-se a sua adoção devido à facilidade da construção do modelo e por serem utilizados materiais acessíveis e de baixo custo, além de ser mantida considerável fidedignidade anatômica, incluindo a localização do vaso e a presença de pulso arterial palpável.</p> <p>MÉTODO: Foram construídos um total de 5 modelos para treinamento da técnica de punção arterial. Para sua construção foram utilizados apenas materiais de baixo custo, como braços de manequins, esponja de jardinagem, garrote do tipo tubo de látex, prendedores de látex, seringa de 10ml, EVA e corante alimentar. Sua montagem é feita pelos próprios ligantes e de fácil reproduzibilidade. Uma extremidade do garrote é ocluída pelo prendedor de papel, enquanto na outra é acoplada a seringa com 10ml de líquido pigmentado pelo corante vermelho para representar o sangue, que vai preencher todo o garrote. Ao empurrar o êmbolo da seringa, o ligante consegue simular a pulsação da artéria para deixar o treinamento mais verossímil. O mecanismo montado resulta em um modelo portátil, de fácil transporte e fiel aos referências anatômicos necessários ao procedimento, o que potencializa a aprendizagem dos estudantes. Após a finalização da confecção, os modelos foram utilizados em capacitações dos ligantes e em cursos teórico-práticos ofertados pela liga acadêmica a discentes de variados semestres.</p> <p>RESULTADOS: A confecção dos modelos anatômicos demandou poucos tempo e dinheiro, sendo, portanto, acessível à maioria dos discentes da graduação em Medicina. Somada à rentabilidade da construção deste material, notou-se a possibilidade de sua reutilização, propiciando repetidas oportunidades de treino, prática e aprimoramento aos acadêmicos engajados na atividade proposta. Ademais, os estudantes participantes se mostraram empolgados e instigados ao realizarem o procedimento de punção arterial no modelo ofertado, tendo relatado satisfação quanto ao aprendizado prático, o qual, aliado a uma breve introdução teórica, fez-se frutuoso. O fato de ambos os membros da liga – promotores da construção do modelo e da atividade – e os estudantes mostrarem-se exultantes quanto à prática fortalece o sucesso da interação entre acadêmicos com diferentes conhecimentos na construção do conhecimento.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, é incontestável que a confecção de um modelo próprio para a Punção Arterial, seguida da realização de aulas teórico-práticas utilizando-o, atuou de forma benéfica na construção e consolidação acerca do conhecimento do procedimento, bem como em competências subjetivas dos ligantes acerca do trabalho em grupo.</p>	<p>ESTRUTURAÇÃO DA UNIDADE DE CIRURGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (HUPES/EBSERH)</p> <p>Heitor Carvalho Guimarães, Pablo Tarceu Nunes de Melo, Domingos Felipe Lima da Nóbrega, André Luiz Aleluia da Silva, Thiago Francischetto Ribeiro, Bruno Vagner Varjão, Lina Maria Goes de Codes, Daniel Lins Cohim</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Edgard Santos / EBSERH - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Elaborar uma Proposta de Estruturação da Unidade de Cirurgia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) para os Médicos Cirurgiões (Preceptores) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) enfatizando melhorias na assistência, ensino e pesquisa, além de atentar para segurança do paciente, estudantes e profissionais de saúde.</p> <p>MÉTODO: O trabalho foi desenvolvido no Complexo HUPES/EBSERH da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia durante o ano de 2018. As propostas para estruturação foram elaboradas com base nas dificuldades existentes no serviço, nas orientações do Plano Diretor Estratégico HUPES/EBSERH, nas perspectivas futuras do hospital e prezando a segurança do paciente, estudantes e profissionais de saúde. Além disso, foi levado em consideração o contexto local do hospital universitário, contemplando os pilares da assistência, ensino e pesquisa. Após realização de reuniões com os profissionais envolvidos, as propostas foram debatidas resultando nas suas definições finais.</p> <p>RESULTADOS: Foram identificadas as áreas de atuação dos profissionais e desenvolvidas linhas de interesse. Promoção da atualização, documentação e transmissão de conhecimentos a entre os Professores, Preceptores, Médicos Residentes e estudantes da graduação. Otimizado o tempo dos procedimentos sempre prezando pelo cuidado e segurança dos pacientes. Aprimorado o funcionamento do Ambulatório melhorando sua dinâmica no pré e pós operatório. Incentivo aos Médicos Residentes e Internos a realização de Pesquisa Clínica na Unidade. Elaboração de Protocolos à fim de atender melhor e com mais brevidade os nossos pacientes. Criação de Sessão Científica periódica com objetivo de promover a integração dos diversos serviços do HUPES.</p> <p>CONCLUSÕES: A Estruturação da Unidade de Cirurgia é um processo dinâmico e necessita de constantes atualizações. Diversas melhorias já podem ser notadas no serviço após a implantação das medidas. Espera-se que logo em breve, os dados estatísticos possam ser mensurados respaldando os ganhos na qualidade e quantidade de atendimentos realizados no Hospital. Novos trabalhos deverão ser encorajados para apresentação desses dados e permitir direcionar as melhorias ao serviço. O presente trabalho contribui para nosso maior objetivo que é prestar um atendimento com maior segurança para os pacientes, Médicos Residentes, Internos, Preceptores e Professores.</p>
<p>PO 451-1</p> <p>A PRIMEIRA VEZ A GENTE NUNCA ESQUECE</p> <p>Isadora Barreto de Andrade, Thaís Querino de Lima, Elaine Julian da Fonseca, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das primeiras experiências cirúrgicas de médicos e estudantes brasileiros.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal descritivo e prospectivo realizado com 128 participantes, no período de janeiro de 2019, dos quais 2 foram descartados por respostas incoerentes. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada disponibilizada no sistema Google Docs com 12 questões referentes às experiências de pequeno, médio e grande porte cirúrgico. Os participantes foram convidados via mídias sociais, pessoalmente ou por e-mail. A participação foi voluntária e anônima.</p> <p>RESULTADOS: O questionário foi aplicado a 126 pessoas, incluindo graduandos em medicina (82), médicos generalistas (3), residentes (2) e médicos especialistas (39). Entre o total de estudantes, a maioria (32%) se encontra no segundo ano de curso, seguido do quinto (17%) e do último ano (17%). Analisando a sutura, 43% dos graduandos demonstraram ter realizado o procedimento até o segundo ano de curso. Já 82% dos especialistas demonstraram ter tido essa prática a partir do segundo ano de graduação. Os médicos generalistas relataram ter realizado o procedimento no quarto ano da graduação e os residentes, no terceiro. Foi verificado que 65% dos estudantes não realizou acesso venoso profundo até o momento do estudo. 56% dos especialistas, os residentes (100%) e 33% dos médicos generalistas relataram ter realizado a prática nos dois anos finais da graduação. Procedimentos de pequeno porte não foram realizados pelos estudantes em 51% dos casos. Quando realizados, a maior parte (46%) se deu durante os três últimos anos de curso, unindo dados dos graduandos e graduados. Procedimentos de médio porte não foram realizados por 92% dos estudantes e 41% dos médicos formados relataram ter realizado tais procedimentos no primeiro ano de residência. Com relação aos partos, 70% dos estudantes, por estarem no início do curso, declararam ainda não terem realizado. 46% dos que se encontram em períodos mais avançados, juntamente com os médicos graduados, relataram que realizaram o procedimento, tanto normal, quanto cesáreo, a partir do quinto ano de graduação. Por fim, procedimentos de grande porte foram realizados por 50% dos graduados, a partir do segundo ano de residência.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluímos que as experiências cirúrgicas acontecem cada vez mais cedo, com base no ano de ingresso no ensino superior. Estudantes que irão se graduar em 2019, por exemplo, fizeram a primeira sutura entre o segundo e terceiro ano de curso, enquanto aqueles que terminarão a graduação a partir de 2023 tiveram essa primeira prática ainda no primeiro ano. Por outro lado, médicos já graduados tiveram a prática, em geral, a partir do segundo ano de graduação. Isso demonstra que o curso tem inserido o estudante no contexto e realidade da profissão cada vez mais cedo, principalmente após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de medicina, publicadas pelo MEC em 2014.</p>	<p>PO 451-2</p> <p>CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: UMA REVISÃO DE INDICAÇÕES E TÉCNICAS</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Franciele Avelly Sá Maciel Ferreira, Monike Emillie Almeida Carvalho, Joao Pedro Matos Santana, Marcus Reis Gonçalves, Juliana Lima Medeiros, Maria Eduarda Freitas Melo, Josemar Lélis Souza Junior</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar as principais técnicas envolvidas na abordagem cirúrgica para o tratamento da hipertensão endocraniana, assim como as indicações para essa cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Esta revisão de literatura foi baseada na pesquisa das palavras chaves: craniotomia, indicações, técnicas e, nas seguintes plataformas: PubMed, LILACS e MEDLINE, foram selecionados artigos entre 2004 e 2014.</p> <p>RESULTADOS: A maioria das medidas clínicas para tratamento da Hipertensão Intracraniana (HIC) atua no compartimento sanguíneo intracraniano. A autorregulação cerebral precisa estar intacta para que tais medidas, como hiperventilação, solução hipertônica ou manitol, exerçam seu efeito. A refratariedade da HIC às medidas clínicas é um achado indireto de perda da autorregulação, ou seja, ocorre Brain Swelling ou tumefação cerebral. A Craniotomia Descompressiva (CD) está indicada nos casos de BS, seja ele bilateral (Marshall III) ou unilateral (Marshall IV). Entretanto evitamos essa abordagem em casos com evidências de lesões irreversíveis, Escala de Coma de Glasgow com 3 pontos e ausência de reflexos no tronco encefálico. Em relação à técnica operatória não há divergências. A craniotomia é ampla, com mais de 12 cm de diâmetro, com remoção dos ossos frontal, parietal, temporal e escama do occipital. Existe dois tipos incisionais bem estabelecidos: incisão de Becker (ponto de interrogação invertido), prática, rápida, com boa exposição do crânio, permitindo craniectomia basal da fossa média, porém pode haver necrose do couro cabeludo, ou pode-se optar pela incisão em "T", afim de evitar necrose do couro cabeludo mas, detectou-se desvantagem nessa técnica, pois obriga-se a incisão da pele sem o osso subjacente no eixo vertical da incisão. Há 3 opções para lidar com osso proveniente da CD: a primeira é descarta-lo, a segunda é criar uma incisão abdominal subcutânea e armazená-lo nesse tecido até o momento da cranioplastia, e a terceira forma é preservar o osso num banco de tecidos. Descartando-se o osso, a opção é usar uma malha de titânio ou cimento de metilmetacrilato, o que não é estético e se torna muito mais caro do que usar o próprio osso do paciente. Colocar o osso na cavidade abdominal é aceitável, mas há o risco de remodelamento ósseo o que é comum e, manter o osso congelado num banco de ossos, apresenta bons resultados estéticos, além de não correr o risco de remodelamento, sendo esta a técnica com melhores resultados na cranioplastia.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos resultados obtidos reafirmamos que o procedimento cirúrgico em questão só se faz necessário após intervenções mais conservadoras serem aplicadas sem sucesso. Isso ocorre prioritariamente em pacientes que estão com autorregulação cerebral comprometida. Entretanto a medida cirúrgica será ineficaz em casos de Glasgow 3, tronco encefálico sem resposta e lesões irreversíveis. Ademais, a técnica e o manejo ósseo mais utilizado que apresenta maior aceitação e melhores resultados é a incisão de Becker com congelamento ósseo.</p>

PO 452-1	PO 453-1
<p>A IMPORTANCIA DA MATERIA DE ANATOMIA HUMANA DURANTE A GRADUAÇÃO PARA FORMAÇÃO DE FUTUROS CIRURGIÕES</p> <p>Christine Bouwman, Alan França Cerioli, Mary Anne Pasta Amorim</p> <p><i>FURB - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A anatomia humana é uma ciência que tem como princípio estudar, nomear e descrever o corpo humano e é uma das bases da educação médica e da cirurgia. O conhecimento anatômico é essencial para capacitar os alunos a reconhecerem e descreverem as diferentes estruturas e regiões do corpo humano, compreenderem a relação anatômica e funcional entre os órgãos e sistemas e poderem observar a importância do conhecimento das variações anatômicas.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica de literatura.</p> <p>RESULTADOS: O conhecimento teórico e prático anatômico é de essencial importância na formação médica, sendo necessário desde para o estudo da fisiologia até para a realização de um exame físico de qualidade ou na interpretação de exames de imagem. A prática da dissecação de cadáveres foi uma das bases do início da educação médica e permanece até hoje presente em muitas universidades na matéria de anatomia humana possibilitando aos acadêmicos a identificação e localização de diferentes estruturas, a observação da presença de variações anatômicas, permite com que seja feita a correlação entre diferentes órgãos e sistemas, proporciona aos alunos com que possam apreender a manusear adequadamente os instrumentos de dissecação e é um meio que auxilia os acadêmicos no desenvolvimento de destreza manual e técnica para a realização de futuros procedimentos médicos e cirúrgicos. Além disto, a anatomia faz com que o aluno tome conhecimento das variações anatômicas, o que é de grande importância para formação de futuros cirurgiões, sendo que o conhecimento das possíveis variações morfológicas é essencial para realização de diagnósticos corretos e tratamentos efetivos.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se concluir que a matéria de anatomia humana durante a graduação é de extrema relevância para formação de futuros cirurgiões, sendo importante para aquisição de conhecimentos teóricos e práticos essenciais para identificação da relação entre as estruturas e patologias e para elevar as chances de um diagnóstico adequado e tratamento efetivo.</p>	<p>AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO IMPACTO DO ENSINO DA VIDEOLAPAROSCOPIA NA DISCIPLINA DE TÉCNICA CIRÚRGICA DURANTE A GRADUAÇÃO DE MEDICINA EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DE RIBEIRÃO PRETO – SP – BRASIL</p> <p>VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA, MURILO ADOLFO FERNANDES, ANA FLAVIA SAMPAIO FELIPE, ANTONIO P FROIS, ADRIANO M NOGUEIRA, JULIA GAUDIANO VIEIRA MATOS, BRUNA SAYURI OYADOMARI, MILTON FARIA JR</p> <p><i>Universidade de Ribeirão Preto - RIBEIRÃO PRETO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar comparativamente o impacto do ensino da videolaparoscopia (VLP) na disciplina de técnica cirúrgica durante a graduação de medicina.</p> <p>MÉTODO: Alunos do 6º ano foram divididos em Grupo 1 – os que tiveram a VLP na grade curricular da técnica cirúrgica; e grupo 2 – que não tiveram. Ambos foram avaliados quanto à cognição e à habilidade através de questões objetivas de múltiplas respostas e exercícios simulados. Por fim, responderam a um questionário subjetivo. Os dados foram analisados estatisticamente.</p> <p>RESULTADOS: Quanto à avaliação objetiva, as questões foram sobre reconhecimento e função dos instrumentais, alterações fisiológicas do pneumoperitônio e complicações da VLP. A respeito do reconhecimento não houve significância (p=0,9), diferente da função do instrumental (p=0,0007). Em relação à alteração fisiológica do pneumoperitônio, houve significância (p=0,01), diferente das complicações da VLP (p=0,82). A habilidade foi avaliada por 4 testes: colocar um grão de milho em um pequeno saco plástico, uma arruela em um prego, um elástico da mesma forma e realizar um nó simples. O tempo foi contado em segundos. Não houve significância na comparação das médias dos dois grupos, sendo os valores de P = 0,3; 0,16; 0,47 e 0,84, respectivamente. Contudo, a comparação das variâncias foi significante nos 3 primeiros exercícios (p=0,03; 0,01 e 0,02). No tocante à subjetividade ambos os grupos avaliaram positivamente e indicaram o ensino da VLP na grade curricular, não havendo significância na comparação (P=0,82 e 0,67 respectivamente). Quanto à definição da importância da matéria na disciplina de técnica cirúrgica, o Grupo 1 teve média maior e diferente (P=0,02).</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, seja na comparação das médias ou da variância, é possível afirmar que há impacto positivo na cognição, na habilidade e na subjetividade, frente ao ensino da VLP na disciplina de técnica cirúrgica durante a graduação de medicina.</p>
<p>PO 455-1</p> <p>APLICAÇÃO DE UM MODELO DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE DE CRICOTIREOIDOSTOMIA</p> <p>Victor Ary Câmara, Heitor Moita Mota, Adriano Marcelino Lobo Filho, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Na emergência, em especial no trauma, a garantia da perviabilidade da via aérea é de extrema importância, em caso de impossibilidade de sucesso pode acarretar grande prejuízo ao paciente. (ATLS, 2008). Dentre as formas alternativas à intubação orotraqueal temos a cricotireoidostomia, procedimento importante para médicos e acadêmicos de medicina, porém a falta de treinamento ou de técnica pode tornar o procedimento em um desafio (WONG et al; 2003). Nesse tocante, o uso de simuladores surge como uma peça fundamental na formação de médicos e estudantes. (Netto, 2014). Portanto, neste trabalho iremos discorrer acerca da avaliação de um modelo de baixo custo para a realização de cricotireoidostomia e sua ampla acessibilidade.</p> <p>MÉTODO: O modelo de baixo custo de cricotireoidostomia foi produzido a partir de materiais de baixo custo, dentre eles estão: eletroduto, porcelana fria moldável, atadura gessada, EVA e papel filme. A sua aplicação ocorreu com alunos em um curso teórico prático de cirurgia. Primeiramente houve uma aula teórica sobre o tema e em seguida os participantes foram avaliados individualmente, utilizando a metodologia objective structured clinical examinations (OSCE). Todos foram avaliados através de um checklist e, após a prática, eles responderam um questionário do tipo likert avaliando o modelo de baixo custo.</p> <p>RESULTADOS: Participaram do questionário 85 alunos, sendo 67,1% destes do sexo feminino e 32,9% masculino. Em relação a anatomia do modelo com a realidade, 30,6% avaliaram com nota 10, 36,5% com uma nota 9, 24,4% nota 8 e 3,5% nota 7. Sobre o aprendizado do procedimento através do modelo sintético, a grande maioria (74,1%) dos participantes avaliaram com nota máxima. 23,5% marcaram a nota 9 neste quesito. Uma minoria dos alunos (2,4%) marcaram a nota 8. Com a dificuldade de ter acesso a recursos humanos para o treinamento de procedimentos médicos, o uso de simuladores tem tido importante papel nesse quesito, por se tratar de um ambiente controlado e possibilitar inúmeras tentativas de treino esses modelos têm grande impacto no aprimoramento de habilidades. (Anselmo, 2018). Em relação qualidade do material utilizado para a confecção do modelo, 43,5% dos participantes avaliaram com nota 10, 40% avaliaram com nota 9, 14,1% avaliaram com nota 8 e 2,4% avaliaram com nota 7. Ao serem questionado sobre a viabilidade do uso do modelo para o ensino 71,8% avaliaram com nota 10 e 28,2% dos participantes restantes deram nota notas 9 e 8, somadas. Frente a importância do uso de simuladores no ensino médico, o uso de simuladores de baixo custo neste meio surge com grande importância, pois aumenta a acessibilidade às práticas e difunde de forma democrática o conhecimento, o que foi atestado diante do questionário.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, o uso deste simulador de baixo custo para a prática de Cricotireoidostomia é uma forma acessível e viável para o ensino e aprimoramento dessa habilidade no meio médico.</p>	<p>PO 456-1</p> <p>A VISAO DE ESTUDANTES DE MEDICINA ACERCA DO USO UM MODELO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA</p> <p>Maximilian Pinho Schwermann, Afonso Nonato Goes Fernandes, Túlio Timbó Arruda, Matheus Jorge Pires Viana, Thaís Barroso Vieira Costa, Douglas Marques Ferreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O aprendizado cirúrgico apresenta-se como um processo extenso e complexo, exigindo experiência prática, a fim de se alcançar proficiência nas habilidades cirúrgicas. Historicamente, os métodos de aprendizado na Cirurgia avançaram, por diversas fases. Atualmente, uso de modelos sintéticos, especialmente voltados a novas tecnologias, como os laparoscópicos, tem ganho espaço. A colecistectomia representa o principal procedimento cirúrgico realizado pela via laparoscópica. Essa abordagem se tornou uma grande ferramenta na gama terapêutica cirúrgica moderna, resultando em menor trauma tecidual, recuperação acelerada, menor tempo de incapacidade laboral e dor no pós operatório reduzida. Visto que a simulação é uma técnica educacional que permite recriar um cenário clínico do mundo real, um modelo de colecistectomia videolaparoscópica pode familiarizar estudantes com tecnologias que já prevalecem em grande parte dos procedimentos e fazem parte do conhecimento geral da prática cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal e quantitativo realizado com 33 alunos escolhidos aleatoriamente entre o 2º ao 5º semestre do curso de Medicina na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Todos os alunos possuíam conhecimento anatômico básico acerca das estruturas abdominais necessárias para a atividade e foram instruídos por membros da liga, já familiarizados com o modelo. Em um modelo de colecistectomia laparoscópica criado pelos estudantes da Liga de Cirurgia Geral, os participantes realizaram a identificação da artéria cística, isolaram-na e a puxaram com fio agulhado, de acordo com o check-list proposto. Após a atividade os estudantes responderam a um questionário sobre o modelo e suas características, viabilidade e praticidade.</p> <p>RESULTADOS: Dos 33 alunos que responderam ao questionário. Considerando que 75,8% dos participantes declararam nenhum contato com videolaparoscopia, 87,9% deles concordam totalmente com o modelo apresentar estruturas anatômicas decentes, e permite uma boa compreensão do procedimento. Ainda neste contexto, 30 dos alunos concordaram, em diferentes níveis, que o projeto é uma forma fidedigna de reproduzir o procedimento. O modelo também recebeu boas avaliações quanto a simulação do movimento das pinças, onde 81,8% concordam totalmente. Questões estéticas do simulador, seu nível de iluminação e ergonomia do modelo seguiram o padrão de boas críticas, onde, pelo menos, 75,8% dos alunos os classificaram como satisfatórios na representação da cirurgia. Por fim, 90,9% acredita que é adequado repetir o modelo em cursos futuros.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante da importância do domínio de habilidades em técnicas cirúrgicas, o desenvolvimento de modelos de baixo custo, como o de colecistectomia videolaparoscópica, constitui-se uma ferramenta viável durante a graduação médica. Dessa maneira, foi constatado por alunos, a utilidade do modelo como facilitador no aprendizado, fato que ressalta a importância da confecção de simuladores para a formação médica.</p>

PO 456-2	PO 457-1
<p>COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS NA RECUPERAÇÃO DE PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA</p> <p>flora de souza brandao Brandão reis, Rafael Rodriguez Teixeira de Carvalho teixeira Carvalho, Lizandra Alves, Mariana Belmont Carvalho Xavier Cruz Belmont Carvalho, Beatriz Bastos, Brenda Barbosa Faustino, Joaquim Lucas Vasconcelos Lima dos Santos</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho visa mostrar as principais complicações pós-Operatórias na recuperação de portadores de fissura labiopalatina, permitindo a sua identificação e adequação do tratamento que lhes é oferecido. Esperamos, assim, melhorar a percepção do cirurgião de cabeça e pescoço em relação à terapêutica empregada, anestésicos mais eficazes e faixa etária apropriada para cada procedimento cirúrgico, trazendo um panorama dos sintomas mais prevalentes e seus aspectos clínicos.</p> <p>MÉTODO: Foi executada uma revisão bibliográfica dos artigos científicos publicados nas bases de dados Scielo, BVS e Pubmed nos últimos cinco anos, sobre a temática abordada.</p> <p>RESULTADOS: Em estudo das complicações de cirurgias de lábio e palato, as mais frequentes é a dor seguida de desaturação de oxigênio e taquicardia, encontrados em maior concentração de 0 a 18 meses, idade justificada pelo momento propício para a realização da correção das fissuras labiopalatinas. O estado nutricional e metabólico do paciente é uma variável importante quando relacionada à cicatrização da ferida cirúrgica. Ademais, a queiloplastia é o tipo de procedimento cirúrgico com maior ocorrência da dor associado a taquicardia, em virtude de efeitos hormonais e cardiovasculares. Este tipo de cirurgia ocorre, normalmente, antes dos 12 meses de idade, e nesta faixa etária, a resposta verbal está prejudicada, assim a medição e avaliação desta complicação nos pacientes pediátricos são desafios aos profissionais. Além disso, alterações no oxigênio transcutâneo e transpiração palmar têm sido observadas nas crianças submetidas a procedimentos clínicos dolorosos. Estas variações fisiológicas têm sido úteis no exame das experiências dolorosas associadas a procedimentos médicos de curta duração. Contudo, não existem respostas fisiológicas que reflitam diretamente a percepção da dor na criança. Os cirurgiões do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, para redução da dor no pós-operatório, realizam a infiltração da ferida operatória com anestésico local, o que tem demonstrado efetivo controle na redução da dor imediata. Porém, empiricamente, observa-se que sua adoção na prática clínica tem sido lenta, o que contribui para o aumento da dor no pós-operatório imediato. A desaturação de oxigênio é a segunda complicação mais frequente, incluindo a hipoxemia, hipoventilação e obstrução respiratória, observada, estatisticamente, entre 6 e 18 meses de vida.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, então, que as complicações pós operatórias mais frequentes foram dor na queiloplastia, seguida da desaturação de oxigênio e taquicardia. Observou-se, também, associação significativa entre dor, pré-medicação e tipo de cirurgia, assim como entre desaturação de oxigênio e faixa etária. Além disso, são necessários mais estudos para elucidar os fatores de risco (ambientais e genéticos) e suas inter-relações para que se possa atuar de forma a prevenir a ocorrência dessa malformação e reduzir os problemas pós-cirúrgicos.</p>	<p>SIMULADOR DE BAIXO CUSTO PARA PRÁTICA DE SUTURA</p> <p>Victor Andrade de Araújo, Afonso Nonato Goes Fernandes, Lucas Sabóia Marinho, Matheus de Souza Mendes, Túlio Timbó Arruda, Douglas Marques Ferreira de Lima, Francisco Julimar Correia de Menezes, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: Sutura define-se como o ato de aproximar estruturas do corpo, por meio de utilização de instrumental cirúrgico, a técnica de sutura deve ser bem feita por todos os generalistas, independentemente de qual especialidade. Diante dessa técnica na cirurgia, buscou-se dar continuidade à prática de sutura simples, contínua, em X e Donati, visto que, a capacitação realizada com modelos sintéticos de baixo custo é uma opção eficaz e acessível no seu aperfeiçoamento técnico, não limitado a questões financeiras, ou éticas, no contexto da prática em animais. Dessa forma, o presente estudo buscou produzir modelos sintéticos reprodutíveis e de baixo custo para o treinamento de sutura de maneira fidedigna e protegida.</p> <p>MÉTODO: O Modelo foi fabricado com esponja acústica, em placas de 1m² com 5cm de espessura (simulando o tecido subcutâneo) e esparadrapo com 10 cm de largura (simulando pele). Para montagem, corta-se a esponja em um quadrado com 10cm de lado e 20 cm de esparadrapo. Aplica-se o esparadrapo ao longo dos 10 cm da esponja dobrando os 5cm de sobra de cada lado, cobrindo as laterais. Cada placa de 1m² custa R\$5,80. Já o rolo de esparadrapo com 4,5m de comprimento, R\$10,40. O valor de cada simulador é de R\$0,87 centavos. Com um modelo é possível treinar tipos de sutura em variadas formas de feridas de acordo com a incidência feita. O modelo foi aplicado em curso prático de sutura, sendo avaliado por 24 acadêmicos de Medicina do 2º ao 6º semestre que responderam a um questionário que avaliava os seguintes critérios: experiência prévia com sutura, adequação do modelo à prática de sutura, reprodutibilidade do modelo, satisfação com o material e contribuição com o aprendizado, totalizando com uma pontuação de 0-5 pontos.</p> <p>RESULTADOS: Foi observado que 15(62,5%) dos participantes já possuíam experiência com o procedimento, onde a maioria consistiu de outros tipos de simuladores. Nesse contexto, mais de 90% dos acadêmicos concordam, em diferentes níveis, que o modelo reproduziu satisfatoriamente a prática da sutura e que auxiliou o aprendizado. Além disso, 23 (95,8%) acredita que se pode reproduzir o modelo de maneira adequada. Mantendo o padrão de avaliações positivas, 22 dos participantes acreditam, total ou parcialmente, que os materiais que formam o modelo são satisfatórios para a prática e a nota dada, por cada aluno, foi a máxima (5) em 14 dos casos, acompanhadas de 9 acadêmicos propondo a nota 4 e 1 discente aplicando a nota 3. Esses dados fortalecem o argumento de que o modelo é vantajoso por ser similar ao procedimento real, de fácil reprodutibilidade e de baixo custo, onde foi unânime a resposta de que eles recomendariam o modelo para práticas futuras.</p> <p>CONCLUSÕES: Desse modo, foi possível elaborar e desenvolver um modelo sintético de baixo custo para a reprodução das diversas técnicas de sutura, com materiais que podem ser encontrados facilmente em lojas comerciais, visando, assim, uma maior universalização do ensino.</p>
<p>PO 457-2</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS TIREOIDECTOMIAS TOTAIS REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)</p> <p>José Antonio Nunes Razia, Aloysio Enck Neto, Lucas Spina, Cláudio Dellinghausen Silveira, Felipe Debona, Roger de Ávila Querino Vieira, Franciele Pereira Madeira, Pedro Guido Sartori</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delimitar as indicações, perfil epidemiológico, complicações pós operatórias e tempo de internação de pacientes submetidos a Tireoidectomia total (TT) no HUSM.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo retrospectivo com base em revisão de prontuários de pacientes submetidos à TT no HUSM no período compreendido entre março de 2017 e dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas 75 TT pela Equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HUSM no período citado. Bócio multinodular sintomático contemplou a maior parte das indicações cirúrgicas (44%), seguido por nódulos tireoidianos benignos únicos - adenomatoso, folicular ou colóide (13,2%). Juntas, as patologias benignas foram responsáveis por 57,2% das indicações de TT. Dentre as doenças malignas, o Carcinoma Papilífero foi o achado mais prevalente, somando 28 casos (37,3%). As outras indicações incluem Mixofibrossarcoma, metástase de Carcinoma de Células Claras renal e Carcinoma Medular de Tireoide, cada um com um caso. A média de idade dos pacientes foi de 50 anos. O tempo médio de internação foi de 2,3 dias, sendo que 55 (74,2%) dos pacientes deram alta com 2 dias ou menos de internação. Complicações estiveram presentes em 34 pacientes (45,9%), sendo a mais frequente hipocalcemia, representando 53,49% dos casos em que estas existiram (transitória e permanente), seguida de disfonia (25,58% dentre transitórias e permanentes), seroma (6,97%), granuloma (4,65%), deiscência de sutura (4,65%) e outros (4,65%). Não foram observados óbitos decorrentes do procedimento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil de pacientes submetidos a esta cirurgia foi bastante semelhante ao encontrado na literatura atual, sendo composto na maior parte por indivíduos na quinta década de vida. As patologias malignas, com destaque ao carcinoma papilífero, apresentaram uma porcentagem bastante elevada das indicações cirúrgicas (42,6%), fato talvez atrelado à grande drenagem de pacientes oncológicos pelo Hospital Universitário de Santa Maria. O tempo de internação foi relativamente curto (2,3 dias), tendo a média elevada principalmente por casos isolados de permanência estendida devido a complicações relacionadas às más condições clínicas gerais de pacientes oncológicos. A complicação mais frequente foi o hipoparatiroidismo (30,6%), embora a permanência dos sintomas tenha sido baixa. A paralisia de pregas vocais foi observada em nove pacientes (12%), sendo somente em um caso bilateral, e outros dois pacientes apresentaram queixas de disfonia com exame videolaringoscópico normal. A tireoidectomia total consiste em um dos principais procedimentos dentro da Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Atenção à técnica cirúrgica e à anatomia são fundamentais para o sucesso do procedimento.</p>	<p>PO 458-1</p> <p>IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE ENSINO TEAM BASED LEARNING (TBL) EM HABILIDADES CIRÚRGICAS NO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES ALAGOAS</p> <p>KASSIELE MENEZES SILVA, IAGO MOURA AGUIAR, ANA CAROLINA PASTL PONTES</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar o ensino de Habilidades Cirúrgicas no sistema Team Based Learning (TBL).</p> <p>MÉTODO: A metodologia ativa estilo TBL é focada no trabalho em equipe, podendo ser aplicada a turmas com grandes números de discentes sem impacto negativo na aprendizagem significativa. O estudo trata-se de um relato de experiência da implantação do sistema de ensino TBL na matéria Habilidades Cirúrgicas em turma de graduação de Medicina. Iniciou-se em Agosto de 2017 e perdura até a atual turma em curso, ofertando a disciplina a um total 296 alunos. O estudo sobre cirurgia fora desenvolvida para dois semestres: um primeiro mais geral, com debates e discussões acerca de temas base (ex. história da cirurgia e do conhecimento do âmbito cirúrgico, pré-operatório, treino de suturas e nós, infecções de sítio cirúrgico); e um segundo composto por aulas com temas mais especializados, teórico-práticos, que perpassam por avaliação anestésica e intubação, acessos venosos (periféricos e centrais) até técnicas cirúrgicas, como colecistectomias e apendicectomias, em modelos sintético (simuladores) e animal (miniporcões).</p> <p>RESULTADOS: A partir de agosto de 2017, a primeira turma do curso iniciou o módulo I da disciplina. O sistema TBL promove que os discentes, orientados por um docente cirurgião, possam ser provedores do conhecimento. Durante a aplicação da técnica divisão da turma em equipes, aprofundando o conhecimento prévio estudado sobre a temática referente a aula. Há certa dificuldade inicial, que vão ganhando confiança ao passar das semanas. Tanto em aulas teóricas como nas práticas, tais grupos trabalham em equipe para chegar a um entendimento do assunto, de modo que, por serem provedores do conhecimento, podem trazer curiosidades acerca do tema. Além disso permite a integração da turma, aprofundamento do assunto já que todos partem de uma linha base inicial, utilização de diferentes recursos de ensino (Mentimeter, Google Classroom, entre outros).</p> <p>CONCLUSÕES: O amplo número de erros de acadêmicos, frente a procedimentos cirúrgicos demanda um sistema de ensino que coloque o aluno em constante prática e estímulo com a matéria. Com este intuito, o TBL na disciplina de Habilidades Cirúrgicas detém destacada importância por preparar o acadêmico a trabalhar em equipe, ter liderança frente a diversas situações e tirar maior proveito de temáticas que envolvam procedimentos operatórios.</p>

<p style="text-align: center;">PO 458-2</p> <p>APLICAÇÕES DA LOCALIZAÇÃO PRÉ-OPERATORIA COM SESTAMIBI ASSOCIADO AO SPECT NAS PARATIREOIDECTOMIAS MINIMAMENTE INVASIVAS</p> <p>Pedro Hidekatsu Melo Esaki, Natália Rodrigues do Nascimento, João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira, Karen Juliana Neres Padilha, Letícia dos Reis Nunes, Luiz Felipe Gontijo Ribeiro Caetano, Júlio Cesar Lacerda Garcez, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão não sistemática da literatura sobre a localização pré-operatória com sestamibi associada à tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) nas paratireoidectomias minimamente invasivas.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se busca nas bases de dados PubMed, LILACS, BVS e Bireme, utilizando-se os seguintes descritores "Sestamibi", "SPECT", "paratireoidectomias minimamente invasivas". Limitou-se a busca a trabalhos realizados entre 2014 e 2019.</p> <p>RESULTADOS: A pesquisa resultou em 6 trabalhos selecionados por conveniência, sendo classificados: 1 metanálise, 4 estudos originais, 1 relato de caso. Os métodos de localização pré-operatória têm importante papel na pesquisa anatômica das glândulas paratireoides patológicas. A sensibilidade do método ecográfico para localização de adenoma único oscila entre 72 e 89%, enquanto a cintilografia tem sensibilidade entre 80 e 95%. A maior deficiência desses métodos reside na limitação para detecção de doenças multi glandulares. O sestamibi-99mTc é um radiofármaco com avidéz por atividade mitocondrial e tem sido descrito como marcador de escolha na triagem e seguimento de pacientes com patologias de paratireoide. Quando a cintilografia é combinada ao uso de sestamibi com SPECT, a sensibilidade passa para valores em torno de 94 a 99%. A SPECT associada ao sestamibi-99mTc permite a visualização e localização topográfica (superior aos resultados obtidos com imagens puramente planas), bem como a complementação pelo valor do exame funcional com marcador. O papel transcende apenas a mera opção diagnóstica, já que a partir do mapeamento glandular ectópico ou hiperativo permite-se um planejamento e escolha cirúrgica importante e de maior eficácia para o caso. A efetividade da localização pré-operatória tem relação considerável com a taxa de sucesso operatório. Em determinados casos a realização do protocolo completo de captação com exame de 2 horas fornece ainda maior contribuição no entendimento anatômica e no planejamento cirúrgico. As diferenças celulares, sobretudo no conteúdo mitocondrial do tecido tireoideano e paratireoideano, gera maior poder de diferenciação entre as duas formas. Lorberboyn e cols (2003) demonstraram para uma série de 52 pacientes que a obtenção de imagens com o método SPECT com Sestamibi auxilia tanto nas imagens de captação precoce quanto tardias.</p> <p>CONCLUSÕES: Existem na literatura outros protocolos com radiofármacos para localização pré-operatória de paratireoides, como o Tállo-201, Iodo-123, entretanto essas técnicas têm demonstrado acurácia inferior a combinação do sestamibi associado ao SPECT. Após injeção de Sestamibi, o tecido paratireoideano normal tende a redução para valores de normalidade, comparada com o acúmulo esperado para tecido patológico. Essa característica permite a identificação segura das estruturas e um planejamento cirúrgico para intervenções minimamente invasivas com resultados mais promissores e eficazes.</p>	<p style="text-align: center;">PO 458-3</p> <p>CORRELAÇÃO DE ACHADOS LABORATORIAIS COM GRAU DE APENDICITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA</p> <p>HENRIQUE LEANDRO BRAZ</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução: Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico apresentado em unidades de emergências médicas no mundo. A demora no diagnóstico dessa patologia é prejudicial ao paciente, aumentando o índice de complicações. A realização de exames laboratoriais pode ser útil para identificar mais precocemente estes achados. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar as principais alterações laboratoriais em pacientes com apendicite aguda, sobretudo a leucocitose e desvio nuclear a esquerda, assim como sua relação com a fase evolutiva da enfermidade.</p> <p>MÉTODO: Métodos: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta de pacientes submetidos a cirurgia de apendicectomia no período de maio a agosto de 2016 em um hospital geral de alta complexidade da cidade de Curitiba, sendo estimada uma amostra censitária totalizando 82 pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: A média de idade foi de 29,5 anos (com variação de 12 a 88 anos), composta discretamente por pacientes com predominância do sexo masculino (n=42; 51,2%). Em relação ao leucograma, 50 (63,4%) pacientes apresentavam valores <15.000 leucócitos por mm³, 18 (22%) apresentavam níveis entre 15.000 e 20.000 leucócitos por mm³ e 12 (14,6%) apresentavam taxas ≥ 20.000 leucócitos por mm³. Quanto ao desvio nuclear a esquerda, 78% (n=64) dos enfermos não apresentavam esta alteração. As variáveis avaliadas: sexo, idade e desvio à esquerda não apresentaram diferença estatística quando comparadas com a variação de grau apendicular. Em 58,4% dos pacientes com contagem de leucócitos totais ou maior ou igual a 20.000 leucócitos por mm³ houve perfuração apendicular (fase 4) (p<0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: Houve significância estatística na correlação de grau de evolução da apendicite aguda com o número total de leucócitos, sendo este dado podendo ser utilizado pela prática clínica/cirúrgica como dado complementar para diagnóstico mais preciso das complicações desta patologia.</p>
<p style="text-align: center;">PO 459-1</p> <p>CURSO DE IMERSAO EM TECNICA OPERATORIA (CITO): APROXIMAÇÃO DE MONITORES DISCENTES A AREA CIRURGICA</p> <p>Wlamir Batista Ribeiro, Luiz Ricardo Cerqueira Freitas Junior, Rafael Carneiro Lélis, João Victor Almeida Santos, Diego Sampaio Duque Vítório, Maria Suzana Vasconcelos de Araújo Silva</p> <p><i>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - - Espírito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relatar o funcionamento do CITO, bem como a experiência de monitores discentes envolvidos no curso.</p> <p>MÉTODO: O Curso de Imersão em Técnica Operatória (CITO) possibilita aos participantes a obtenção do conhecimento, bem como o desenvolvimento de habilidades referentes ao cotidiano cirúrgico. Ele ocorre em dois dias, sendo que: no primeiro momento, há uma conferência de abertura do evento, em que um docente da área aborda a história da cirurgia ao longo dos últimos séculos, seguida de bancadas expositivas sobre paramentação, lavagem cirúrgica das mãos e preparo do paciente. Nessas bancadas, é possível observar e aprender sobre as áreas do centro cirúrgico, colocação de vestimentas adequadas pelos profissionais de saúde, utilização de luvas estéreis, entre outros. Após apresentação inicial do conteúdo teórico, os participantes praticam sobre os temas determinados, assessorados por monitores e docentes especialistas. Na segunda parte, os discentes são divididos em estações teórico-prática sobre os temas: nós e suturas, instrumentação, acesso central e periférico, punção arterial e intubação orotraqueal. Inicialmente, é dada uma base teórica do assunto, seguida por uma demonstração da parte prática com posterior acompanhamento da realização procedimental do aluno. Para que os monitores possam realizar essas tarefas, ocorre, previamente ao curso, quatro encontros presenciais para capacitação desses. O docente ministra uma aula teórica sobre os assuntos abordados, enquanto um monitor mais experiente realiza a parte prática, sob tutela do mesmo professor que ministrou a aula. Dessa forma, os monitores treinam em conjunto todos os conteúdos, compreendendo desde os princípios básicos do centro cirúrgico até a realização de pequenos procedimentos.</p> <p>RESULTADOS: Ao tornarem-se também responsáveis pela transmissão de saberes, os monitores discentes, durante o treinamento das bancadas, adquirem habilidades teórico-práticas. Essas habilidades, por sua vez, proporcionam um desenvolvimento intelectual individual destes monitores, além de otimizar o método de ensino-aprendizagem proposto pelo curso.</p> <p>CONCLUSÕES: A experiência monitorial em relação a temas relevantes do cotidiano médico trata-se de uma metodologia que visa otimizar o processo de ensino-aprendizagem. O olhar sistemático do monitor sobre os procedimentos, de modo que as técnicas sejam passadas adequadamente aos alunos, gera um ambiente em que habilidades práticas inerentes da área possam ser realizadas de maneira eficiente. Dessa maneira, esse cenário criado no CITO, simula, de fato, um ambiente cirúrgico, tornando possível uma aproximação, sobretudo, entre o monitor discente e a área cirúrgica.</p>	<p style="text-align: center;">PO 459-2</p> <p>ANALISE DOS PACIENTES COM CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREOIDE NO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA (HUSM)</p> <p>José Antonio Nunes Razia, Aloysio Enck Neto, Lucas Spina, Cláudio Dellinghausen Silveira, Pedro Guido Sartori, Felipe Debona, Leonardo Kratizig Zuchetto, Roger de Ávila Querino Vieira</p> <p><i>Universidade Federal de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Explorar o perfil dos pacientes, tempo de internação, complicações cirúrgicas, correlacionar o diagnóstico pré-operatório por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) através da Classificação de Bethesda com o diagnóstico anátomo-patológico da peça cirúrgica e necessidade de tratamentos complementares de pacientes submetidos a tireoidectomia total (TT) por Carcinoma Papilífero de tireoide.</p> <p>MÉTODO: Realizado estudo retrospectivo com base em prontuários de pacientes submetidos a TT no HUSM no período compreendido entre março de 2017 e dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas 28 TT por Carcinoma Papilífero pela Equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HUSM no período citado acima. Dentre os pacientes, 24 eram do sexo feminino (84,7%) e 4 do masculino (15,3%). A média de idade feminina foi de 42,9 anos, enquanto a masculina foi de 37,5 anos. O tempo de internação médio foi de 2,5 dias. Dos 28 casos submetidos à cirurgia, 24 possuíam Punção Aspirativa por Agulha Fina - PAAF - prévia (84,7%). Destes, utilizando a Classificação de Bethesda, 3 foram descritos como Classe I (12,5%), 4 como Classe II (16,6%), 1 como Classe III (4,16%), 4 como Classe IV (16,6%), 7 como Classe V (29,16%) e 5 como Classe VI (20,83%). Onze pacientes foram submetidos a Esvaziamento Cervical (EC) concomitante (39,28%), e nove a Iodoterapia adjuvante (32,14%). O tempo de internação médio em pacientes que foram submetidos à TT com EC foi de 4,9 dias, enquanto o de pacientes submetidos exclusivamente à TT foi de 1,4 dias. As complicações estiveram presentes em 15 casos (53,57%), sendo a principal hipoparatiroidismo (39,28% dentre transitório e permanente), seguido de disфонia (7,14%), granuloma (3,57%) e outras complicações (3,57%).</p> <p>CONCLUSÕES: O Carcinoma Papilífero possui baixa morbimortalidade, e o tratamento padrão ouro é a Tireoidectomia Total. Na casuística estudada, a prevalência foi expressivamente maior no sexo feminino, com relação de 6:1. A média de idade foi de 42,12 anos, sendo ligeiramente menor no sexo masculino (37,5 anos) em relação ao feminino (42,9 anos). O tempo de internação se mostrou significativamente maior em pacientes submetidos a EC (4,9 dias) frente a pacientes submetidos exclusivamente à TT (1,3 dias). Entre os pacientes submetidos à PAAF, 12,5% não obtiveram diagnóstico (Classe I), porcentagem condizente com a aceitável pela literatura atual. Merece atenção especial que 4 pacientes com diagnóstico anátomo-patológico de carcinoma papilífero haviam sido classificados como Classe II (achados benignos, sugere acompanhamento clínico). As complicações em TT por carcinoma papilífero apresentaram características semelhantes às TT por patologias benignas em nosso serviço, sendo a mais comum o hipoparatiroidismo em ambas, seguida por disфонia. A porcentagem elevada de EC pode ser explicada pela grande demanda do serviço associada ao baixo perfil socioeconômico dos pacientes, fatores que atrasam o diagnóstico e tratamento - essenciais para o bom desfecho desta patologia.</p>

PO 460-1	PO 462-1
<p>A IMPORTANCIA DE SE CONHECER O TRAJETOS DAS LINHAS DE LANGER PARA O GRADUANDO DE MEDICINA AO SE REALIZAR INSISCOES NA PELE</p> <p>Christine Bouwman, Alan França Cerioli, Marry Anne Pasta Amorim</p> <p><i>FURB - Blumenau - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar a importância de respeitar as linhas de Langer ao realizar uma incisão e posterior sutura na pele do paciente para que a ferida cicatrize diminuindo a probabilidade de hipertrofia da cicatriz e queloides, maximizando as chances de se obter um bom resultado estético.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica de literatura</p> <p>RESULTADOS: O currículo mínimo de graduação de um curso de medicina deve conter elementos básicos representando um núcleo fundamental de dados a serem oferecidos juntamente com a metodologia adequada para a aquisição futura e progressiva de novos conhecimentos. Nesse contexto, o conhecimento de realizar incisões em seções da pele respeitando suas linhas de força é uma habilidade fundamental que o estudante de medicina deve possuir e aprimorar durante sua graduação para que após sua sutura a cicatrização da incisão aconteça visando os melhores resultados estéticos e sem consequência funcional. Linhas de Langer são áreas de tensão ou força na pele criadas devido a contração dos músculos subjacentes correspondendo a uma linha perpendicular a contração dessas estruturas. As incisões deliberadas sobre a superfície cutânea devem ser executadas sob um critério de escolha de sua direção de uma maneira que se respeite as linhas de força da pele, saber a direção delas dentro de uma determinada área da pele é importante para operações cirúrgicas, particularmente cirurgia cosmética. Se um acadêmico faz uma incisão, pode optar por cortar a pele na direção das linhas de Langer. incisões feitas paralelamente a elas podem se curar melhor e produzir menos cicatrizes do que aqueles que as atravessam. Por outro lado, as incisões perpendiculares às linhas de Langer têm uma tendência a enrugarem, formar cicatrizes hipertroficas ou queloides com o passar do tempo produzindo um resultado estético pobre e cicatrizes patológicas que deixam o paciente insatisfeito com o resultado do procedimento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: Até hoje, as linhas de Langer continuam sendo consideradas como o padrão a ser respeitado ao se realizar uma incisão na pele sendo ideais quanto à obtenção de cicatrizes aceitáveis do ponto de vista estético, aumentando a satisfação do paciente com o procedimento cirúrgico. A importância para o estudante de se conhecer a direção dessas linhas no corpo humano reside justamente no fato do resultado estético produzir uma maior satisfação do paciente com o procedimento cirúrgico a qual ele foi submetido.</p>	<p>PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE A MORTE E O MORRER</p> <p>Marcia Grazielly Souza Vieira, Erasmo Miessa Ruiz</p> <p><i>Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A temática que envolve a morte sempre foi objeto de muita especulação pela nossa sociedade, já que traz apreensão, incertezas, dúvidas e medos quanto ao que pode acontecer. Isso gera um distanciamento ou um repúdio à temática. Contudo, no contexto do profissional médico, esse assunto se torna mais relevante e desafiador, uma vez que estes futuros profissionais terão de se deparar inúmeras vezes com a morte de pacientes ao longos de suas vidas. Assim, esse estudo buscou analisar a percepção dos estudantes do segundo ao oitavo semestre do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará quanto a morte e o morrer.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de um questionário com questões subjetivas e objetivas sobre o perfil sócio-demográfico e sobre o que eles entendem ou vivenciaram em relação a morte e o morrer. Os dados foram coletados nos períodos de 2011.2 e 2012.1 e o conteúdo da amostra foi de 107 questionários, sendo distribuídos da seguinte forma: 23 questionários de estudantes do segundo semestre, 27 questionários de estudantes do quarto semestre, 25 questionários de estudantes do sexto semestre e 32 questionários de estudantes do oitavo semestre. A maioria dos estudantes possuem idade entre 17 e 27 anos, do sexo masculino, estado civil solteiro e religião católica.</p> <p>RESULTADOS: Na análise das questões, observa-se que, apesar de alguns estudantes terem passado pela experiência de luto em sua residência como primeira lembrança, isto é, com a perda de pai, mãe ou irmãos, as primeiras lembranças relacionadas a morte para a maioria dos estudantes foi decorrente da perda dos avós ou de animais de estimação. Em relação ao conceito de morte, apesar da presença marcante de um conceito fisiológico para definir a morte, a maioria deles considera a morte uma passagem de um plano material para um espiritual e, em relação a simbologia da morte, a cruz, a caveira e o sentimento de tristeza foram os mais citados como representação para morte, mas a figura de uma pessoa de preto com uma foice na mão foi a mais citada entre os estudantes. Além de tudo isso, pode-se observar também que a caracterização da morte para os estudantes que concluíram o módulo de tanatologia difere do da caracterização dos estudantes que ainda não concluíram o módulo.</p> <p>CONCLUSÕES: Percebe-se que a perspectiva dos estudantes de medicina sobre a morte e o morrer sofre alterações ao longo de sua formação acadêmica e que essa passagem pela disciplina ajuda os estudantes a conviverem melhor com o assunto em sua vida profissional.</p>
<p>PO 464-1</p> <p>TAXAS DE MORTALIDADE POR CANCER DE ESTOMAGO, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE, PELAS POPULAÇÕES MUNDIAL E BRASILEIRA DE 2010, POR 100.000 HOMENS E MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2015.</p> <p>Luz Carlos Araújo Souza, Rafael Francisco Alves Silva, Hugo Oliveira Figueiredo Cavalcanti, Vinícius Carvalhêdo Cunha, Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever as taxas de mortalidade por câncer de estômago, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1979 e 2015.</p> <p>MÉTODO: estudo epidemiológico descritivo, ecológico, em série temporal a partir de dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os dados de taxa de mortalidade relativos à neoplasia maligna de estômago representados pelo código CID-10 C16. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade entre 0 até 80 anos ou mais no período de 1979 - 2015 no Brasil. Variáveis analisadas: faixa etária, número total de óbitos, taxa bruta, taxa do padrão mundial e taxa do padrão do Brasil.</p> <p>RESULTADOS: foram registrados 267.942 óbitos por neoplasia de estômago para o sexo masculino e 139.501 óbitos para o sexo feminino entre os 37 anos analisados. Ao analisarmos a idade com maior prevalência de acometimento no câncer de estômago, evidenciamos que homens entre 60 e 69 anos (28,54%) são os mais acometidos e mulheres entre 70 e 79 anos (26,82%) são as mais acometidas ao comparar os óbitos por cada sexo. A comparação das taxas de populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 evidenciaram: taxa bruta para homens de 9,16; taxa padrão mundial de 11,97; taxa padrão Brasil de 12,77 e taxa bruta para mulheres de 4,63; taxa padrão mundial de 5,09; taxa padrão Brasil de 5,58.</p> <p>CONCLUSÕES: o presente estudo evidenciou na análise dos últimos 37 anos que o sexo masculino possui mais causas de óbitos e idade de acometimento mais precoce (entre 60 e 69 anos) em relação ao sexo feminino (entre 70 e 79 anos) por neoplasia de estômago.</p>	<p>PO 464-2</p> <p>CRANIOSSINOSTOSE- GRUPOS ETÁRIOS MAIS INDICADOS PARA ABORDAGEM CIRÚRGICA</p> <p>Taylane Kemelly Macedo Lemes, Glenia Arantes Maia, Bruna Giovanna Ramos da Cruz, Emily Porto Rodrigues Macedo, Ermônio Ernani Estanislau Oliveira, Lara Dias Castro Cavalcante, Larissa de Assis Timpone, Rafaela Aparecida Dias de Oliveira</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - Rio Verde - Goias - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relacionar os manejos operatórios com as idades mais indicadas para abordagem cirúrgica de acordo com os riscos decorrentes da realização de procedimento cirúrgico precoce e tardio.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática na qual realizou-se buscas nas plataformas LILACS, SCIELO, BVS e PUBMED. Os descritores foram: craniossinostose, anormalidades craniofaciais, cirurgia. Com estas pesquisas encontrou-se 3208 materiais, dos quais 53 foram selecionados para leitura criteriosa. Os critérios de inclusão foram materiais dos últimos 8 anos, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, com grau de recomendação A e B, que apresentavam elevado nível de relevância científica. Foram excluídos os que não abordavam sobre craniossinostose não síndromica e que não relacionavam as técnicas cirúrgicas e características do cliente com os resultados obtidos.</p> <p>RESULTADOS: Em pacientes com craniossinostose o momento da abordagem operatória depende de aspectos como localização, tipo e grau de deformação da sinostose, potencial de aumento da pressão craniana, saúde geral, idade, preocupação com a repetição de cirurgia, e preferências do cirurgião. Os protocolos que abordam o tratamento da craniossinostose recomendam que este seja realizado no primeiro ano de vida. A cirurgia costuma ser indicada antes de 1 ano, por conta da alta capacidade de reossificação, da maleabilidade craniana e do grande crescimento encefálico, o que possibilita uma melhor remodelação óssea e permite resultados estéticos satisfatórios. Ademais, quanto mais avançada a idade do cliente maior o risco de desenvolvimento de sequelas, a probabilidade da correção necessitar de múltiplas cirurgias e as chances de ocorrer manutenção de espaço morto, seroma, osteomielite, infecção e perda da área remodelada. Porém, o intervalo de meses mais adequado para realização da operação ainda é motivo de discussão. Os tratamentos mais precoces ocorrem entre 2 e 3 meses para possibilitar o crescimento cerebral sem nenhuma resistência, geralmente são realizados quando há pouca deformidade craniana, pois são menos invasivos. Entretanto, em virtude da grande perda sanguínea relacionada a cirurgia, alguns estudos apontam maior risco nesse período, por conta da anemia fisiológica do lactente, além disso pesquisas apontam maior probabilidade de aumento da pressão intracraniana subsequente. O período de 3 a 6 meses, apesar da anemia fisiológica do lactente, a flexibilidade óssea e o crescimento rápido do cérebro nesta faixa etária permite melhor remodelamento craniano. Já em pacientes de 6 a 9 meses existe maturidade óssea para promover métodos distintos de remodelação óssea.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base na pesquisa realizada, conclui-se que a idade para realização do reparo cirúrgico da craniossinostose depende de vários fatores que serão analisados pelo neurocirurgião, porém, ainda assim existe um consenso que o momento ideal seria antes de completar 1 ano de vida. Sendo, geralmente mais seguro realiza-la após o primeiro trimestre.</p>

PO 465-2	PO 466-1
<p>ANÁLISE DO PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE DAS CIRURGIAS DE FECHAMENTO DE CIA E CIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</p> <p>Giovanna Vidal Belo, Iara Adorno, Júlia Ferraz, Thaís Macêdo, Beatriz Oliveira, Marina Sá, Carolina de Almeida, Ivana Piconne Borges Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As cardiopatias congênitas são classificadas em cianóticas e acianóticas e correspondem às malformações isoladas mais frequentes ao nascimento, responsáveis por 3 a 5% da taxa de mortalidade neonatal assim como as principais causas de internação hospitalar pediátrica por malformações. Dentre as causas acianóticas se destaca a comunicação interatrial (CIA) e a comunicação interventricular (CIV), sendo que correção cirúrgica é indicada para o melhor prognóstico. Este estudo objetiva quantificar os procedimentos, custos públicos e a taxa de mortalidade por CIA e CIV de forma a traçar o perfil epidemiológico nacional.</p> <p>MÉTODO: Coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – Janeiro/2014 a Outubro/2018, avaliando número de internações, número de óbitos, taxa de mortalidade, distribuição geográfica, média de permanência hospitalar, dentre outras informações.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, houve um total de 1035 internações para fechamento de CIA e CIV em crianças e adolescentes no Brasil, a maioria delas (44%) ocorreram na região Sudeste, mais especificamente no estado de São Paulo, onde registrou 238 internações. Dessas, 430 (42%) destinaram-se à correção de CIVs e 605 (58%) para de CIA, sendo um total de 7 óbitos, culminando em uma taxa de mortalidade de apenas 2,13 a cada 1.000 procedimentos/ano. Comparando a taxa de mortalidade das regiões, a região Norte teve mortalidade substancialmente maior do que outros estados – 7,14, comparada com 1,10 no Nordeste, 1,13 no Sudeste e 0,7 no Sul, padrão que se repetiu, em menor escala, na análise das taxas de mortalidade por CIV. O tempo médio de internação hospitalar foi de 8,9 dias, gerando um gasto público total de R\$8.007.639,84. Já dentre as internações para correção de CIV, houve 15 óbitos, gerando taxa de mortalidade de 3,49 a cada 1.000 procedimentos/ano. A análise das taxas de mortalidade de cada estado revelou uma maior mortalidade na região Norte, mas em menor discrepância com relação aos outros estados – 5,08 no Sul, 4,55 no Centro-Oeste, 2,63 no Sudeste e 1,52 no Nordeste. O tempo médio de internação hospitalar foi de 11,8 dias, e o gasto público totalizou R\$6.836.260,34.</p> <p>CONCLUSÕES: Assim, de acordo com a análise dos dados, conclui-se que embora haja maior número de internação para correção de CIA e CIV na região Sudeste, a região Norte destaca-se por maior mortalidade de internação do que as demais, demonstrando a influência direta da infraestrutura local e seu o desenvolvimento hospitalar. Além disso, é interessante analisar que a taxa de mortalidade por CIA é menor que a por CIV, porém os gastos com a internação por CIA são maiores, apesar de possuir um tempo médio de internação menor. Logo, melhor qualificação profissional e estruturação adequada são necessários para reduzir possíveis complicações e óbitos.</p>	<p>CORRELAÇÃO ENTRE AS ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS DO HELICOBACTER PYLORI EM LAUDOS DE UM HOSPITAL EM BRASÍLIA NO PERÍODO DE 2017.</p> <p>Carine Avello de Matos, Wendel dos Santos Furtado, Winne Nolêto Martins, Guilherme Menezes de Andrade Filho, Phylippe Augusto Oliveira, João Marcos Monteiro Ramos, José Miguel da Silva Maciel Júnior</p> <p><i>Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar e analisar laudos de endoscopia digestiva alta (EDA) com laudos de exames histopatológicos de biópsias gástricas aleatórias realizadas no Hospital das Forças Armadas Brasília/DF(HFA) em 2017.</p> <p>MÉTODO: Avaliação retrospectiva, descritiva e observacional dos laudos das EDA e biópsias gástricas realizadas no Hospital das Forças Armadas em Brasília/DF no período de 2017. As EDA e seus laudos foram realizados por um único profissional no período de 2017. O estudo inicialmente apresentava 210 casos, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão restaram 133 casos (N= 133). O Programa SPSS foi utilizado na avaliação estatística com o Teste Qui-quadrado de Pearson. Fez-se então revisão sistemática de artigos em português e inglês com os termos adenocarcinoma gástrico, histologia gástrica, H. pylori e câncer gástrico.</p> <p>RESULTADOS: Com a análise estatística obtivemos os seguintes resultados. Pacientes com idade acima de 40 anos tem uma tendência significativa (p<0,08) a apresentar no laudo histopatológico a presença do Helicobacter pylori e ainda tem uma tendência significativa em ter metaplasia intestinal (p<0,066) o que pode representar que a infecção crônica pelo Helicobacter pylori pode estar relacionada com a presença da metaplasia intestinal. Mulheres tem tendência significativa (p<0,08) a ter resultados positivos para gastrite aguda na EDA, contudo nos laudos anatomopatológicos os homens tem resultado positivo com relevância estatística (p<0,035) para gastrite aguda. Nos laudos histopatológicos com resultado de gastrite crônica as mulheres tem uma tendência significativa a mostrar maior número de resultados positivos (p <0,07). Na relação entre metaplasia intestinal e sexo, os homens apresentam a metaplasia mais frequente que as mulheres (18,2% x 2,2%) com significância estatística (p< 0,008) (sexo masculino é fator risco para câncer gástrico). Não houve significância estatística entre a relação da presença do Helicobacter pylori e a gastrite aguda, ambos nos laudos histopatológicos. Contudo com relação à gastrite crônica e o Helicobacter pylori tivemos resultados estatisticamente significativos (p< 0,00) para a presença da bactéria.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste estudo não conseguimos comprovar a relação estatística entre a infecção crônica pelo Helicobacter pylori com sua evolução para gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, displasia e câncer gástrico. O diagnóstico precoce do câncer gástrico ainda é difícil mesmo com o aparecimento da endoscopia digestiva alta, o que nos impele a conhecer os fatores que atuam no aparecimento do câncer gástrico precoce. Dentre estes fatores o Helicobacter pylori encontra-se como um agente que potencializa o risco de câncer. Contudo ainda não temos um padrão de seguimento adequado e validado para acompanhamento da evolução dessas lesões pré-malignas, sendo necessários novos estudos com seguimento adequado e populações maiores para avaliar se a erradicação do Helicobacter pylori é efetiva na prevenção do câncer gástrico.</p>
<p>PO 468-3</p> <p>VARIÁVEIS DE ADMISSÃO PREDITIVAS DE COLECISTITE GANGRENOSA: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELA Dra ANN E. FALOR</p> <p>Thais Oliveira Dupin, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José da Cunha, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Wilson Santana Silva Júnior</p> <p><i>Universidade Federal de São João Del-Rey - Divinópolis - Minas Gerais – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, e já com 8 citações dada a relevância do tema, encaminhamos ao Congresso para um debate do assunto esse trabalho que foi publicado por Falor A.E, et al., na Revista The American Surgeon. O objetivo do presente estudo foi identificar os fatores clínicos de admissão associados à colecistite gangrenosa (GC) e os fatores associados à conversão para colecistectomia aberta.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados retrospectivamente 391 pacientes durante um período de 17 meses que foram submetidos à colecistectomia laparoscópica urgente para o diagnóstico de colecistite aguda.</p> <p>RESULTADOS: Oitenta e nove pacientes com GC comprovada patologicamente foram comparados com 302 pacientes sem GC. Na regressão logística multivariada, os preditores de GC incluíram sexo masculino, contagem de leucócitos maior que 14.000 / mm³, frequência cardíaca maior que 90 batimentos por minuto e sódio 135 mg / dL ou menos. Taxa de conversão para abrir colecistectomia foi de 7,9 por cento global, 4 por cento para não-GC, e 19 por cento para GC (odds ratio, 0,2; intervalo de confiança de 95%, 0,1 a 0,4; P<0,00001). A conversão foi prevista pelo aumento do número de dias para cirurgia, bilirrubina total e contagem de glóbulos brancos. Taxa de complicações foi maior no grupo GC (10,1 vs 3,6% no grupo de colecistite aguda, P = 0,01).</p> <p>CONCLUSÕES: A taxa aumentada de conversão observada com o atraso cirúrgico sugere que a colecistectomia laparoscópica precoce pode ser preferível na maioria dos pacientes.</p>	<p>PO 469-1</p> <p>CÂNCER GÁSTRICO: MARCADORES BIOLÓGICOS COMO FATOR PROGNÓSTICO</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, Marcielly Manaia de Paula Gomes, Tâmara Azevedo de Medeiros, Maria Luiza de Holanda Balbino, João Luís Gomes da Silva, Arthur Almeida Marinho, João Luís Gomes da Silva, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o adenocarcinoma gástrico e a influência de marcadores biológicos como fatores prognósticos e mortalidade, contribuindo para futuras formas de tratamento. Uma revisão da literatura sobre o assunto, incluindo as últimas pesquisas sobre o tema, publicadas nos últimos dois anos.</p> <p>MÉTODO: Os estudos selecionados foram divididos em 11 categorias: a) E-caderina em pacientes com câncer gástrico; b) Expressão do gene Her-2; c) integrina 1v6 e metaloproteinase 9; d) Express de MACC1 e KAI1 na metástase e prognóstico; e) Valor da expressão de CIP2A no câncer gástrico avançado; f) Antígeno MAGE-A e NY-ESO-1; g) CA 74-2, CA 125 e ressecção radical; h) AEG-1 Oncogene como biomarcador prognóstico; i) Associado a tumores de macrófagos (TAM); j) Escore de câncer ressecável; k) Terapia natural.</p> <p>RESULTADOS: Foi observado que o adenocarcinoma gástrico é atualmente a terceira causa global de morte relacionada ao câncer. No Brasil, o câncer de estômago é o terceiro e quinto lugar da causa de morte de homens e mulheres, respectivamente. Estudos mostraram numerosos marcadores biológicos, como E-caderina, TAM, CA 125, Metaloproteinase-9, que tiveram um impacto decisivo nas ressecções da doença, trazendo de forma positiva o prognóstico dos pacientes. Em conclusão, pode-se afirmar que a identificação e determinação de marcadores biológicos são de extrema importância no tratamento e avaliação prognóstica de pacientes acometidos por adenocarcinoma gástrico. Estudos mostraram numerosos marcadores biológicos, como E-caderina, TAM, CA 125, Metaloproteinase-9, que tiveram um impacto decisivo nas ressecções da doença, trazendo de forma positiva o prognóstico dos pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, pode-se afirmar que a identificação e determinação de marcadores biológicos são de extrema importância no tratamento e avaliação prognóstica de pacientes acometidos por adenocarcinoma gástrico. Estudos mostraram numerosos marcadores biológicos, como E-caderina, TAM, CA 125, Metaloproteinase-9, que tiveram um impacto decisivo nas ressecções da doença, trazendo de forma positiva o prognóstico dos pacientes. Em conclusão, pode-se afirmar que a identificação e determinação de marcadores biológicos são de extrema importância no tratamento e avaliação prognóstica de pacientes acometidos por adenocarcinoma gástrico.</p>

PO 469-3	PO 476-2
<p>RELAÇÃO ENTRE DURAÇÃO DOS SINTOMAS E FASE OU COMPLICAÇÃO DA APENDICITE AGUDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM SALVADOR</p> <p>Vinício de Freitas de Freitas, Camila Mattos Souza</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a relação entre duração dos sintomas até internação e fase ou complicação da apendicite aguda em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico no Hospital Geral Ernesto Simões Filho. Ademais, a apendicite aguda é uma emergência cirúrgica com importante incidência na medicina, então a realização desse trabalho em um hospital de referência de Salvador permite identificar fatores influem no prognóstico.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo descritivo, de série de casos, com base na revisão dos prontuários de todos os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de apendicite aguda de janeiro de 2017 até agosto de 2018, no Hospital Geral Ernesto Simões Filho em Salvador - BA. Os pacientes submetidos à cirurgia terapêutica para apendicite aguda no período supracitado de ambos os sexos foram incluídos neste trabalho, porém, os pacientes com registros incompletos e/ou ilegíveis que impeçam a utilização dos dados e aqueles pacientes que fizeram o acompanhamento pós-operatório fora do Hospital Geral Ernesto Simões Filho foram excluídos do trabalho. Posteriormente, buscaram-se em prontuário os seguintes dados: duração dos sintomas até a internação, fase da apendicite e gravidade. A amostra final foi de 72 pacientes, os dados foram registrados em questionários previamente elaborados e analisados percentualmente.</p> <p>RESULTADOS: Da amostra estudada, 47 pacientes (65%) apresentavam 1 a 3 dias de manifestação dos sintomas até o dia da admissão (Grupo 1); 20 (28%) apresentavam 4 a 7 dias (Grupo 2) e somente 5 (8%) estavam entre 1 a 2 semanas até o atendimento (Grupo 3). 12 pacientes (17%) apresentavam apendicite em fase I; 21 (29%) apresentavam fase II; 18 (25%) fase III; e 21 (29%) já estavam em fase IV. Em relação à gravidade da apendicite, 36 (50%) apresentavam apendicite complicada enquanto 36 (50%) apresentavam apendicite não complicada. Também, dentro do grupo 1, 15% (7) estavam em fase I de apendicite; 40% (19) estavam em fase II; 25% (12) estavam em fase III; e 12% (9) em fase IV. Ainda nesse grupo, 57% (27) apresentavam apendicite não complicada, e 43% (20) apresentavam apendicite complicada. Já o grupo 2, 20% (4) estavam em fase I; 15% (3) estavam em fase II; 20% (4) em fase III e 45% (9) em fase IV. Quanto à gravidade, 40% (8) apresentavam apendicite não complicada e 60% (12) apresentavam apendicite complicada. Por fim; no grupo 3, 20% (1) estavam em fase I; 40% (2) em fase III; e 40% (2) em fase IV. 20% (1) apresentavam apendicite não complicada, e 80% (4) apendicite complicada.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base na análise percentual dos dados, podemos propor a hipótese de que quanto maior o tempo de início dos sintomas até a admissão médica, maior a gravidade e a fase da apendicite, ratificando a literatura. Infelizmente, por conta da amostra limitada, não podemos tirar conclusões estatísticas. Conclui-se que esse estudo deve ser preliminar para outros comprobatórios.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DO PARTO E PERINATAIS DE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGENITA: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Rodrigo dos Santos Falcão, Daniëlle Bernardi Silveira, Gabriela Rangel Brandão, Wagner Fernando Perin, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar as características do parto e perinatais de pacientes com cardiopatias congênitas (CC) hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital pediátrico de referência do Rio Grande do Sul e as comparar com as de pacientes sem evidências dessa malformação.</p> <p>MÉTODO: Este é um estudo caso-controle. Os casos consistiram de 198 pacientes com CC durante sua primeira hospitalização na UTI cardíaca do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)/ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Os controles foram compostos por 198 pacientes sem evidência clínica de CC admitidos na mesma UTI. Todos os casos foram submetidos ao cariótipo de alta resolução e à hibridização in situ fluorescente (FISH) para microdeleção 22q11. Além disso, as características do parto e perinatais dos pacientes foram comparadas com as da população em geral.</p> <p>RESULTADOS: Não houve diferença significativa entre o peso, o comprimento, o perímetro cefálico e o escore Apgar entre os dois grupos. No entanto, pacientes com CC e aspecto síndrômico e anomalias cromossômicas apresentaram mais frequentemente peso ao nascimento abaixo do percentil 10. Persistência do canal arterial foi associado com menores valores de peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascimento. Em comparação com a população em geral, indivíduos com CC apresentaram uma maior frequência de baixo peso ao nascimento (<2,5 Kg) e de escores de Apgar ≤ 7.</p> <p>CONCLUSÕES: As CCs são alterações anatômicas ou funcionais cardiovasculares presentes ao nascimento que resultam em função cardíaca anormal. Elas são consideradas as malformações de maior prevalência, correspondendo a 40% dos defeitos observados ao nascimento. Pacientes com CC apresentam uma frequência de baixo peso ao nascimento maior do que a da população geral, especialmente nos casos associados a anormalidades cromossômicas e ao aspecto síndrômico. Isso se aplica também aos escores de Apgar, principalmente no primeiro minuto. Essas características no parto e perinatais estão associadas com maiores taxas de mortalidade e com pior prognóstico.</p>
<p>PO 477-2</p> <p>FREQUÊNCIA E TIPOS DE MALFORMAÇÕES DO TRATO GASTROINTESTINAL ENTRE PACIENTES COM CARDIOPATIA CONGENITA</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Rodrigo dos Santos Falcão, Jorge Alberto Bianchi Telles, Thais Vanessa Salvador, Fabiana Tabegna Pires, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar a frequência e os tipos de malformação do TGI em uma amostra de pacientes com CC.</p> <p>MÉTODO: Foram avaliados pacientes hospitalizados pela primeira vez em uma unidade de tratamento intensivo cardíaca de um hospital pediátrico de referência do sul do Brasil. Os dados clínicos foram obtidos através do preenchimento de um protocolo padrão.</p> <p>RESULTADOS: A amostra foi composta de 343 pacientes, 182 (53,1%) do sexo masculino, idades variando entre 1 dia a 14 anos e 6 meses (60,1% <1 ano). Alterações do TGI foram evidenciadas em 6 pacientes (1,7%) e consistiram de atresia de esôfago (n=2), estenose duodenal (n=1), vesícula biliar multisseptada (n=1), canal anal anteriorizado (n=1), e ânus imperfurado (n=1). A CC mais observada entre os pacientes com malformações do TGI foram os defeitos septais (n=3), em especial o defeito de septo ventricular (n=2). Quatro pacientes eram síndrômicos, e alterações cromossômicas foram observadas em 5 pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: As malformações extracardíacas (MEs) associadas à cardiopatia congênita (CC) podem aumentar o risco de morbidade e mortalidade da criança, tornando, muitas vezes, a intervenção cirúrgica arriscada. Esta associação entre MEs e CC pode envolver defeitos de diferentes sistemas ou tratos, como o gastrointestinal (TGI). A partir da informação da presença de uma alteração no TGI associada, os profissionais da saúde podem realizar uma avaliação mais detalhada e dirigida dos pacientes com CC, visando o melhor manejo destes pacientes e prevenindo futuras complicações, principalmente relacionadas ao seu prognóstico.</p>	<p>PO 482-2</p> <p>HÉRNIAS DE PAREDE ABDOMINAL NA INFÂNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES OPERADOS NO PERÍODO DE 2001 A 2016 NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR.</p> <p>Ingrid Wenderroschy Cerqueira, Andressa Ferreira Martins, Gabrielle Grijó Silva, Larissa Macedo Santos, Francisco Eduardo Silva</p> <p><i>Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do estudo é descrever a incidência e o perfil epidemiológico de diferentes tipos de hérnias de parede abdominal em pacientes de até 12 anos de idade submetidos à cirurgia de hérnia de parede abdominal no Hospital Municipal Souza Aguiar no período de 2001 a 2016.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal retrospectivo a partir da análise da base de dados do Hospital Municipal Souza Aguiar. Foram obtidos dados referentes às herniorrafias ocorridas no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2016. Os dados como sexo, idade, tipo de hérnia de parede abdominal e a classificação quanto a urgência cirúrgica foram analisados após coletados e agrupados.</p> <p>RESULTADOS: O número de cirurgias de hérnias no período analisado foi de 2.245. 842 (37,5%) cirurgias foram realizadas em crianças até 12 anos de idade e fundamentaram o atual estudo. Quanto a faixa etária, os pacientes mais acometidos foram os menores de 1 ano de idade (38,72%). Foi observada uma maior frequência nos casos de hérnias na infância em indivíduos do sexo masculino (73,93%) em relação ao sexo feminino (20,07%). Os tipos de hérnias abdominais analisadas foram epigástricas (1,31%), umbilicais (14,96%) e inguinais (83,73%) sendo estas subdivididas por lado acometido podendo ser direitas (23,26%), esquerdas (11,77%) ou bilaterais (64,96%). Foram coletados também dados referentes à urgência cirúrgica sendo a maioria dos procedimentos realizados de forma eletiva (80,88%) em comparação aos casos de urgência (19,12%).</p> <p>CONCLUSÕES: As hérnias de parede abdominal são muito comuns na infância, e devem ser corrigidas cirurgicamente devido ao risco de encarceramento. O estudo mostra que as hérnias de parede abdominal operadas no Hospital Municipal Souza Aguiar são mais comuns no sexo masculino, as hérnias inguinais são as mais frequentes e o lado direito mais acometido.</p>

PO 483-2	PO 485-1
<p>GENITALIA AMBIGUA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E CARIOTÍPICAS DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA AVALIAÇÃO EM UM SERVIÇO DE GENÉTICA CLÍNICA</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Jamile Dutra Correia, Mirian Francine Favero, Diego Seibel Junior, Laura Peroni Baldino, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: caracterizar a população de pacientes encaminhados para avaliação de genitália ambígua através da análise dos resultados de sua investigação clínica e cariotípica.</p> <p>MÉTODO: realizou-se uma análise retrospectiva das características clínicas e citogenéticas dos pacientes encaminhados por genitália ambígua para o Serviço de Genética Clínica da UFCSPA, durante o período de Janeiro 1975 a Dezembro de 2012. A amostra foi constituída de pacientes que preencheram um dos dois critérios de Danish. Foram excluídos aqueles que apresentavam prontuários clínicos incompletos.</p> <p>RESULTADOS: no período de abril de 1975 a julho de 2002, foram avaliados 361 pacientes. A idade média da avaliação foi de 5 anos e 7 meses. A maioria dos pacientes foi encaminhada pelo pediatra (51%). A história familiar revelou a presença de consanguinidade entre os pais em 4,4% dos casos e a presença de recorrência familiar em 4,7%. O exame de cariótipo foi realizado em 261 pacientes. A constituição cromossômica masculina (46,XY) foi encontrada em 61,5% dos casos, enquanto que a feminina (46,XX) foi observada em 23%. Mosaicismos e anomalias estruturais envolvendo os cromossomos sexuais foram verificados em 8,5% dos pacientes, enquanto que anomalias dos cromossomos autossômicos foram encontradas em 1,9%.</p> <p>CONCLUSÕES: o nascimento de uma criança com genitália ambígua é sempre considerado uma emergência médica e requer uma abordagem multidisciplinar. No Brasil, os dados epidemiológicos referentes aos distúrbios da diferenciação sexual são escassos e existem poucos centros com experiência dentro da área. A maioria dos pacientes apresentou uma constituição cromossômica masculina, provavelmente relacionada ao fato de que a diferenciação sexual masculina é um processo muito mais complexo do que o feminino, envolvendo diferentes fatores genéticos e hormonais.</p>	<p>OBITO POR NEOPLASIA MALIGNA DO ESTOMAGO NA BAHIA NO PERÍODO DE 2014-2018</p> <p>Anderson Rodrigues Dourado Bastos, Carolina Matos Dórea, Denise Carneiro de Oliveira, Diego Lopes Paim Miranda, Dyonatas Rodrigues da Mata, Hanna Mina dos Santos Corrêa, Izadora de Jesus Oliveira, Rafaela Manuela Barreto Suarez Solla</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os casos de óbito por neoplasia maligna do estômago no estado da Bahia no período de 2014 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, notificados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde.</p> <p>RESULTADOS: No período de 2014 a 2018, houve um total de 1.041 óbitos, com uma redução de 235 para 214, ou seja, de 8,9%. No entanto, essa diminuição não foi linear, visto que o menor número foi observado no ano de 2016, no valor de 175. Em relação à estratificação por sexo, um maior número de óbitos ocorreu consistentemente durante todo o período no sexo masculino, totalizando 618, comparado a 423 entre as mulheres. Destaca-se o fato de que, apesar de variações no intervalo, o número de óbitos no sexo feminino permaneceu o mesmo nos anos de 2014 e 2018, 92. Quanto à faixa etária, a maioria das mortes acometeu pacientes entre 60 a 69 anos. Além disso, aproximadamente 60% do total de óbitos foram de indivíduos pardos.</p> <p>CONCLUSÕES: O declínio observado nesse período de 4 anos é consistente com dados presentes na literatura. É possível que essa redução seja reflexo de uma queda na incidência devido a modificações de fatores de risco, como na conservação de alimentos, com aumento da refrigeração e menor utilização de sal, mudanças na dieta, com mais alimentos frescos, e melhor uso de antibióticos para tratamento de infecções, como pelo <i>Helicobacter pylori</i>. Quanto ao perfil epidemiológico, o maior número de óbitos é de homens, entre 60-69 anos, o que está de acordo com o observado no restante do mundo. O câncer de estômago ainda é um preocupante problema de saúde pública, sendo importante causa de morte, principalmente em áreas em desenvolvimento, como no estado da Bahia. Outros estudos que se aprofundem sobre o tema e guiem melhorias no diagnóstico precoce e tratamento são necessários. Uma limitação do trabalho está relacionada à variação na qualidade e correto preenchimento das declarações de óbito.</p>
<p>PO 499-2</p> <p>VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS PRINCIPAIS TÉCNICAS CIRÚRGICAS CORRETIVAS DE FENDAS OROFACIAIS: REVISÃO LITERÁRIA</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Laís Albuquerque Pinto, Maria Eduarda Prudente Künzler Alves, João Pedro Matos Santana, Juliana Lima Medeiros, Maria Eduarda Freitas Melo, Fernanda Melo Oliveira, Marcos Reis Gonçalves</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer um levantamento das vantagens e desvantagens inerentes às técnicas mais frequentemente utilizadas no atual cenário de correção cirúrgica de fendas orofaciais (FOF).</p> <p>MÉTODO: O estudo bibliográfico foi realizado em plataformas digitais renomadas, como Scielo, PubMed e LILACS. Foram utilizados sete artigos originais publicados em língua portuguesa entre os anos de 2005 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: Frente ao prejuízo estético e funcional dos pacientes fissurados, a total reabilitação requer longo tratamento. Embora não seja única, a correção cirúrgica destaca-se como principal medida terapêutica. Dentre as principais intervenções, sobressaem-se a queiloplastia, a palatoplastia, a cirurgia ortognática e a técnica de enxerto ósseo alveolar. Preconiza-se, no Brasil, que as queiloplastias sejam realizadas entre 3 e 6 meses de idade, e as palatoplastias entre 12 e 18 meses de vida. As falhas no sistema de saúde, bem como comorbidades associadas, faz com que esse protocolo seja atendido apenas pela minoria, o que prejudica a eficácia do procedimento. A manipulação na cirurgia ortognática, por sua vez, é desafiadora mesmo aos profissionais mais experientes, visto que pode afetar o crescimento facial, aumentando o número de recidivas. A técnica de enxerto ósseo alveolar divide-se em primária, secundária e terciária, de acordo com o momento da realização. A utilização de osso fresco é o diferencial deste método, o qual tem como principal fonte a crista ilíaca. Por promover a reabilitação total da fala, audição e mastigação, tornou-se a estratégia mais aceita pelos autores. A idade ideal para essa intervenção, no entanto, é controversa, e o desenvolvimento dentário é fator primordial nesta decisão.</p> <p>CONCLUSÕES: As FOF são anomalias congênitas prevalentes, sendo necessário aptidão dos profissionais para reconhecer e tratar de forma adequada os afetados. Como há diversas técnicas para correção desta patologia, com diferenças entre aspectos importantes como reabilitação de funções básicas (fonética, mastigação e deglutição), e existe uma grande discussão sobre qual o momento adequado para realizar cada uma, a avaliação pré-cirúrgica e a escolha do método ideal para cada paciente é de grande importância para um tratamento eficaz e com bom prognóstico.</p>	<p>PO 500-2</p> <p>EVENTOS ADVERSOS COM PACIENTES PEDIÁTRICOS NO CENTRO CIRÚRGICO: OCORRÊNCIAS, CAUSAS E POSSÍVEIS SOLUÇÕES - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</p> <p>Talita Bizerra Silva, Marcelo Regis Lima Corrêa, Wilyan Dias Cosmo de Oliveira, Wudson Henrique Alves de Araújo, Robson Henrique Gomes, Horácio Tamada</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Após a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela OMS, as discussões e esforços para a promoção do cuidado seguro têm se tornado cada vez mais comuns, tendo o fim principal de reduzir ao mínimo aceitável os riscos durante a assistência à saúde. Na cirurgia em crianças não é diferente, devido sua vulnerabilidade a danos, sendo a promoção da cirurgia segura um passo essencial para evitar a ocorrência de eventos adversos nesse público. Com isso, essa obra visa identificar quais são os principais eventos adversos (EA) ocorridos com crianças dentro dos centros cirúrgicos (CC) e as principais medidas implementadas para preveni-los, de acordo com a literatura mundial.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, a qual visa sintetizar informações, fornecendo assim evidências para guiar a prática clínica. Foi executada entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, através de uma busca online nas bases de dados Cochrane, Lilacs, Pubmed e Scielo, utilizando-se dos MeSH/DeCS Terms "segurança do paciente", "centros cirúrgicos"/"cirurgia" e "criança"/"pediatria" em português, e "patient safety", "surgicenters"/"surgery" e "child"/"pediatrics" em inglês. Foram obtidos 571 trabalhos, nos quais aplicou-se filtros para direcionamento dos resultados: 1. obras dos últimos 10 anos; 2. em inglês, português e espanhol; 3. disponíveis na íntegra. Após a utilização dos filtros e leitura dos resumos por dois colaboradores distintos, foram selecionadas 44 publicações para leitura integral. Incluiu-se estudos que discorriam acerca dos principais eventos adversos sofridos por pacientes pediátricos em CC e/ou sobre ações para redução desses agravos, sendo incluídas 27 obras na análise.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados trabalhos tanto relativos aos tipos de EA sofridos pelas crianças nos CC quanto às suas causas e meios para redução desses danos. No intra-operatório, os agravos relacionados à anestesia foram os mais frequentes, além de lesões a tecidos, queimaduras, erro do procedimento, local ou lado da cirurgia e retenção de objetos estranhos na incisão cirúrgica, sendo as infecções da ferida operatória, erros de medicação e dor também relevantes. Dentre as causas apontadas, o preparo inadequado da criança no pré-operatório foi a principal, relacionando-se com fatores humanos e técnicos ligados à assistência. As propostas para redução de agravos foram, em sua maioria, medidas sistêmicas, e incluíram os checklists, sistemas de notificação de EA, uso de escalas de risco, handoffs, análise de causa raiz e treinamentos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se, portanto, que os EA na criança que precisa de cirurgia são variados, necessitando-se de intervenções adequadas para sua prevenção. Assim, medidas para evitar esses erros, os quais são decorrentes principalmente de imperfeições do sistema, são essenciais, e quando acompanhadas de estratégias de implementação robustas, podem ser bastante eficazes na redução de EA.</p>

PO 500-3	PO 507-3
<p>PERFIL DE MORTALIDADE POR CANCER DE PROSTATA NO BRASIL NO PERIODO DE 2010 A 2016.</p> <p>Carolina Cairo Oliveira, Carolina Cairo Oliveira, Marcela Silva Oliveira</p> <p><i>Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar variáveis significativas para o perfil de mortalidade por câncer de próstata no Brasil no período de 2010 a 2016.</p> <p>MÉTODO: O presente trabalho trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo, cujos dados utilizados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS), e apresentado em forma de gráficos no programa Microsoft Excel 2013.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com os dados colhidos, no período de 2010 a 2016, o perfil de mortalidade por câncer de próstata no Brasil teve uma prevalência da faixa etária a partir de 60 anos, representando cerca de 75% dos casos. Analisando a escolaridade, indivíduos que relataram nenhuma escolaridade ou 1 a 3 anos de escolaridade representa cerca de 48% dos casos notificados. Tendo em vista a variável região, teve a prevalência da região sudeste, representando cerca de 43% do total de óbitos. E quanto a raça, a mortalidade foi significativamente maior nos brancos com 52%.</p> <p>CONCLUSÕES: Tendo em vista as variáveis analisadas conclui-se que o perfil de mortalidade por câncer de próstata no Brasil é composto pela idade maior de 60 anos, indivíduos com nenhuma ou baixa escolaridade, da região sudeste e brancos. Diante disso, fica evidente que esta neoplasia maligna é uma doença da terceira idade, justificando-se pelas mudanças fisiológicas envelhecimento e pelo aumento da expectativa de vida. Tendo em vista a variável escolaridade, percebe-se a baixa ou nenhuma escolaridade apresenta um alto índice de mortalidade, mostrando a importância da educação para a prevenção, controle e tratamento de tal enfermidade. E no que tange a região, o Sudeste apresenta uma maior prevalência, que se justifica pelo fato de que, por essa região ser mais desenvolvida, apresenta mais diagnósticos e notificações, o que explica também o fato de predominar os casos de óbitos nos indivíduos declarados brancos, visto que esta região é composta majoritariamente por indivíduos dessa cor. Diante disso, faz-se necessário aprimorar o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, de modo que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar os sinais e sintomas de alerta, realizar o diagnóstico precoce e tratar os casos confirmados. E quanto ao programa de rastreamento, diante da polêmica atual, deve-se re-projetar as técnicas de rastreio para que seus benefícios sejam superiores.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO BRASILEIRO DA DOENÇA DIVERTICULAR DO INTESTINO NO PERIODO DE 2013 A 2018</p> <p>Queitiane Costa Cettolin, Nayara Cairo Oliveira, Carolina Cairo Oliveira</p> <p><i>Faculdade de Tecnologia e Ciências - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Doença Diverticular se caracteriza pela presença de divertículos e de sintomas como dor abdominal e mudança no hábito intestinal. Divertículos são saculações que surgem na parede do cólon formados pelas camadas mucosa e serosa, ambas finas e próximas a vasos que nutrem o intestino. A chance de aparecimento de divertículos aumenta com a idade e atualmente cerca de 60% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade desenvolvem divertículos no intestino. Há uma correlação dessa doença com a redução na ingestão de fibras, particularmente no mundo Ocidental. O conhecimento do perfil epidemiológico brasileiro dessa doença se faz importante para o diagnóstico e tratamento, uma vez que há risco de desencadeamento de complicações como Perfuração aguda e Peritonite Generalizada, que exigem intervenção cirúrgica de emergência. Sendo assim, o presente estudo objetiva descrever variáveis significativas para o perfil epidemiológico da Doença Diverticular do Intestino no período de 2013 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo, cujos dados utilizados foram obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e utilizado do Microsoft Excel 2013 para a análise estatística.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com os dados colhidos, no período de 2013 a 2018, foi obtido que a região brasileira mais acometida pela Doença Diverticular foi a região Sudeste com 57,4% dos casos, seguida pela região Sul com 22,63%. Já em relação à faixa etária os pacientes que estão entre 60 a 69 e 70 a 79 anos de idade apresentaram maior número de notificações com 24,15% e 20,2%, respectivamente. Analisando a raça da população envolvida, foi demonstrado que indivíduos brancos representam mais da metade do total de casos da doença neste período, totalizando 50,29%. Por fim, no que se refere à variável sexo, foi verificado que há maior número de casos no sexo masculino com 50,73%.</p> <p>CONCLUSÕES: Tendo em vista os resultados encontrados, é possível evidenciar que o perfil epidemiológico brasileiro da Doença Diverticular sofre influência dos fatores idade, raça e há diferença de acometimento entre as regiões brasileiras. Os achados mostram que a faixa etária mais prevalente situa-se entre 60 a 69 anos, isso se deve ao fato de que com a idade há depósito de fibras colágenas e elastina na parede do cólon, o que reduz a sua complacência, favorecendo a formação de divertículos. O número de brancos afetados por essa doença é expressivo, o que pode estar influenciando nas regiões brasileiras com maior número de casos. Alguns estudos trazem hipóteses de influências genéticas para justificar essa maior prevalência em brancos, mas ainda não há confirmações. Não há diferença significativa no número de casos entre homens e mulheres, fato também observado em outros estudos.</p>
<p>PO 508-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM NEOPLASIA MALIGNA DE ESTOMAGO NO BRASIL ENTRE 2015 E 2018</p> <p>JÉSSICA ARAÚJO FERREIRA, FERNANDA SANTOS DE AGUIAR, BRENDA HOSAMA DE OLIVEIRA, PEDRO HEINRICH OLIVEIRA CAMPOS, AMANDA DOS SANTOS DUARTE, CAMILA PANTOJA AZEVEDO, HELDER COSTA IKEGAMI</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com neoplasia maligna de estômago no Brasil entre 2015 e 2018. Sabe-se que o câncer gástrico é a mais frequente neoplasia maligna do aparelho digestivo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se cerca de 13.540 novos casos de câncer de estômago entre os homens e 7.750 nas mulheres para o ano de 2019. É válido ressaltar que o diagnóstico geralmente se dá em estádios avançados e a maior parte deles na sexta década de vida, piorando o prognóstico desses pacientes. O tratamento é preferencialmente cirúrgico através da ressecção radical do tumor. Assim, é fundamental conhecer o perfil prevalente dos pacientes acometidos por essa neoplasia, já que serão submetidos a cirurgias em quase a totalidade dos casos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. As informações captadas foram tabuladas para melhor compreensão e, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram sexo, idade, raça e o caráter de atendimento; excluindo do estudo os casos que evoluíram a óbito.</p> <p>RESULTADOS: Segundo dados do SIHSUS, no Brasil, 107.982 pacientes foram internados devido a neoplasias malignas do estômago entre 2015 e 2018. O Sudeste foi a região de maior prevalência, com 48.150 casos, o que corresponde a 44,59% do total, seguido do Sul, com 26.567 (24,60%), Nordeste com 22.307 (20,65%), Centro-Oeste com 6.067 (5,62%) e o Norte, que foi a região com o menor número de casos, sendo um total de 4.891 (4,53%). Em relação ao caráter de atendimento, do total de internações, 38.363 (35,52%) foram de caráter eletivo, enquanto 69.619 (64,47%) foram em caráter de urgência e necessitaram de intervenção cirúrgica. De acordo com a pesquisa, o sexo masculino apresentou o maior número de internações, representando 69.862 (64,7%) do total de casos. Em relação à prevalência por faixa etária, foram analisados dados de pacientes de 1 a 80 anos; observou-se um maior índice de internação por essa neoplasia entre 60 e 69 anos, com um total de 31.765, seguido da faixa etária de 50 a 59 anos, com 25.204 casos; enquanto a menor taxa foi encontrada entre 1 e 4 anos, com o total de 1 internação. Quanto ao critério raça/cor, 46.327 eram brancos, 5.275 eram pretos, 39.315 eram pardos, 1.412 eram amarelos, 30 eram indígenas e 15.623 não possuíam informações.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com os dados acima analisados, conclui-se que a maior parte dos pacientes internados por neoplasia maligna de estômago foram homens residentes da região Sudeste, na faixa etária de 60 a 69 anos, brancos e atendidos com caráter de urgência. Portanto, a pesquisa evidencia a necessidade dessa patologia ser diagnosticada precocemente, visto que a idade avançada e o atendimento de urgência oferecem um risco cirúrgico maior ao paciente.</p>	<p>PO 509-3</p> <p>ANÁLISE DA SOBREVIDA GLOBAL E SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CÓLON SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO NA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER</p> <p>Luciana Ayres de Oliveira Lima, Romualdo Da Silva Correa, Isa Maryana Araújo Bezerra de Macedo, Ana Julia Silva Teixeira</p> <p><i>LNRRCC - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer colorretal figura entre as cinco neoplasias mais frequentes no mundo. As taxas de sobrevida para a neoplasia de cólon podem variar de acordo com diversos fatores, principalmente o estadiamento. No geral, as taxas de sobrevivência em 5 são de 65%. Diante disso, o estudo objetiva analisar a sobrevida global e a sobrevida livre de doença de pacientes com câncer de cólon diagnosticados e tratados cirurgicamente em unidade de referência do câncer do Rio Grande do Norte.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional composto por 80 pacientes com câncer de cólon, diagnosticados e tratados na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, entre 2007 e 2014. Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade superior a 18 anos, diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de cólon e submetidos ao tratamento cirúrgico radical, associado ou não a quimioterapia e/ou radioterapia. A sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier, sendo calculado pela sobrevida global, a partir da data do procedimento cirúrgico, e a sobrevida livre de doença calculada pela data da recidiva.</p> <p>RESULTADOS: Observou-se prevalência de pacientes do sexo feminino (62,5%) e acima de 50 anos de idade (85%), concordante com achados descritos na literatura. O tempo médio livre de doença foi de 11,4 anos e a taxa de óbito chegou a 35%. A taxa de sobrevivência vem aumentando e está associada à detecção precoce, tratamento efetivo e novas opções terapêuticas para o câncer de cólon. A maioria dos pacientes foram submetidos à terapia adjuvante (62,4%), em especial a quimioterapia (88,7%). Foi verificada sobrevida global de 64,4% em 5 anos e sobrevida livre de doença de 86,3% em 5 anos, resultados superiores aos da literatura. Autores sugerem que as análises de sobrevida em centros especializados com grande volume tendem a demonstrar níveis superiores quando comparados a hospitais e grupos com menor volume e/ou nível de especialização. Não foi observada diferença estatisticamente relevante quanto a análise da sobrevida de acordo com os grupos etários e o estadiamento. Por outro lado, os pacientes submetidos ao tratamento adjuvante apresentam uma taxa de sobrevivência maior quando comparados aos demais. Autores sugerem que a quimioterapia adjuvante pode ser um fator protetor aos pacientes com câncer de cólon.</p> <p>CONCLUSÕES: Concluiu-se que os pacientes submetidos à terapia adjuvante apresentaram maior taxa de sobrevivência quando comparados aos demais tratamentos. No entanto, apesar das taxas de sobrevida dos pacientes com câncer de cólon sofrerem a influência de diversos fatores, não foi observada diferença estatisticamente relevante no que se refere ao estadio e grupos etários.</p>

PO 512-3	PO 514-3
<p>TUBERCULOSE ENTERICA COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Yasmin Duarte Bogossian, Carlos Manoel Pedra Petto Gomes, Beatriz Cunha Marendaz Rodrigues, Carlos Bernardo Cola</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer uma breve revisão da literatura sobre tuberculose (TB) intestinal, identificar casos relatados, suas complicações e a condução cirúrgica de cada um delas. Relatar um caso de abdome agudo por TB intestinal em paciente HIV negativo sem doença pulmonar.</p> <p>MÉTODO: Os autores incluíram artigos com relatos de caso de tuberculose intestinal com ou sem revisão de literatura. As pesquisas foram feitas nas bases LILACS e PubMed. Selecionados artigos sobre abordagem cirúrgica de casos complicados de TB intestinal, quando estes simulavam abdome agudo ou doença inflamatória intestinal. Foram excluídos relatos clínicos sobre TB disseminada.</p> <p>RESULTADOS: M. A., 49 anos, masculino, negro, natural do Rio de Janeiro, RJ, apresentou quadro agudo de distensão associada a dor abdominal difusa, pior em região epigástrica, que o fez buscar serviço de emergência onde realizou tomografia computadorizada de abdome evidenciando massa em região epigástrica. Nega perda de peso. Sorologias negativas para HIV. Refere sudorese intensa e tosse seca. Diagnóstico inicial de neoplasia gástrica com necessidade de continuação da investigação. História de tabagismo e uso de drogas ilícitas. Recebeu alta com orientação a prosseguir diagnóstico ambulatorial. Após uma semana do início dos sintomas evoluiu com piora do quadro abdominal, tendo procurado o Hospital Universitário Pedro Ernesto. Na admissão, a radiografia de torax se mantinha dentro da normalidade e a TC evidenciava pneumoperitônio extenso e massa epigástrica. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, tendo sido encontrado os seguintes achados operatórios: grande massa em cólon transversal, aderida à massa linfonodal, parede gástrica, lobo hepático esquerdo, além de perfuração puntiforme em parede de transversal. Após inventário da cavidade e adesiólise, foi feita rafia primária da perfuração e hepatectomia atípica com ressecção da massa abdominal. O laudo histopatológico da peça demonstrou infiltrado inflamatório crônico de aspecto granulomatoso, sugerindo tuberculose intestinal. Paciente iniciou tratamento para tuberculose e foi acompanhado a nível ambulatorial.</p> <p>CONCLUSÕES: A TB intestinal é uma complicação da doença pulmonar, pela deglutição de escarro infectado. A estase fisiológica do íleo e região ileocecal e a alta concentração de tecido linfóide nesta área são os principais fatores pela qual é a região de maior comprometimento. Casos de perfuração livre são pouco frequentes. Relata-se o caso de um paciente imunocompetente com TB de cólon, topografia pouco afetada pela doença. Em casos semelhantes, achados endoscópicos e histopatológicos pré-operatórios devem ser interpretados cuidadosamente e correlacionados com o contexto clínico. O diagnóstico diferencial deve ser feito com retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose, amebíase, histoplasmose e a doença de Crohn. Quando da presença de massa palpável – 50% dos casos -, neoplasias podem ser a hipótese principal. O tratamento deve ser instituído no pós-operatório imediato.</p>	<p>PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO INTESTINAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA – HRSM-DF, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JUNHO DE 2018</p> <p>VIMAEEL JEFFERSON DE OLIVEIRA HOLANDA, ANTONIO CUSTODIO DA COSTA JÚNIOR, CALIL SALOMÃO ABUD NETO, FRANKLIN PEREIRA DOS SANTOS, TESSIA REGINA LEAL REIS, VINICIUS SILVEIRA AMARAL, MATHEUS PAIVA DE SOUZA, LEANDRO MARTINS GONTIJO</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA - SANTA MARIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: CARACTERIZAR O PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA – HRSM-DF, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JUNHO DE 2018.</p> <p>MÉTODO: TRATA-SE DE UM ESTUDO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL E DESCRITIVO COM COLETA DE DADOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA INCLUIDOS NO ESTUDO.</p> <p>RESULTADOS: FORAM INCLUIDOS 32 PACIENTES NO PRESENTE ESTUDO. DESTES, 71,88% DO GÊNERO MASCULINO E 28,12% DO GÊNERO FEMININO. A MÉDIA DE IDADE FOI DE 40,4 ANOS, A MENOR IDADE FOI DE 16 ANOS E A MAIOR DE 78 ANOS.</p> <p>CONCLUSÕES: O ESTUDO PERMITIU OBTER INFORMAÇÕES QUE PODEM AUXILIAR A EQUIPE CIRÚRGICA E A EQUIPE TÉCNICA DE PACIENTES OSTOMIZADOS DO HRSM A ENTENDER MELHOR AS CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL, ESPECIALMENTE, FAVORECENDO A MELHORIA DO SERVIÇO EM APERFEIÇOAR A ASSISTÊNCIA E CUIDADOS COM OS PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO.</p>
<p>PO 515-2</p> <p>A IMPORTÂNCIA DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA RESSECTIVA PRECOZE EM EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE NA INFÂNCIA</p> <p>Ana Caroline Lemos Da Silva Aguiar BARRETO, Ana Clara Lemos Da Silva Aguiar Barreto, Ana Luísa Malta Dória, Renaly Noronha Lins, Caio César De Andrade Carneiro, Thalita Lustosa de Oliveira Avelino Lopes, Waltemilton Vieira Cartaxo Filho, Maria Clélia Jácome Franca Campos</p> <p><i>Famene - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo visa enfatizar a importância de realizar precocemente o diagnóstico com a classificação da crise, tratamento e prognóstico adequado de pacientes portadores de epilepsias farmacorresistentes considerando a pseudorefrataridade como recorrente e que se pode aumentar a possibilidade de obter melhor resultado cirúrgico-ressectivo e diminuir potenciais consequências negativas em longo prazo de crises epiléticas persistentes na infância. Visto que a epilepsia farmacorresistente é uma refratariedade de controle de crises epiléticas ao tratamento medicamentoso com Fármacos antiepiléticos (FAE). Possui indicadores como a frequência elevada de crises nas fases iniciais, o início precoce (abaixo de 2 anos) e representa 30% dos casos de epilepsia em crianças. Cerca de 25%-50% dessas se adequam ao tratamento cirúrgico ressectivo que consiste na remoção de parte do tecido cerebral considerada responsável pelas crises que, em maioria, são de origem temporal, bem como outras localizações como nos casos de displasia cortical, tumores de baixo grau, lesões atróficas, malformações vasculares e síndromes. A cirurgia ressectiva é indicada como terapêutica curativa ou paliativa após a identificação da zona epileptogênica por vídeo-EEG, testes neuropsicólogos e neuroimagem, avaliação da resposta aos Fármacos antiepiléticos (FAE) pela má-adecção ao tratamento, utilização inadequada ou frequência e doses insuficientes, por vezes com associações inadequadas, e compará-las com risco-benefício cirúrgico e os tipos de politerapia associativa, considerando outros tratamentos como calosotomia, hemisferectomia e neuromodulação.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica realizada com artigos científicos da SciELO publicados no período de 2001 a 2017, utilizando as palavras chaves- epilepsia refratária-tratamento-indicação cirúrgica- qualidade de vida-pediatria.</p> <p>RESULTADOS: Ocorre resolução em 30-40% dos casos. O êxito da cirurgia depende da ressecção cirúrgica da lesão. Lesões circunscritas, em áreas corticais eloquentes, há melhor prognóstico, podendo ser necessária a intervenção estereotáxica (implante de eletrodos). Nas lesões extensas, a conduta é direcionada para lobectomia ou quadrantectomia.</p> <p>CONCLUSÕES: Faz-se importante o tratamento cirúrgico precoce para melhor controle do declínio cognitivo, distúrbios psiquiátricos e desaparecimento das crises convulsivas, com isso proporcionando qualidade de vida e integração social mais adequada para pacientes epiléticos farmacorresistentes.</p>	<p>PO 517-1</p> <p>REVISAO DA EFICACIA DOS TIPOS DE TRATAMENTOS ENDOSCOPICOS PARA O SANGRAMENTO DE ULCERA PEPTICA</p> <p>Lucas Gazzaneo Gomes Camelo, Guilherme Quirino dos Anjos, Lucas Pacheco Vital Calazans, Thiago de Moraes, Danielle Karla Alves Feitosa, Hirley Rayane Silva Balbino de Melo, Livia Gomes Ribeiro, Leonardo Wanderley Soutinho</p> <p><i>CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as técnicas endoscópicas existentes para o tratamento do sangramento de úlceras pépticas bem como comparar a eficácia entre elas.</p> <p>MÉTODO: Revisão integrativa da literatura, com consulta nos bancos de dados "Scientific Electronic Library Online", "PUBMED", "DYNAME", "LILACS" e "DATASUS". Utilizou-se os conectores "peptic ulcer", "endoscopy". Foram encontrados 23 artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, dos quais 06 artigos, entre os anos de 2008 e 2017, contemplaram o objetivo da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: As Úlceras Pépticas (UP) ocorrem por um desequilíbrio entre os mecanismos de defesa e os fatores de agressão à mucosa. Podem ser divididas em 2 grupos: primárias e secundárias. As primárias geralmente estão associadas à infecção pelo <i>H. pylori</i>; normalmente têm curso clínico crônico. As secundárias costumam ter curso clínico agudo; geralmente estão relacionadas a mecanismos patogênicos de uma doença de base. As complicações referentes às UP mais frequentes são a Hemorragia Digestiva Alta (HDA), que ocorre em até 15% das úlceras, seguida pela perfuração (até 7% dos pacientes com UP). As técnicas de hemostasia utilizadas para o tratamento das lesões por UP são: infiltração, eletrocoagulação (método térmico) e colocação de "clip" (método mecânico). A utilização de "clips" metálicos apresenta alguns resultados conflitantes. Um dos primeiros estudos publicados comparou o uso de "hemoclips" com "heater probe" (método térmico), demonstrando baixas taxas de ressangramento (1,8% vs 21%); porém estudos posteriores chegaram a resultados com falha do tratamento em 13 de 35 pacientes do grupo "hemoclips" versus 5 de 34 que utilizaram injeção e 8 dos 32 pacientes do grupo de terapia combinada. Em estudo que comparou-se as duas técnicas, associados ao método de injeção em ambos os grupos, obteve-se que de 185 casos analisados, 97 com heater probe e 88 com APC, não houve diferença quanto a ressangramento, operação de emergência, transfusão sanguínea, tempo de internação hospitalar e taxa de mortalidade. Já em relação a terapia combinada num total de 16 estudos aleatorizados, envolvendo 1673 pacientes, esta levou à redução das taxas de ressangramento de 18,4% a 10,6% e da necessidade de operação de emergência de 11,3% para 7,6%. A taxa de mortalidade foi reduzida de 5,1% a 2,6%.</p> <p>CONCLUSÕES: Sangramentos provocados por UP apresentam, na maioria dos casos, os tratamentos endoscópicos como os de primeira opção por serem eficazes e menos invasivos, reduzindo o aparecimento de sequelas e diminuindo a taxa de mortalidade e ressangramento. A maior parte dos estudos sugere que os "clips" são mais eficazes para as úlceras agudas e com estigmas de sangramento ativo. Já as terapias térmicas, podem ser realizadas através de métodos de contato (coagulação coaptiva) ou sem contato, como no bísturi de plasma de argônio ou "Argon plasma coagulation" (APC).</p>

PO 518-1	PO 518-2
<p>RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCER GÁSTRICO</p> <p>Maria Carolina Santos Malafaia Ferreira, José Cardoso Cavalcante Júnior, Caroline Carvalho Ferro, Tadeu Gusmão Muriitba, Tadeu Gusmão Muriitba Filho, Raiana Santos Lins, Anna Karoline Rocha de Souza, Igor Ribeiro Lins</p> <p><i>Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O câncer gástrico (CG) é uma das neoplasias malignas mais comuns do mundo. Dentre essas, ocupa a terceira posição em incidência e a quinta em mortalidade. A maior parte dos portadores de CG avançado apresenta recorrência local de até 50% e sobrevida a longo prazo menor que 30%, mesmo após cirurgias radicais. É premente aprimorar a eficácia da terapia para pacientes com CG avançado. E é nesse contexto que a quimioterapia neoadjuvante aparece como tratamento padrão para casos de CG avançado, tendo estudos demonstrado que tal abordagem resulta em maior sobrevida do que a cirurgia isoladamente, bem como reduz o estadiamento da doença, possibilitando ressecções R0 ou mesmo resposta patológica completa (RPC) no espécime cirúrgico. O objetivo desse estudo foi avaliar o alcance de RPC em pacientes portadores de CG avançado submetidos a quimioterapia neoadjuvante seguida de gastrectomia e linfadenectomia a D2.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional através de consulta a prontuários. Foram incluídos pacientes com CG avançado com confirmação histológica por biópsia endoscópica e que foram submetidos à quimioterapia neoadjuvante de janeiro de 2015 a setembro de 2018 no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, e em seguida submetidos à gastrectomia com linfadenectomia a D2. Nove entre 21 pacientes portadores de CG operados por um único cirurgião satisfizeram os critérios de inclusão. Foram coletadas e analisadas informações clínicopatológicas, tais como endoscopia pré-operatória, tomografia computadorizada, quimioterapia neoadjuvante utilizada, métodos cirúrgicos e histopatologia pós-operatória.</p> <p>RESULTADOS: Dos 09 pacientes, 08 eram do sexo masculino (88,8%) e apenas 01 do sexo feminino (11,1%). Idade da amostra variou de 40 a 67 anos, com média de 55,7 anos. Foram administrados de quatro a seis ciclos de quimioterapia neoadjuvante com esquema DC (docetaxel + cisplatina). Três pacientes (33,3%) apresentaram RPC no produto da gastrectomia + linfadenectomia a D2. Até a conclusão deste trabalho, o tempo de seguimento médio desses pacientes no pós-operatório foi de 18,1 meses, variando de 6 a 42 meses. Aqueles que apresentaram RPC seguem em acompanhamento ambulatorial com tempo médio de 19,6 meses, variando de 12 a 32 meses de sobrevida livre de doença. Houve dois óbitos na amostra estudada (55,5%), ambos do grupo sem RPC, tendo sido a média de sobrevida global desses de 19,5 meses.</p> <p>CONCLUSÕES: Em resumo, um terço dos pacientes avaliados apresentou resposta histológica completa à quimioterapia neoadjuvante, sendo possível inferir que esta apresenta impacto positivo na regressão tumoral do portadores de câncer gástrico, o que caracteriza fator de bom prognóstico. Ainda é necessário ampliar o número de pacientes na amostra e instituir avaliação dos diferentes graus de resposta histológica tumoral a fim de se ter resultados mais consistentes.</p>	<p>SIMULAÇÃO CIRÚRGICA PARA O APRENDIZADO EM EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS: MODELOS EXPERIMENTAIS PARA TREINAMENTO PRÁTICO</p> <p>Luiz Eduardo Luz Sant'Anna, Maria Luiza Ibrahim Rocha Guimarães, Michelle Rafaelle Andrade Gurgel, Nathalya Batista Casanova, Gabriela Coutinho Amorim Carneiro, Luana Lara Farias Jesus Neves, Raissa Cristina Abreu Pinheiro, Ana Beatriz Santana Silva</p> <p><i>UniCeuma - São Luís - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o desenvolvimento de um modelo de treinamento utilizando a simulação realística como método de ensino em cirurgia e emergência pediátrica com enfoque em toracocentese, drenagem torácica, acesso venoso periférico e acesso vascular em situações de emergência: infusão intra-óssea.</p> <p>MÉTODO: Foram utilizados 3 modelos de costela suína ao qual foi desenvolvido o projeto de ensino de toracocentese e drenagem torácica. Para reproduzir a via periférica, utilizou-se um macarrão de polietileno com equipes de infusão, revestido de couro sintético, apresentando uma extremidade em fundo cego e a outra conectada a duas bolsas de 500 mL de soro fisiológico acrescido de corante. E para o acesso intra-ósseo de emergência foram utilizados 30 modelos de pés de galinha com sua tíbia intacta. A oficina foi realizada com participação de um médico cirurgião pediátrico que apresentou uma breve explanação teórica sobre os procedimentos e casos clínicos. Posteriormente os componentes da liga acadêmica de cirurgia pediátrica, em conjunto com o cirurgião, demonstraram as técnicas dos procedimentos nos modelos supracitados, em seguida, os acadêmicos de medicina participantes da oficina colocaram em prática os conhecimentos adquiridos. Após a oficina, os participantes responderam a um questionário sobre os modelos experimentais e a aula.</p> <p>RESULTADOS: Dos 20 acadêmicos que participaram do curso e o avaliaram os modelos, 18 relataram que os modelos se mostraram práticos e adequados para representação dos tecidos humanos e aplicação das técnicas de toracocentese, drenagem torácica, acesso venoso periférico e infusão intra-óssea. Em relação ao questionário, houve críticas como falta de material para aporte da quantidade de participantes. Do total de alunos, 100 % afirmou que os modelos são necessários para a graduação, pois vincula a teoria, em muitos casos a única obtida em sala de aula, com a prática, utilizando-se técnicas realistas ou ainda os alunos que tem acesso a material de simulação a possibilidade de praticar em momentos posteriores as aulas habituais.</p> <p>CONCLUSÕES: Esse estudo demonstrou a importância da simulação realística como complemento educacional médico acadêmico. Permite também a apresentação de modelos de baixo custo que podem ser facilmente reproduzidos pelos próprios acadêmicos para fins educacionais como oficinas, a partir disso demonstrou como ligas acadêmicas interferem de forma positiva, ao acrescentar conhecimento extracurricular e permitir que estudante entre em contato com mais áreas de interesse.</p>
<p>PO 519-1</p> <p>PANORAMA DOS CASOS DE DEFEITOS CONGÊNITOS DO APARELHO DIGESTIVO NAS REGIÕES BRASILEIRAS</p> <p>Túlio Barbosa Novaes, Francisco Assis Cavalcanti Neto, Williamina Oliveira Dias Pinto, Roberta Lays da Silva Ribeiro, Ethnary Monteiro Melo, Valéria Andrade Calado, Camila Gonçalves Dias Ponzi, Louival Diniz Carvalho Neto</p> <p><i>cesmac - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise estatística do panorama dos casos de defeitos congênitos do aparelho digestivo nas regiões brasileiras nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2009 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine</p> <p>RESULTADOS: Os defeitos congênitos do aparelho digestivo constituem um grupo frequente de patologias que englobam anomalias funcionais e/ou estruturais do desenvolvimento do feto, antes do nascimento, nas quais a etiologia é desconhecida em até 60% dos casos. Esses casos correspondem a uma parcela importante das internações hospitalares pediátricas, além de contribuírem para altas taxas de morbidade e mortalidade neonatais, sendo consideradas assim, um problema de saúde pública. O diagnóstico pré-natal dessas patologias é extremamente importante, pois permite orientar os nascimentos para centros capacitados para realizar o atendimento adequado - na maioria das vezes necessitando de intervenção cirúrgica - ou até mesmo interromper a gestação, nos casos associados a outras anomalias congênitas ou cromossômicas incompatíveis com a vida. Durante o período estudado a morbidade hospitalar foi de 49.847 casos, em que 99,9% deles foram representados por defeitos congênitos variados e somente 1% foi correspondente a ausência, atresia e estenose do intestino delgado. Quanto às regiões, a de maior prevalência foi a Região Centro-Oeste (200/100 mil habitantes), seguida pela Região Nordeste (95/100 mil habitantes). Quanto às outras regiões, o Sul teve o menor índice (13/100 mil habitantes), enquanto a Região Norte (31/100 mil habitantes) e a Região Sudeste (11/100 mil habitantes) obtiveram números maiores. No tocante a faixa etária, os menores de um ano compõem 50% dos casos, a infância representou 73% do total. Enquanto isso os maiores de 80 anos corresponderam a 0,9% da população estudada. Quanto ao sexo, o masculino representou 56% das internações, e o feminino 44%. Quanto à etnia, a raça branca foi a de maior número (51%), seguida da raça parda (44%); a raça indígena foi a de menor número (0,3%). A taxa de mortalidade brasileira por defeitos congênitos do aparelho digestivo foi de 3,9.</p> <p>CONCLUSÕES: É significativa a prevalência de defeitos congênitos do aparelho digestivo em crianças até 1 ano de idade na região Centro-Oeste, portanto é necessário uma maior atenção a essa faixa-etária, e a principal forma de reduzir a mortalidade é o diagnóstico precoce.</p>	<p>PO 519-3</p> <p>CÂNCER DE COLON E RETO- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ANÁLISE DE SOBREVIDA. REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER - PERÍODO DE 2010 ATÉ 2014.</p> <p>Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Phillipe Abreu, Fernando Henrique Oliveira Mauro, Guilherme Augusto Polaquini, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Thatiane Litenski, Danilo Saavedra Bussygino, Thamyly Moda Santana Rezende</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Paraná - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar as principais características clínicas da presente amostra. Assim como avaliar os resultados de sobrevida das diferentes opções de tratamento oncológico. Os dados obtidos servem como parâmetro institucional de qualidade da assistência prestada aos pacientes.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner realiza coleta de dados contínua e sistemática desde a admissão do paciente até o seguimento por no mínimo 5 anos. Os casos da presente amostra foram coletados do prontuário único do paciente, no período de Janeiro de 2010 ate dezembro de 2014. Utilizando o sistema desenvolvido pelo INCA – SisRHC, versão 3.2. O sistema gera tabelas de frequência absoluta e relativa, auxiliado pelo programa SPSS para a análise de dados. A determinação do tempo de sobrevida foi avaliada, em meses. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método descrito por Kaplan-Meier. As diferenças estatísticas foram testadas pelo teste de Log-Rank.</p> <p>RESULTADOS: Admitidos 1.316 casos, incluídos neste estudo apenas 40% (524). Corresponde à 5ª topografia mais frequente em nosso serviço, sendo 53,4% no sexo masculino e 46,6% no feminino. O pico de incidência acontece aos 63 anos. Quinta e sexta décadas de vidas são mais acometidas. Na admissão 89,9% dos pacientes são virgens de tratamento. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma em 92,9%. A distribuição topográfica foi de 9,2% na junção reto sigmoide, 48,9% no reto e o restante, 41,9%, distribuído pelo resto do cólon. Constatamos que 90% dos pacientes realizaram cirurgia em algum momento de sua evolução, e o tratamento oncológico foi combinado em 60,9%. No final da primeira etapa de tratamento 90% dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global em cinco anos foi de 49,5%; 45,8% no sexo masculino e 52,5% no sexo feminino. Quanto ao estadiamento, a sobrevida global é significativamente, maior no estágio I em relação ao estágio IV. Apresentando os seguintes valores: ECI 72,2%, ECII 73,3%, ECIII 53,8%, EC IV 11,6%.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento cirúrgico e a principal alternativa para controle da doença, porem tem acontecido mudanças nas práticas clínicas da oncologia com alterações significativas no tratamento do câncer colorretal. As mudanças são reflexo do avanço da Medicina no conhecimento dos tumores e nos métodos de tratamento. Com estas mudanças a localização do tumor de cólon passa a ser fundamental para o médico estabelecer a terapia adequada, já que ela muda de acordo com este parâmetro.</p>

<p style="text-align: center;">PO 520-1</p> <p>PAPEL DOS MARCADORES IMUNOINFLAMATORIOS NO ESTADIAMENTO DO ADENOCARCINOMA GASTRICO</p> <p>EMANUEL GOMES DOS SANTOS JUNIOR, GERALDO ISHAK, PAULO PIMENTEL DE ASSUMPÇÃO, PEDRO ANTONIO MUFARREJ HAGE, RUDÁ MURA MEDEIROS PAZ, MARIELLE DE NAZARÉ GONÇALVES DE LIMA E SILVA, FERNANDA FURTADO LEÃO, MYRIAM RUTH DA SILVA MAGALHÃES</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O desenvolvimento e progressão do câncer gástrico envolve um desbalanço imunológico, as quais favorecem o crescimento tumoral, levando a alterações celulares que podem ser mensuradas através da realização de um hemograma. Neste aspecto, foi observado que as alterações na relação entre plaquetas-linfócitos (P/L) e neutrófilos-linfócitos (N/L) estão relacionados a metástase linfonodal, maior agressividade tumoral, menor sobrevida livre de doença e menor sobrevida geral. Assim, buscamos avaliar a correlação entre o estadiamento do adenocarcinoma gástrico com as relações de células imunológicas periféricas, levando em consideração a relação P/L, N/L e plaquetas-neutrófilos (P/N).</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de agosto de 2015 a agosto de 2018 por meio de registro de prontuários de todos os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer gástrico no serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB – UFPA) em busca da correlação entre P/L, N/L e P/N com o estadiamento patológico de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer gástrico.</p> <p>RESULTADOS: No total 83 pacientes foram amostrados, dos quais apenas 63 foram incluídos na análise após aplicado os critérios de inclusão. Os resultados mostraram que os dados referentes a relação P/L, N/L e P/N não obteve significância estatística quando comparado estádios individuais T ou N. No entanto, a relação N/L mostrou significância estatística entre T1 e T>T1, com um ponto de corte >1,375 para T>T1 com sensibilidade de 84,09% e especificidade de 71,43%, e, no estadiamento linfonodal houve diferença entre N0 e N+ com ponto de corte de >1,937 para N+, com sensibilidade de 60,53% e especificidade de 65%. A relação P/N mostrou significância entre T1 e T> T1, com ponto de corte <84,29 para T>T1 com sensibilidade de 74,51% e especificidade de 71,43%, e no envolvimento linfonodal com ponto de corte de <81,95 com sensibilidade de 90,52% e especificidade de 57,89%. Quando usado os testes em paralelo com ambos positivos há possibilidade de diferenciar entre T1 e T>T1 com uma sensibilidade de 96% e especificidade de 51%. No envolvimento linfonodal a sensibilidade é de 98,1% e especificidade de 57,8%.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora não seja possível ainda estratificar o paciente em estádios clínicos com base em N/L, P/L e P/N, a alteração nessas relações já fornece informações valiosas sobre o estado do paciente. Como indícios de envolvimento linfonodal e extensão tumoral local. Ainda, esse trabalho é o primeiro a investigar a relação P/N que se mostrou de grande potencial na estratificação do estadiamento do adenocarcinoma gástrico, embora ainda seja necessário maiores estudos para seu uso clínico.</p>	<p style="text-align: center;">PO 520-3</p> <p>RETOSSIGMOIDECTOMIA: RESULTADOS CIRÚRGICOS E ONCOLÓGICOS DE 370 PACIENTES OPERADOS EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Raphaella Ferreira, Ewerson Luiz Cavalcanti Silva, Eduardo Da Cás, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Regina Maria Goolkate, Keire Wannlen Campos Silva Araujo</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar um grupo de pacientes portadores de tumor de reto submetido a tratamento cirúrgico radical. Avaliando morbi-mortalidade cirúrgica e aspectos a ela relacionados, e resultados oncológicos obtidos.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Incluídos todos pacientes com câncer de reto submetidos a cirurgia de ressecção no período de set-2009 a dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados expressos como média e desvio padrão ou como mediana e intervalo interquartil para distribuição não normal. Variáveis numéricas quantitativas analisadas com o Teste t de Student. O teste não paramétrico Mann-Whitney U foi utilizado para variáveis numéricas de distribuição não normal. Variáveis categóricas analisadas com o teste Qui-quadrado com correção de Fisher. Taxas de sobrevida e sobrevida livre de doença foram estimadas pelo método de Kaplan-Maier e comparadas com o teste de log-rank. Preditores de sobrevida foram identificados com regressão de Cox. Os dados foram analisados com os programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo p<0.05 considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: Incluídos 370 pacientes com mediana de idade de 63 anos. O sexo masculino representou 191 (51,6%). O risco anestésico medido pelo ASA foi ASA 1 com 41 (11,2%) pacientes, ASA 2 com 256 (69,8%), ASA 3 com 69 (18,8%) e ASA 4 apenas 1 (0,3%). O tratamento neoadjuvante foi realizado em 92 (24,9%) dos pacientes. A Amputação Abdomino Perineal com dissecação pélvica foi praticada em 48 (13%) dos pacientes. Nos outros a ressecção com linfadenectomia ampla foi a opção cirúrgica. Ambos os procedimentos são de grande porte e necessitam a utilização de hemotransfusão em 17 (4,6%) oportunidades, e a média de concentrado de hemácias utilizadas foi de 2 unidades. O tempo cirúrgico médio foi de 180 minutos. O procedimento realizado via laparoscopia em 58 (15,7%) das vezes. Complicações pós-operatórias graves (Clavien-Dindo 3,4,5) aconteceram 84 (22,7%) casos. Havendo necessidade de reoperação em 57 (15,4%) pacientes. A mortalidade cirúrgica foi de 17 (4,6%) casos. O tempo médio de internação foi de 4 dias e de UTI de 1 dia. Margens cirúrgicas livres em 359 (97,6%) casos. O tipo histológico mais comum foi adenocarcinoma e a média de linfonodos dissecados foi 8. Obtivemos uma linfadenectomia adequada, com mais de 12 linfonodos dissecados em 101 (27,3%) casos, isto foi mais frequente nos tumores se localizados no reto proximal, embora não significativo estatisticamente. O seguimento médio foi de 3,4 anos e a sobrevida global em 5 anos de 69,4%.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes submetidos a retossigmoidectomia apresentaram baixas taxas de complicação e mortalidade cirúrgica e elevada sobrevida global em 5 anos.</p>
<p style="text-align: center;">PO 523-1</p> <p>OCORRÊNCIA DE CASOS DE NEOPLASIA DO ESTÔMAGO NO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018</p> <p>Amanda Ribeiro Tavares, Rafael Fernando Castro Silva, Renan Alves Rodrigues, Gabryella Silveira Cardoso, Zoroastro Henrique Santana</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Câncer de Estômago é o crescimento de células anormais no estômago que pode ocorrer em qualquer local de sua extensão. Grande parte dessa neoplasia ocorre na camada mucosa, surgindo na forma de pequenas lesões irregulares como ulcerações. O câncer de estômago é o segundo tumor maligno mais frequente do mundo, com um pico de incidência que se dá em sua maioria em homens, por volta dos 70 anos. No Brasil, esse tumor aparece em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. Existem vários tipos de neoplasias do estômago, sendo que em cerca de 90 a 95% dos casos há predomínio do adenocarcinoma. Esse tipo de câncer possui como alguns fatores de risco a infecção por <i>Helicobacter pylori</i>, gastrite crônica, anemia perniciosa, metaplasia intestinal, tabagismo, excesso de peso e obesidade, consumo de álcool, consumo excessivo de sal, entre outros. O diagnóstico dessa neoplasia é feito basicamente por Endoscopia Digestiva Alta. Tendo como objetivo analisar o número de internações em pacientes a partir de 20 anos por Neoplasia do Estômago no Distrito Federal (DF) no período de jan/2014 a dez/2018 correlacionando com o número de óbitos, fazendo comparativo entre os sexos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por Neoplasia do Estômago registrados no DATASUS durante o período de jan/2014 a dez/2018 no DF.</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por sexo foi de 710 mulheres e 1075, totalizando 1785 internações; destas 43 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 125 na de 30 a 39; 246 na de 40 a 49; 393 na de 50 a 59; 517 na de 60 a 69; 341 na de 70 a 79; 120 dos 80 em frente. Por sua vez, o número de óbitos foi de 127 mulheres e 224, totalizando 351 óbitos; destes 9 ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos; 19 na de 30 a 39; 44 na de 40 a 49; 67 na de 50 a 59; 97 na de 60 a 69; 70 na de 70 a 79; 45 dos 80 anos em frente.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com dados do INCA 2018, a estimativa de novos casos no Brasil são 21290, sendo 13540 homens e 7750 mulheres e o número de mortes no Brasil é 14264, sendo 9132 homens e 5132 mulheres com base nos dados de 2015. No Distrito Federal, com base nos dados, o número de internações e óbitos apresentaram uma porcentagem total maior nos homens, sendo mais prevalentes na faixa etária de 60 a 69 anos que corresponde ao pico de incidência do desenvolvimento dessa doença e ao sexo mais prevalente, de acordo com a estatística do INCA.</p>	<p style="text-align: center;">PO 523-3</p> <p>COMPARATIVO ENTRE COLECTOMIA ABERTA E COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, COM BASE NO SISTEMA UNICO DE SAUDE ENTRE 2008 E 2018</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Aprigio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A literatura médica atual tem comparado a Colectomia videolaparoscópica (CV) com a Colectomia aberta (CA). Atualmente já existem dados evidenciando vantagens da CV como menor dor pós-operatória, segurança do procedimento e menor tempo de internação hospitalar, entretanto, está há um maior custo das cirurgias. Dessa forma, o atual trabalho justifica-se em comparar a CV com a CA com base no Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, descritivo analítico referente aos procedimentos de CV e CA em caráter eletivo e de urgência, realizados através do SUS, no período de novembro de 2008 a novembro de 2018. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e distribuídos em séries temporais quanto às variáveis: número de internações, custo médio de internação, tempo médio de permanência hospitalar, número de óbitos e taxa de mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: No período selecionado, houveram 63.972 colectomias, sendo 63.405 (99,1%) CA e 567 (0,9%) CV. Quando analisando apenas as cirurgias de caráter eletivo, houveram 13.643 (97%) CA e 424 (3%) CV, com o valor médio das internações variando entre R\$ 3.055,56 para CA e R\$ 1.792,33 para a CV, a média de permanência foi de 9,7 dias para CA e 9,0 dias para CV, houveram 819 óbitos na CA e 1 óbito para CV, e por fim, a taxa de mortalidade na CA foi de 6,00 e 0,24 na CV. Quando analisando apenas as cirurgias de caráter urgência, houveram 49.455 (99,7%) CA e 143 (0,3%) CV, com o valor médio das internações variando entre R\$ 3.978,77 para CA e R\$ 1.797,59 para a CV, a média de permanência foi de 10,3 dias para CA e 11,8 dias para CV, houveram 8.698 óbitos na CA e 2 óbito para CV, e por fim, a taxa de mortalidade na CA foi de 17,59 e 1,40 na CV.</p> <p>CONCLUSÕES: A colectomia aberta foi a mais realizada no período escolhido, tanto de maneira eletiva quanto na urgência. De todas as formas analisadas, a colectomia videolaparoscópica possuiu menor valor médio de internação e menor taxa de mortalidade. A CV obteve uma menor média de permanência quanto analisado cirurgias eletivas, por outro lado, obteve uma maior média de permanência nas cirurgias de urgência. Segundo os resultados encontrados, a CV, apesar de ter sido realizado pouquíssimas vezes quando comparada com a CA, é capaz de não apenas realizar bons resultados, mas também provou-se menos onerosa.</p>

PO 526-3	PO 527-1
<p>FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES POS-APENDICECTOMIA: UMA REVISÃO INTEGRADA</p> <p>Maria Luiza Coelho de Souza, Larissa Gusmão Guimarães, Laryssa Elydyanne de Oliveira Barros, Manuelli Antunes da Silva, Durval José de Santana Neto, Mariana Alma Rocha de Andrade, Yasmin Anayr Costa Ferrari, Sonia Oliveira Lima</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar uma revisão sistemática dos preditores de risco para complicações após apendicectomia, relacionando aspectos epidemiológicos e diagnósticos.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica do período de 2014 a 2018, nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed com os descritores "risk factors for appendectomy associated with age", e "risk factors for appendectomy". Foram critérios de inclusão, artigos na íntegra, independentemente do idioma, e de exclusão, artigos como relato de caso e os que não abordavam complicações pós-cirúrgicas da apendicectomia.</p> <p>RESULTADOS: Foram encontrados 57 artigos e, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 5 estudos, na língua inglesa. A cirurgia de retirada do apêndice pode ocorrer por apendicectomia laparotômica ou laparoscópica. As apendicectomias por laparotomia apresentam um pior prognóstico do que por via laparoscópica. Além da via cirúrgica utilizada, outros fatores que foram relacionados às complicações são: sintomas pré-operatórios como febre, diarreia e descompressão abrupta positiva, o período transcorrido entre o aparecimento dos sintomas e diagnóstico, o tempo de internação, e a duração do procedimento cirúrgico. A necessidade da intervenção por apendicite aguda pode corroborar para redução do índice de mortalidade, visto que a remoção do apêndice inflamado refletiu em menor incidência de agravo quando comparada a retirada de um apêndice normal. A presença de comorbidades, menor idade ou idade avançada, e sexo feminino aumentam a possibilidade de complicações pós-operatórias. Ademais, é importante destacar que os erros no diagnóstico, internações tardias e uso de analgésicos predispoem a maior incidência de apendicite necrótica ou perfurada. Por esse motivo, a história clínica detalhada e a propedêutica são imprescindíveis para a indicação correta do tratamento. Desse modo, exames como o sinal radiográfico e a tomografia computadorizada podem identificar o acúmulo fecal no ceco, a presença de espessamento da parede do apêndice, dilatações no lúmen do órgão, fecalitos e inflamações. Outrossim, a Ultrassonografia apresenta altas taxas de sensibilidade e especificidade, entretanto, a qualificação do operador é fator determinante de sua eficácia. Entre as complicações mais recorrentes, destacam-se a infecção da ferida cirúrgica, abscessos intra-abdominais e o choque séptico. Destarte, apesar do diagnóstico precoce e do uso de antibióticos serem imperiosos no processo de condução do pré-operatório, a morbidade e mortalidade ainda se fazem presentes.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a presença de sintomas tardios, o sexo feminino, extremos de idade, um maior período transcorrido até a intervenção cirúrgica, o acesso laparotômico e o diagnóstico incorreto contribuem para um pior prognóstico no pós-operatório das apendicectomias. Um adequado exame clínico, o uso da tomografia computadorizada e da ultrassonografia, desde que corretamente manuseada, aumentam a especificidade diagnóstica e reduzem às complicações pós-operatórias.</p>	<p>CIRURGIA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABORDAGEM CONVENCIONAL NO MANEJO DA ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA</p> <p>ÍTALO SILVA CRUZ, Francisca Priscila Sampaio Cruz Teles, Ana Carolina Castro Venâncio, Amanda Queiroz Germano Machado</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE FMJ - JUAZEIRO DO NORTE - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar literatura quanto às repercussões a curto prazo da cirurgia laparoscópica (CL) em comparação aos da Cirurgia Aberta (CA) no tratamento da Úlcera Péptica Perfurada (UPP).</p> <p>MÉTODO: Revisão sistemática descritiva realizada entre 11/2017-02/2018, inclui estudos publicados no período 2008-2018, desenvolvida com produção indexada nas bases de dados: PubMed, BVS e ScienceDirect. Foram selecionados 15 periódicos para leitura na íntegra obedecendo critérios de inclusão: realizar análise de, no mínimo, metade dos descritores estabelecidos no MeSH "laparoscopy", "repair/surgery", "open/conventional", "peptic ulcer perforation". Não houve restrição quanto ao idioma do periódico.</p> <p>RESULTADOS: A perfuração de uma úlcera péptica é emergência potencialmente fatal e representa 80% das indicações cirúrgicas. A prevalência global da doença ulcerosa reduziu nestes 10 anos devido IBP, anti-histamínico H2 e erradicação de H. pylori. No entanto, a taxa de perfuração, complicação mais comum, permaneceu estável pelo consumo elevado de AINES, corticosteroides e tabagismo. Neste âmbito, a mortalidade é alta (até 30%) e morbidade cerca de 50%, demonstrando ser um desafio ao cirurgião. A UPP ocorre mais em homens acima de 56 anos e a localização é superfície anterior do bulbo duodenal (60%), seguida do antro e menor curvatura gástrica, 20%. Neste sentido, a cirurgia continua sendo o tratamento padrão no manejo da UPP; entretanto, escolher a abordagem ainda é obstáculo. Tradicionalmente, a CA é mais adotada e realizada por jovens cirurgiões. Paralelamente, nas últimas décadas a CL avançou, com relatos de fechamento de UPP em 1990. Tal abordagem abarca várias técnicas, sendo demonstrado que o sucesso global da CL é 84%, conversão para CA em até 29,1%. Isto é explicado na avaliação pré-operatória pelos fatores de risco de Boey (FRB) e escore APACHEII, revelando que pacientes admitidos em choque, mais de 24 horas de sintomas, obstrução, grandes perfurações, cirurgia prévia em abd anterior e instabilidade cardiopulmonar é preferível CA, apoiando a hipótese que alta taxa de conversão está ligada à falta de experiência e domínio da técnica laparoscópica. A redução da dor pós-operatória e do consumo de analgésicos são principais fatores benéficos a efetivação da CL, ligada a ganhos estéticos. Enquanto na CA pode haver hérnia incisional decorrente de pneumonite, íleo paralítico e infecção da ferida; na CL o vazamento do reparo gera reoperação, com taxa global 3,7% CL x 1,9% CA. Além disso, há relatos que a mortalidade é equivalente nas duas abordagens; porém, estudos recentes com 10,2% CA x 4,8% CL atrelando estes dados ao FRB. O tempo perioperatório na CL foi 90 min enquanto na CA 50 min, associando maior custo cirúrgico à CL. Apesar disso, a CL tem menor tempo de internação, de retomada à dieta e às atividades de vida, com média de 10+6,9 dias em relação CA com 26+15,1 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: Evidências sugerem que CL da UPP confere benefícios curto prazo superior em termos de dor pós-operatória, morbidade da ferida. Esta abordagem é tão segura e eficaz como CA.</p>

PO 527-2	PO 528-2
<p>BENEFÍCIOS DA DUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTES VÍTIMAS DE TUMORES PANCREÁTICOS</p> <p>Mariana Thees Perillo Rodrigues, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Robson Xavier Ferro Filho, Ana Leticia Argentino Bononi, Renan Lorenzini, Mayza Maressa Oliveira, Mariana Santos Guimaraes, Milena Passos Victor</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o exito da Duodenopancreatectomia nos casos de tumor pancreático ao longo da história e sua eficácia em relação a outros tratamentos para a cura dessa enfermidade.</p> <p>MÉTODO: Foi efetuado uma revisão de literatura bibliográfica relacionada ao tema, publicada nas bases de dados PubMed, SciELO, Web of Science com as palavras chave: duodenopancreatectomia, tumor de pâncreas, neoplasia e trato gastrointestinal.</p> <p>RESULTADOS: O tratamento do câncer de pâncreas ainda é um dos maiores desafios terapêuticos para a medicina contemporânea. É a neoplasia mais letal do trato gastrointestinal, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de apenas 5%. Sua localização no retroperitônio, com complexas relações anatômicas com o duodeno, via biliar principal, veia cava inferior, aorta e, principalmente, o envolvimento dos vasos mesentéricos, são fatores que contribuem para o elevado índice de complicações após a ressecção completa do tumor, a qual foi nomeada: duodenopancreatectomia. A duodenopancreatectomia é o único tratamento com possibilidade de cura para tumores da região peri-ampular, sendo um dos procedimentos mais desafiadores e especializados realizados por cirurgiões digestivos. Conhecida também como Cirurgia de Whipple, foi o resultado de inúmeras tentativas fracassadas para a cura de tumores pancreáticos, sendo a evolução de colecistogastrotomias e gastrojejunostomias, que encorajaram Whipple a realizar o procedimento em apenas um estágio, obtendo êxito em 1934. As ressecções pancreáticas para tratamento de tumores podem atualmente ser consideradas seguras, porém a conquista definitiva de bons resultados ainda é distante. Do ponto de vista cirúrgico, a recuperação da função gastrointestinal e do estado nutricional podem ser afetados pelo retardo do esvaziamento gástrico e dos problemas associados à insuficiência exócrina. Além disso, pode surgir diabetes melitos com necessidade de medicação oral ou uso de insulina.</p> <p>CONCLUSÕES: Sendo assim, medidas efetivas de rastreamento, que possibilitem diagnósticos mais precoces, identificação de pacientes de risco e busca de melhores resultados dos tratamentos complementares, parecem ser as medidas mais importantes para melhorar as taxas de cura do tumor de pâncreas, pois mesmo com a escolha de outras técnicas cirúrgicas, a duodenopancreatectomia ainda sim consegue oferecer os melhores resultados em relação a cura de tumores.</p>	<p>DESAFIOS TERAPÊUTICOS EM PACIENTES PORTADORES DE TORCICOLO CONGÊNITO</p> <p>MARIANA THEES PERILLO RODRIGUES, ANA LETICIA ARGENTINO BONONI, RENAN LORENZINI, MAYZA MARESSA OLIVEIRA, MARIÉLI DEOLINDO VIEIRA, MILENA PASSOS VICTOR, MARIANA SANTOS GUIMARAES, ROBSON XAVIER FERRO FILHO</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a importância do diagnóstico precoce nos casos de torcicolo congênito e a ajuda dos pais durante o tratamento, para um bom prognóstico e sucesso terapêutico.</p> <p>MÉTODO: A revisão de literatura foi realizada de acordo com a base de dados Web of Science, SciELO e PubMed, com as palavras-chave: torcicolo; congênito; fisioterapia.</p> <p>RESULTADOS: O torcicolo muscular congênito é a deformidade do pescoço envolvendo primariamente um encurtamento e fibrose do músculo esternocleidomastoideo que é detectada ao nascimento ou logo após o nascimento. A sua incidência varia de 0,3% a 1,9% dos recém-nascidos e a patogênese exata é ainda desconhecida, embora existam várias explicações etiológicas. Cheng dividiu os torcicolos musculares congênicos em 3 subgrupos: os torcicolos com tumefação do esternocleidomastoideo, os torcicolos musculares e os torcicolos posturais. Os sinais e sintomas, são a inclinação da cabeça para o lado afetado e o mento voltado para o lado oposto. A apófise mastoide do lado comprometido é puxada para baixo, na direção da clavícula e do esterno. O ombro do lado acometido está elevado e pode estar presente escoliose cervical e torácica. Há resistência e limitação em grau variado quando se faz rotação passiva da cabeça para o lado do músculo afetado. Por fim, a hemiface do músculo acometido tende a ser hipoplásica, levando a assimetria facial, podendo levar a plagiocefalia. Distúrbio visual pode estar presente. É possível realizar o tratamento do torcicolo muscular congênito apenas com tratamento conservador. Esse tratamento inclui protocolos de fisioterapia, que na generalidade incluem exercícios de estiramento ativos e passivos, posicionamentos, estimulação auditiva, visual e cutânea. A educação aos pais é fundamental, principalmente no que diz respeito aos cuidados posturais e à continuação da correção. Já o tratamento cirúrgico inclui as tenotomias unipolares, as tenotomias bipolares, a plastia em Z e a excisão completa do músculo esternocleidomastoideo. O tratamento de reabilitação é, não só importante como primeira abordagem terapêutica, como também como tratamento pós cirúrgico. O esquema de reabilitação pós-cirúrgico pode incluir tração cervical suave, o uso de próteses, mobilização ativa assistida, exercícios de reeducação postural e facial, entre outros.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, é notório a importância do diagnóstico e tratamento precoce do torcicolo congênito, assim como a relevância da participação dos pais em todo o processo terapêutico, mostrando que o tratamento de reabilitação é eficaz mesmo nos casos de torcicolos com tumefação e limitações importantes da mobilidade cervical.</p>

PO 530-2	PO 531-2
<p>SÍNDROME DO CORAÇÃO ESQUERDO HIPOPLÁSICO: ESTUDO COMPARATIVO DE TÉCNICAS OPERATÓRIAS PARA MANEJO CIRÚRGICO</p> <p>INGRID RAMALHO DANTAS DE CASTRO, MARCUS VINÍCIUS QUIRINO FERREIRA, JOSEMAR LELIS DE SOUZA JÚNIOR, FRANCIELE ÁVELY DE SÁ MACIEL</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar as propedêuticas cirúrgicas de reparo na síndrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH), a fim de transparecer a evolução das técnicas operatórias somadas as suas peculiaridades, visto que essa corresponde a síndrome de maior complexidade e frequência fetal.</p> <p>MÉTODO: A análise do referente trabalho visa comparar os tratamentos da SCEH com base em artigos dos bancos de dados: MEDLINE, PUBMED, SCIELO. Dos quais, foram selecionados quatro artigos, em um período entre 2015 e 2016, nos idiomas inglês e português. Com os descritores cadastrados no DeCS: Procedimentos de Norwood; Síndrome do Coração Esquerdo Hipoplásico, Cardiopatias Congênitas.</p> <p>RESULTADOS: A síndrome do coração esquerdo hipoplásico é caracterizada por hipoplasia do ventrículo esquerdo e obstrução da via de saída sistêmica e por outras lesões no ventrículo direito único comuns, as quais incluem ventrículo direito de saída dupla com atresia mitral e defeito do septo atrioventricular desequilibrado. A SCEH ocorre entre 0,16 e 0,36 por 1.000 nascidos vivos e compreende entre 1,4 e 3,8% das cardiopatias congênitas, sendo a de maior complexidade fetal e mais frequente. A SCEH é, essencialmente, letal. Entretanto, a implementação cirúrgica e seus avanços, somado ao qualificado manejo médico vem permitindo uma taxa de sobrevivência. A priori, a propedêutica utilizada foi o transplante cardíaco, porém, a complexidade envolvida o torna inviável. Diante disso, foi desenvolvido por Norwood a primeira técnica cirúrgica em 1979, apresentando ainda alta taxa de mortalidade. Posteriormente, surgiu a cirurgia híbrida, que apresentou maior efetividade e trouxe uma esperança real de vida. Com a implementação cirúrgica de Norwood, a sobrevida imediata é de, aproximadamente, 72%, com uma mortalidade de 12%, no período pós-operatório. Comparado a isso, a técnica cirúrgica Híbrida apresenta cerca de 90% de sobrevida em curto prazo. Todavia, atualmente, Yerebakan et al. apresentou sua experiência com 182 pacientes com SHCE submetidos a procedimento híbrido, relatando sucesso terapêutico de 97,5%. Além disso, essa técnica tem sido utilizada como forma de adquirir tempo para o crescimento adequado do ventrículo esquerdo e, juntamente, não utilizar da circulação extracorpórea, pois, esta no período neonatal tem sido associada ao desenvolvimento neurocognitivo anormal.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, é evidente que as novas práticas operatórias estão se aprimorando cada vez mais, isso corrobora para um maior percentual de sobrevida. Somado a isso, é visível a superioridade do manejo híbrido, porque além de melhor prognóstico ela proporciona melhor qualidade de vida e é a primeira escolha para pacientes acutadamente mais graves se comparado à primeira técnica desenvolvida por Norwood, a qual foi pioneira dentre essas propedêuticas. Priorizar a qualidade de vida se torna imprescindível para o triunfo do tratamento.</p>	<p>GASTROQUISE - REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</p> <p>Gabriela da Rocha Branco Silveira, Michelly Vitor Gularte Alexandre, Marcelo Regis Lima Corrêa, Natália Maria Dias de Sá, Marveen Alyce de Carvalho e Santos, João Matheus Calixto Lins, Antônio Cipriano Gurgel do Amaral Júnior, Horácio Tamada</p> <p><i>Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica de Rondônia - LACCRO - Porto Velho - Rondônia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Gastrosquise é uma malformação congênita caracterizada por uma fenda paraumbilical. A prevalência de gastrosquise está aumentando, cuja incidência é de 1 caso em 2000 nascimentos. É a anomalia congênita mais frequentemente encontrada pelos cirurgiões pediátricos, o que motivou a pesquisa. Analisar dados referente à idade materna, incidência de prematuridade, dados sócio demográficos, formas de diagnósticos e o prognóstico, a fim de integrar as principais informações atuais sobre a malformação.</p> <p>MÉTODO: Revisão integrativa realizada através de diferentes estudos científicos relacionados a gastrosquise, publicados no período de 2014 a 2018, com metodologia de caráter descritiva e exploratória, com a finalidade de identificar fatores referentes a gastrosquise. Para a elaboração do presente trabalho foram analisados 18 artigos.</p> <p>RESULTADOS: As literaturas demonstraram que a incidência global da gastrosquise aumentou em diversas populações, sendo relacionada principalmente com a baixa idade materna. Na Europa, a prevalência diminuiu de norte a sul, sendo mais relatado na Europa continental e menos no sul da Europa e Oriente Médio. A América do Sul, comparada a Europa e América do Norte, apresenta menor prevalência. Foi verificada que nas condições socioeconômicas de baixo acesso a assistência pré-natal possuem taxas mais elevadas. Observou-se que o principal método diagnóstico em malformações no período pré-natal é o exame ultrassonográfico, pois permite a detecção dos defeitos congênitos da parede abdominal. Quanto ao sexo há uma predominância do sexo masculino (53,5%) em relação ao sexo feminino (46,5%). O prognóstico da gastrosquise, a curto prazo, teve resultados positivos atribuídos a melhora no diagnóstico pré-natal e aos avanços no tratamento perinatal em centros especializados. Estudos mais recentes tem demonstrado maiores taxas de sucesso terapêutico e de sobrevivência. Comparando as técnicas utilizadas para a correção da gastrosquise, EXIT-like reduziu significativamente o período de "ileo" iniciando a dieta oral mais rápida que o tratamento convencional e refletiu em alta hospitalar mais precoce.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com este estudo, evidenciou-se a forte relação da baixa idade materna com os índices de gastrosquise. O estudo atentou para os benefícios do diagnóstico pré-natal precoce e do acompanhamento adequado durante todo o período gestacional e pós gestacional, estando intimamente ligado com o aumento dos índices de sobrevida dos portadores de gastrosquise.</p>
<p>PO 533-1</p> <p>ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS NAS REGIÕES BRASILEIRAS</p> <p>Camilla Bandeira Oliveira Coelho, Daiany Pereira de Castro, Letícia do Vale Reis, Patrícia Vieira Pires, Bruno de Oliveira Araújo Sousa</p> <p><i>Fapac - Itpac Porto - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Investigar de forma comparativa os casos registrados de úlceras gástricas e duodenais em diferentes regiões brasileiras.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), onde foram coletadas informações referentes ao período de novembro de 2013 a novembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Foram 58.454 internações por úlceras gastroduodenais, sendo destes 55.503(94,9%) em caráter de urgência e o restante (5,1%) de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, o Sudeste (SE) apresentou o maior índice de internações, foram 22.583 casos, que representa 38,6% de todo país. A segunda região com mais casos é o Nordeste (NE) com 12.813 (21,9%), seguido do Sul (SU) com 10.619 (18,1%), Centro-Oeste com 5.599 (9,5%) e, por último, Norte com 3.889 casos, representando apenas 6,6% do total de casos do país. A faixa etária que apresentou maior incidência de casos foi entre 50 a 59 anos, com significativos 10.971 casos (18,75%). Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, temos 37.450 do sexo masculino e 21.004 do sexo feminino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em mulheres superassem o do sexo oposto. Em 2014 houve o maior número de internações por úlceras gástricas e duodenais, com o valor de 11.949, sendo 63,45% do sexo masculino. E, em 2018, nota-se a menor porcentagem de acometimento no sexo feminino, sendo 17,7% do total desse ano. Considerando a cor/raça, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 20.617 (49%) dos registros. Em seguida encontra-se a população parda com 17.987 (42,8%) dos relatos. Na população indígena, vemos um total de 82 casos de internações, nos levando a indagar sobre a real extensão e coleta de dados sobre essa população. Quanto ao regime de internações, vemos a prevalência do regime público em todo o país, exceto no Sul, onde a quantidade total no regime privado é de 2.815 casos, enquanto 1.511 são públicas. 41,99% dos casos foram ignorados quando considerado o regime como elemento classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil registrado o valor total de R\$ 43.997.700,97 nesse intervalo de tempo, sendo 49,25% do gasto no SE, e logo em seguida temos o SU com 21,3% dos gastos totais.</p> <p>CONCLUSÕES: Sendo a infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> a causa mais comum das úlceras (Guimarães, 2008), além de determinados medicamentos e outras causas, devemos controlar esses fatores de risco diminuindo o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e o uso indiscriminado de analgésicos e antiinflamatórios. Isso contribui com a questão dos maiores índices serem de acometimento masculino e de faixa etária elevada, pois estes apresentam um estilo de vida de maior risco. PALAVRAS CHAVE: Úlcera Gastroduodenal; Úlcera Péptica; Epidemiologia</p>	<p>PO 535-2</p> <p>ANÁLISE DOS ÍNDICES NACIONAIS DE MORTALIDADE POR ESPINHA BÍFIDA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ENTRE 1996 E 2016</p> <p>Letícia Lima Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Maria Eduarda Freitas Melo, João Pedro Matos Santana, Maria Eduarda Pudentes Kunzler Alves, Marcos Reis Gonçalves, Laís Albuquerque Pinto, Juliana Lima Medeiros</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear o perfil epidemiológico dos óbitos por espinha bífida no primeiro ano de vida entre 1996 e 2016 com o escopo de traçar um panorama nacional referente ao agravo em tela.</p> <p>MÉTODO: Consiste em um estudo transversal, descritivo e retrospectivo a partir da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As variáveis pesquisadas foram: número de óbitos, faixa etária (materna e infantil), duração da gestação, sexo e escolaridade materna.</p> <p>RESULTADOS: Foi notificado no país um total de 2.920 óbitos, que perfizeram uma média anual de 175 registros no primeiro decênio e 89 na segunda década analisada. Nessa seara, 1.006 ocorreram na região Sudeste, 977 no Nordeste, 436 no Sul, 258 no Norte e 243 no Centro-Oeste. Em relação à distribuição etária, entre 0 e 6 dias, 7 a 27 dias e 28 a 364 dias foram catalogados, respectivamente, 1.027, 844 e 1.047 óbitos. Quanto à duração da gestação, 644 foram pré-termo, 1.132 a termo e 173 pós-termo, havendo 971 casos ignorados. Houve registro de quantidades semelhantes em ambos os sexos, contando com valor discretamente maior no sexo feminino (53%). Referente à mãe, 1.442 (49%) possuíam entre 20 e 39 anos e 1.312 (45%) contavam com nenhum ou até 11 anos de estudo.</p> <p>CONCLUSÕES: Foi notificado no país um total de 2.920 óbitos, que perfizeram uma média anual de 175 registros no primeiro decênio e 89 na segunda década analisada. Nessa seara, 1.006 ocorreram na região Sudeste, 977 no Nordeste, 436 no Sul, 258 no Norte e 243 no Centro-Oeste. Em relação à distribuição etária, entre 0 e 6 dias, 7 a 27 dias e 28 a 364 dias foram catalogados, respectivamente, 1.027, 844 e 1.047 óbitos. Quanto à duração da gestação, 644 foram pré-termo, 1.132 a termo e 173 pós-termo, havendo 971 casos ignorados. Houve registro de quantidades semelhantes em ambos os sexos, contando com valor discretamente maior no sexo feminino (53%). Referente à mãe, 1.442 (49%) possuíam entre 20 e 39 anos e 1.312 (45%) contavam com nenhum ou até 11 anos de estudo.</p>

<p style="text-align: center;">PO 536-2</p> <p>HERNIA INGUINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM ACERCA DA MORBIMORTALIDADE NACIONAL</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Fernanda Melo Oliveira, João Pedro Matos Santana, Marcos Reis Gonçalves, Franciele Avelly de Sá Maciel Ferreira, Monikele Emilie Almeida, Lais Albuquerque Pinto, Maria Eduarda Freitas Melo</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico da hérnia inguinal em crianças e adolescentes com o fito de delinear um panorama nacional referente ao agravo em análise.</p> <p>MÉTODO: Consiste em um estudo transversal, descritivo e retrospectivo a partir da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) entre 2008 e 2018. As variáveis pesquisadas foram: internações, óbitos, caráter do atendimento, sexo e faixa etária.</p> <p>RESULTADOS: Foram notificados no país 365.606 internações e 119 óbitos entre crianças e adolescentes no período em estudo. Nessa esfera, coadunando-se o número de hospitalizações e casos fatais, foram registradas 137.155 notificações no Sudeste, 116.023 no Nordeste, 52.533 no Sul, 33.078 no Norte e 26.936 no Centro-Oeste. Em relação ao atendimento, 293.064 internações (80,2%) tiveram caráter eletivo e 72.524 (19,8%) foram catalogadas como urgências. Ademais, houve maior prevalência no sexo masculino, contemplando um total de 276.483 internações (75,6%) e 104 óbitos (87,4%). Levando-se em consideração a faixa etária, entre menores de 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos foram registrados, respectivamente, 57.339, 132.234, 102.257, 39.229 e 34.547 internações. Nessa mesma sequência de intervalos etários, foram notificados 109, 6, 1, nenhum e 3 óbitos</p> <p>CONCLUSÕES: As hérnias inguinais são afecções extremamente frequentes nos serviços de cirurgia geral, representando uma das principais causas de cirurgia na infância. Nesta faixa etária apresentam-se como hérnias indiretas por persistência do processo peritônio-vaginal, esse defeito congênito é mais comum em homens, explicando a disparidade de incidência em comparação às mulheres. Sua importância se deve a alta incidência, risco de complicações e recidiva após cirurgia de correção. Possui um alto número de admissões hospitalares visto que o tratamento realizado, habitualmente, é cirúrgico para todos os casos. Todavia, a decisão quanto ao momento cirúrgico adequado e o tipo de cirurgia a se realizar dependem, basicamente, se a hérnia é redutível, encarcerada ou estrangulada. Acerca das complicações, vale ressaltar o risco de encarceramento e obstrução intestinal os quais são responsáveis pelo caráter de urgência da patologia.</p>	<p style="text-align: center;">PO 538-2</p> <p>FATORES DE RISCO PARA GANGRENA INTESTINAL EM CRIANÇAS COM VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO: REVISÃO DE LITERATURA E DO TRABALHO PUBLICADO PELO DR YU-PI LIN</p> <p>Thais Oliveira Dupin, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José da Cunha, Thales Alves de Souza, Tuian Santiago Cerqueira, Wilson Santana Silva Júnior</p> <p><i>Universidade Federal de São João Del-Rey - Divinópolis - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado por Lin, Yu-Pi. et al, na Revista de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica, em 2011 e já com 8 citações dada a relevância do tema. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, trouxemos ao Congresso para discussão/debate do assunto. Objetivo: O vólvo de intestino delgado pediátrico (IDP) é uma emergência cirúrgica, e o diagnóstico precoce é difícil. Analisamos as manifestações clínicas, achados de imagem e parâmetros laboratoriais em crianças com IDP e tentamos determinar os fatores de risco para a gangrena intestinal.</p> <p>MÉTODO: Quarenta e nove crianças (35 meninos e 14 meninas) com IDP que foram admitidos no Hospital por um período de 13 anos foram cadastrados. Os parâmetros clínicos e laboratoriais e medidas de avaliação incluíram febre, dor abdominal, vômitos, fezes com sangue, sinais peritoneais, desidratação grave, duração da doença, contagem de leucócitos, glicemia, proteína C-reativa (PCR), sódio, potássio, acidez metabólica, sangue azoto ureico e creatinina. Esses parâmetros foram comparados estatisticamente entre pacientes com e sem gangrena intestinal.</p> <p>RESULTADOS: Trinta e seis pacientes (73,5%) tinham 5 anos ou menos e quase a metade tinha menos de um ano de idade. Dor abdominal e vômito foram dois sintomas principais. A má-rotação foi a causa mais comum de IDP. Na análise univariada, vômitos não-biliosos, sinais peritoneais, desidratação grave, leucocitose (contagem de leucócitos > 18.000 células / mm³), PCR elevada (> 50 mg / dL) e hiponatremia (<130 mmol / L) foram significativamente associados à gangrena intestinal (P <0,05). Na análise multivariada, vômitos nonbilious, leucocitose, e PCR elevada eram significativamente (P<0,05) associada à gangrena intestinal. A taxa de ressecção de gangrena intestinal foi de 44,9%, e nenhuma mortalidade foi encontrada. Sete (14,3%) pacientes tiveram complicações pós-operatórias, incluindo síndrome do intestino curto (n = 2), íleo de adesão (n = 3) e abscesso intra-abdominal (n = 3).</p> <p>CONCLUSÕES: Manifestações clínicas específicas e parâmetros laboratoriais são úteis na identificação de gangrena intestinal em crianças com IDP.</p>
<p style="text-align: center;">PO 541-2</p> <p>EVOLUÇÃO DE ESCALAS PROGNÓSTICAS DE PORTADORES DE ATRESIA ESOFÁGICA A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE WATERSTON (1952)</p> <p>Pedro Hidekatsu Melo Esaki, Leandra dos Reis Nunes, Letícia dos Reis Nunes, João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira, Vicente Gomes Moreira Neto, Karen Juliana Neres Padilha, Júlio Cesar Lacerda Garcez, Acimar Gonçalves Júnior da Cunha</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Busca-se explorar, na literatura, a evolução das escalas prognósticas esperadas para pacientes portadores de Atresia Esofágica, a partir do método de Classificação de Waterston (1952). De modo a evidenciar aspectos prognósticos, a salientar as vantagens e limitações impostas por esse método de classificação.</p> <p>MÉTODO: Elaboração de revisão exploratória de literatura de artigos selecionados em algumas das principais plataformas nacionais e internacionais de dados em Medicina e área correlatas, tais como PubMed, LILACS, BVS, Bireme.</p> <p>RESULTADOS: A atresia esofágica é definida como a interrupção congênita do esôfago, geralmente acompanhada de fístula traqueal. De etiologia desconhecida, tem incidência de 1:25.000 a 1:4.500 nascimentos, com discreta preferência para sexo masculino. Devido a revolução tecnológica nas técnicas cirúrgicas e de cuidados intensivos neonatais, observou-se a transformação de uma condição antes considerada como potencialmente fatal para uma sobrevivência esperada em torno de 95%. O suporte ventilatório adequado juntamente com o cuidado nutricional contribuiu consideravelmente no cuidado e atenção aos RNs portadores de Atresia de Esôfago. Waterston (1952) foi um dos pioneiros na elaboração de escalas prognósticas para atresias esofágicas, bem como seu estudo para a indicação com orientação de condutas adequadas, conforme a gravidade do RN e o risco cirúrgico da operação indicada. Os principais fatores considerados na classificação de risco envolvem as condições gerais (peso, verificação de pneumonias e outras malformações associadas). Entretanto, vale ressaltar que as escalas elaboradas por Waterston são anteriores aos grandes marcos de desenvolvimento de cuidados intensivos neonatais, sua principal limitação é não estar atualizada a esses avanços da medicina que revolucionaram o manejo das atresias esofágicas. Comparando-se os resultados e taxa de sobrevivência cunhados por Waterston em 1952 àqueles elaborados por Spitz (1994), é possível observar prognósticos e taxas de sobrevivência com resultados consideravelmente melhores. A classificação de Spitz (1994) tem como parâmetros também o peso e presença de outras máis formações, difere da escala de Waterston, que colocava a pneumonia como um dos fatores prognósticos envolvidos.</p> <p>CONCLUSÕES: A atresia esofágica foi causa no passado de importante mortalidade entre os RNs. Waterston (1952) teve grande contribuição ao elaborar sua escala prognóstica e auxiliar consideravelmente os cirurgiões pediátricos da época a decisões e indicações cirúrgicas. Entretanto, após 1952, houve um salto tecnológico nos cuidados intensivos RNs, permitindo redução abrupta da mortalidade desses pacientes. Desse modo, a escala de risco de Waterston (1952) passou a ser defasada e não servir como fator prognóstico adequado. A escala de Spitz (1994) guarda semelhanças com a escala de Waterston e já traz as expectativas prognósticas mais recentes, com taxas de sobrevivência mais promissoras.</p>	<p style="text-align: center;">PO 542-3</p> <p>PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA COM CANCER DE CANAL ANAL</p> <p>NAYARA PONTES DE ARAÚJO, RAÍSSA PEREIRA DE TOMASSO, BRUNO DOURADO KOVACS MACHADO COSTA, CAROLINE MOURA ULIANA, RODRIGO CUSTÓDIO RODRIGUES DE AGUIAR, NATÁLIA GUEDES ALVES, MARCELO HENRIQUE PEREIRA SOARES, HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - BELEM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o perfil clínico dos pacientes portadores de neoplasia do canal anal em um hospital de referência do Estado do Pará.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal, observacional e descritivo, realizado através da análise de prontuários, sendo incluídos no trabalho pacientes com mais de 18 anos, registrado com CID-10 C21 a C21.9, totalizando 66 prontuários.</p> <p>RESULTADOS: O tipo histológico epidermóide foi o mais comumente encontrado na pesquisa, com 81,81% dos casos, seguido de adenocarcinoma (7,58%). Quanto ao estadiamento, em 34% dos prontuários não foi observado registro desse dado. Baseado no estadiamento TNM, a maioria dos pacientes avaliados (27,27%) encontravam-se em estadiamento T3, seguidos de estadiamento T2 (18,18%), T4 (15,15%), T1 (1,52%), Tx (3,03%). O N0 foi o mais observado, com 19 (28,79%) casos, seguido do N1 que apresentou 09 (13,64%) casos, N2 foi observado em 07 (10,61%) pacientes, N3 em 03 (4,55%) pacientes e Nx em 05 (7,58%). Em relação a Metástase, a maioria dos pacientes foram diagnosticados com Mx, 21 (31,82%), 18(27,27%) como M0 e apenas 05 (7,58%) como M1. O tratamento mais oferecido nos casos analisados foi a combinação da radioterapia com a quimioterapia e a cirurgia, com 28 (43,43%) casos encontrados no estudo. Em seguida a radioterapia com a quimioterapia, 22 (33,33%). O menos oferecido para os pacientes foi a Radioterapia com a Cirurgia com apenas 01 (1,52%) caso.</p> <p>CONCLUSÕES: Compreendendo como principal tipo histológico, o carcinoma epidermóide, com maior ocorrência de tumor primário T3, metástase linfodonal N0 e metástase a distância Mx. Submetidos principalmente ao tratamento associado entre radioterapia, quimioterapia e cirurgia.</p>

<p style="text-align: center;">PO 543-2</p> <p>EMBRIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO DA ATRESIA JEJUNO-ILEAL DO TIPO "APPLE PEEL"</p> <p>Júlio Cesar Lacerda Garcez, Natália Rodrigues do Nascimento, Karen Juliana Neres Padilha, Leandra dos Reis Nunes, Luiz Felipe Gontijo Ribeiro Caetano, João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira, Pedro Hidekatsu Melo Esaki, Acimar Gonçalves da Cunha Júnior</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetiva-se compreender as alterações ocorridas no período embrionário responsáveis por desencadear a atresia jejuno-ileal do tipo IIIb de Grosfeld et al (1993). Busca-se verificar os mecanismos fisiopatológicos da alteração embrionária e como esse conhecimento pode auxiliar nas condutas desses casos na prática clínica e cirúrgica.</p> <p>MÉTODO: Revisão exploratória da literatura de artigos selecionados em algumas das plataformas nacionais e internacionais de dados em Medicina e áreas correlatas, tais como PubMed, LILACS, BVS, Bireme. Critérios de inclusão e exclusão adotados por conveniência.</p> <p>RESULTADOS: A compreensão acerca do desenvolvimento embriológico e suas influências nas desordens são fundamentais para adoção de melhores condutas e cuidado prestados aos casos de malformações congênitas. Nesse quesito, as atresias intestinais cursam como umas das principais patologias obstrutivas do recém-nascido; têm como apresentação clínica vômitos biliosos, de modo que a maior parte dessas atresias tende a se situar distal à papila. Presença de vômitos biliosos auxilia consideravelmente na suspeição e definição diagnóstica. As atresias intestinais são malformações decorrentes de defeitos na recanalização do estágio sólido do tubo intestinal ou de acidentes vasculares de interrupção do fluxo sanguíneo para as alças no estágio de formação entre a 9ª e 11ª semana de gestação. A variante "apple peel" (também conhecida como "Intestino em Casca de Maçã") representa 5% das causas de obstruções intestinais e é provocada por um distúrbio autossômico recessivo. Na classificação de Grosfeld et al (1993), a variante IIIb tem sido descrita e cunhada como "apple peel". A teoria mais aceita descreve que no estágio de desenvolvimento ocorre um acidente vascular intrauterino no comprometimento de ramos da artéria mesentérica superior. Com esse fenômeno, acontece prejuízo da irrigação do duodeno distal, jejuno e íleo proximal. De modo que essas regiões a montante têm falha do desenvolvimento, mais suscetíveis a ocorrência de má formações. A relação ao termo "apple peel" remonta a configuração embriológica a partir do momento de oclusão do delgado com formação intestinal em espiral em torno de ramos da mesentérica superior em semelhança e lembrança a uma "casca de maçã".</p> <p>CONCLUSÕES: Devido a essa configuração, o reparo da variante "apple peel" é complexo e requer grande entendimento das alterações anatômicas e embriológicas das alterações, já que a conformação e gravidade das alterações remontam aos defeitos ocorridos nos períodos embrionários. Quanto mais alterações no período embrionário supracitado, maiores serão as variações anatômicas. Sabe-se que as alterações no período embriológico são complexas, entretanto duas merecem destaque: falência na recanalização do tubo digestivo e insuficiência no suprimento vascular, culminando no desenvolvimento irregular de determinados segmentos intestinais e o "espiralamento" em torno dos ramos da mesentérica superior. Essas alterações conferem o aspecto de "apple peel".</p>	<p style="text-align: center;">PO 544-2</p> <p>CORRELAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK COM HIPOPLASIA PULMONAR NO PERÍODO FETAL</p> <p>Júlio Cesar Lacerda Garcez, Leticia dos Reis Nunes, João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira, Natália Rodrigues do Nascimento, Karen Juliana Neres Padilha, Luiz Felipe Gontijo Ribeiro Caetano, Pedro Hidekatsu Melo Esaki, Acimar Gonçalves da Cunha Júnior</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Busca-se evidenciar a influência e correlação entre os eventos de hipoplasia pulmonar e desenvolvimento de Hérnia Diafragmática de Bochdalek, demonstrando se associação está presente e quais as explicações fisiopatológicas relacionadas.</p> <p>MÉTODO: Elaboração de revisão exploratória de literatura de artigos selecionados em algumas das principais plataformas nacionais e internacionais de dados em Medicina e área correlatas, tais como PubMed, LILACS, BVS, Bireme.</p> <p>RESULTADOS: A incidência das Hérnias Diafragmáticas Congênitas (HDC) tem incidência estimada entre 1:25.000, casos, representado 8% das anomalias congênitas. Dentre as HDC, é denominada como HDC de Bochdalek aquelas geradas por defeitos diafragmáticos, póstero-laterais à direita e ou à esquerda. HDC de Bochdalek representam cerca de 80% das HDC, sendo 80% localizadas no lado esquerdo; já que na embriologia o fechamento do lado esquerdo acontece após o fechamento do lado direito. A formação embriológica do diafragma depende do septo transverso, mesentérico do esôfago, membranas pleuroparietais e musculatura da parede do corpo. Entre a 6ª e 8ª semana, ocorre a fusão das membranas pleuroperitoneais. Nos casos de HDC, acontece erro de sinalização celular, gerando não fechamento dos canais pericárdio-peritoneais, gerando a ectopia de órgãos da cavidade abdominal para a cavidade torácica. Durante esse desenvolvimento, a herniação visceral desses órgãos atua como efeito de massas e comprometem o desenvolvimento adequado do pulmão. Há de se ressaltar que a compressão pode gerar hipoplasia pulmonar bilateral, já que acontece desvio do mediastino e compressão contralateral. Também acontece aumento da resistência vascular pulmonar, gerando a hipertensão pulmonar, sendo uma das principais causas de mortalidade perinatal nessa patologia. A hipoplasia pulmonar produz atrofia do pulmão com redução da contagem de alvéolos, redução da capacidade e volume alveolar, redução da capacidade de trocas gasosas, espessamento de septos alveolares, alterações vasculares, aumento de espessura de camada média de arteríolas. A associação de HDC de Bochdalek juntamente com a hipoplasia pulmonar representaram um grande desafio na cirurgia pediátrica, com alta mortalidade perinatal e difícil manejo. Após a descoberta dessa associação e seus mecanismos fisiopatológicos, tem-se observado considerável redução na mortalidade desses RNs, o suporte ventilatório adequado e bem realizado é a principal medida terapêutica para esses pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: A hipoplasia pulmonar é altamente associada a HDC de Bochdalek. Não está claro a relação de causa e consequência entre os fenômenos. É necessário ao cirurgião pediátrico compreender que a hipoplasia pulmonar na HDC é causa considerável de mortalidade e carece de suporte ventilatório adequado, bem como manejar a Hipertensão pulmonar relacionada a hipoplasia. As complicações do binômio hipoplasia pulmonar e Hérnia de Bochdalek devem ser manejadas para se reduzir a mortalidades desses pacientes.</p>
<p style="text-align: center;">PO 545-1</p> <p>O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER GÁSTRICO COM O USO DE INIBIDORES DE BOMBA DE PRÓTONS E OS NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS PÉPTICAS</p> <p>Helder Marques Lima Marques, Adauto Lucio Paes Landim de Oliveira Filho Paes, João vitor Rosado Chaves Chaves, Luan Kelves Miranda de Souza Miranda</p> <p><i>IESVAP - Parnaíba - Piauí - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os riscos de desenvolvimento de câncer gástrico com o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs), bem como apresentar novos alvos farmacológicos no tratamento de úlceras pépticas visando uma redução dos efeitos adversos que são causados com o uso crônico de IBPs.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática. Realizada busca nas bases de dados Medline, Lillacs e Scielo e utilizando os termos "úlcera", "omeprazol", "câncer gástrico" e "efeitos colaterais dos IBPs". Os artigos revisados foram somente os que estavam inclusos nas plataformas citadas ou tese de doutorado, indexados no período entre primeiro de janeiro de 1997 e 31 de dezembro de 2017. Os demais artigos que não se enquadravam nesses critérios foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: Estudos mostraram que, em animais submetidos à terapêutica com IBP em baixas doses, não há evidência de desenvolvimento de carcinoma e tumores neuroendócrinos gástricos, mesmo em animais infectados por <i>Helicobacter pylori</i>. Esse fato sugere que o uso de IBP é clinicamente seguro. No entanto, em doses elevadas, este medicamento induz hipergastrinemia secundária à hipocloridria medicamentosa.</p> <p>O uso dos Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) leva a uma cicatrização e regeneração celular. No entanto, a proliferação celular continuada parece ser um evento crítico para a promoção do tumor. Assim, substâncias e circunstâncias que estimulam a proliferação celular, causadas por lesões continuadas ou outros mecanismos, podem funcionar, em princípio, como promotoras. Vale ressaltar também que esta classe de fármacos diminui a absorção de vitamina B12 ao reduzirem a acidez gástrica. Esta ação se deve a uma alteração no ciclo do pepsinogênio, o qual necessita de certa acidez gástrica para ser transformado em pepsina retirando, assim, a vitamina B12 contida nos alimentos ingeridos. Dessa forma, o presente estudo busca mostrar o risco de desenvolvimento de um câncer gástrico devido ao uso de alguns agentes químicos, em que podemos citar os IBPs, visto que esses são os mais utilizados no tratamento da patologia. Por isso, a importância de apresentar as novas alternativas farmacológicas no tratamento de úlceras gástricas.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, tem-se buscado novos alvos farmacológicos, na tentativa de reduzir os efeitos colaterais e obter uma melhor eficácia na resolução do problema. Dentre esses, podemos citar os produtos naturais sendo utilizados como possíveis fitoterápicos, como é o caso da <i>T. avellanae</i>, mais conhecido como ipê-roxo, que através de seu extrato metanólico exibiu potente atividade contra a bactéria <i>H. pylori</i>. Ademais existem também medicamentos sintéticos, como o Aceturato de Diminazeno (DIME), agindo na via da enzima conversora de angiotensina II (ECAII), pela elevação dos níveis de Ang (1-7), que já demonstrara atuar de forma eficaz no Trato Gastrointestinal (TGI)</p>	<p style="text-align: center;">PO 546-2</p> <p>PERFIL HOSPITALAR BRASILEIRO DE INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR HIROCELE E ESPERMATOCELE NO PERÍODO DE 2008 A 2017</p> <p>José Donato de Sousa Netto, Isabela Veloso Santiago de Oliveira, Lucas Caetano Melo, Marcela Regina Carvalho, Beatriz Canovas Feijó Oliveira, Amanda Gogola Ferreira, Mariana Mendes Pacheco de Freitas</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil de morbidade hospitalar das internações pediátricas nos últimos dez anos por hidrocele (acúmulo de fluidos entre as camadas da túnica vaginal) e espermatocoele (retenção de líquido nos ductos que transportam os espermatozoides).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, em série temporal, a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS). Foram coletados de morbidade relativos à internação e à mortalidade de crianças por hidrocele e espermatocoele, representadas pelo CID-10 N43, de pacientes do sexo masculino com idade até 19 anos no período compreendido entre 2008 a 2017 no Brasil. Variáveis analisadas: número de internações, valores total e médio por internação, número de óbitos e taxa de mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: No período compreendido entre 2008 e 2017, foram registradas 105.759 internações por hidrocele e espermatocoele, sendo as pediátricas correspondentes a 20,26%. As internações pediátricas totais por doenças do aparelho genitourinário masculino foram 714.532, o que corresponde a 2,6% de todas as internações hospitalares na pediatria. No ano de 2008, foram registradas 2.437 internações e, no ano de 2017, 2.118, o que representa uma redução média de 13,08% no período. A faixa etária de 1 a 4 anos correspondeu a 35,4% das internações ao longo dos dez anos em questão, sendo predominante entre as demais faixas etárias. O gasto total com as internações pediátricas decorrentes de hidrocele e espermatocoele, no ano de 2008, foi de R\$ 581.864,16 e no ano de 2017 foi de R\$ 826.718,36. O gasto médio por internação, ao longo dos dez anos, foi de R\$ 336,85 e a média de gastos em 2008 e 2017, respectivamente, foi de R\$ 243,06 e R\$ 598,80. A taxa de mortalidade por hidrocele e espermatocoele se aproximou de 0% no decorrer de 2008 a 2017, havendo registro de 1 óbito apenas na faixa etária menor de 1 ano ao longo dos dez anos pesquisados.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo demonstrou uma pequena redução no número de internações e pouca ou imperceptível variação na taxa de mortalidade por hidrocele e espermatocoele em crianças. É possível observar, além disso, uma tendência de crescimento no número de gastos decorrentes de internações, em contrapartida à diminuição no número de internações, o que pode sugerir um aumento no custo do tratamento.</p>

PO 547-2	PO 548-1
<p>PERFIL HOSPITALAR BRASILEIRO DE INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR FIMOSE E PARAFIMOSE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>José Donato de Sousa Netto, Isabela Veloso Santiago de Oliveira, Lucas Caetano Melo, Marcela Regino Carvalho, Beatriz Canovas Feijó Oliveira, Amanda Gogola Ferreira, Mariana Mendes Pacheco de Freitas</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil de morbidade hospitalar das internações pediátricas nos últimos dez anos por fimose (impossibilidade de retração do prepúcio para trás do sulco da glândula) e parafimose (prepúcio retraído ocasionando o estrangulamento da glândula).</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, em série temporal, a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS). Foram coletadas variáveis relativas à internação e à mortalidade de crianças por fimose e parafimose referente ao código CID-10 N47 de pacientes do sexo masculino com idade até 19 anos no período compreendido entre 2008 a 2017 no Brasil. Variáveis analisadas: número de internações, valores total e médio por internação, número de óbitos e taxa de mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: No período de 2008 a 2017, foram registradas 338.789 internações por fimose e parafimose, que corresponde a 89,69% de internações por doenças do aparelho genitourinário masculino e 1,23% de todas as internações hospitalares na pediatria. No ano de 2008, foram registradas 27.226 internações, enquanto no ano de 2017, foram registradas 39.071 internações, apresentando uma taxa média de acréscimo de 43,5% no decorrer desse período. A faixa etária de 5 a 9 anos concentrou 36% de todas as internações ao longo dos dez anos avaliados, tendo maior predomínio dentre as demais faixas etárias. O gasto total com as internações decorrentes de fimose e parafimose no ano de 2008 foi de R\$2.918.934,04 e no ano de 2017 foi de R\$10.170.041,37. O gasto médio por internação ao longo dos dez anos foi de R\$231,38, sendo R\$107,21 a média de gastos em 2008 e R\$260,30 em 2017. A taxa de mortalidade por fimose e parafimose se aproxima de 0% no decorrer de 2008 a 2017, sendo registrados 6 óbitos no total ao longo dos dez anos pesquisados.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo demonstrou aumento no número de internações e pouca ou imperceptível variação na taxa de mortalidade por fimose e parafimose em crianças. Observa-se, também, uma tendência de acréscimo no número de gastos decorrentes de internações juntamente ao acréscimo do número de pacientes internados que receberam tratamento, o que indica uma positiva utilização dos recursos disponíveis no sistema de saúde público.</p>	<p>LINFADENECTOMIA D1 VERSUS D2 NO CANCER GÁSTRICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA</p> <p>PEDRO TADEU ALVARES COSTA CAMINHA DE AZEVEDO, DANIELLA BANDIM CRUZ, MARIA DE FÁTIMA COSTA CAMINHA, RAFAEL CLARK GOMES, SUZANA LINS DA SILVA, FABIO LUNA FREIRE DA FONTE</p> <p><i>Faculdade Pernambucana de Saúde - RECIFE - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar revisão sistemática de estudos que abordem diferenças dos pacientes tratados cirurgicamente para o câncer gástrico após linfadenectomia D1 comparados aos que foram submetidos à linfadenectomia D2, devido à importância prognóstica do acometimento linfonodal e questionamento quanto aos critérios de escolha da dissecação.</p> <p>MÉTODO: No período de novembro/dezembro de 2018 utilizou-se para busca os descritores de assunto Medical Subject Headings (MeSH) do Pubmed, nos últimos cinco anos: ("Lymph Node Excision"[Mesh] AND "Stomach Neoplasms"[Mesh] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp]) AND "2013/11/10"[PDat] : "2018/11/08"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]). Identificados 125 artigos. Realizada leitura na íntegra de 15 artigos, e após critérios de inclusão (diferenças entre o procedimento cirúrgico através da linfadenectomia D1 versus linfadenectomia D2 quanto aos resultados patológicos e/ou complicações/morbidades, e/ou mortalidade, e/ou sobrevivência) cinco estudos foram selecionados.</p> <p>RESULTADOS: Os experimentos foram publicados entre 2014 e 2016, e continham no mínimo 131 pacientes e no máximo 727. Um estudo analisou os resultados patológicos e que 57% (n=100) dos pacientes do grupo D2 apresentaram linfonodos positivos comparados com 38% (n=34) do grupo D1 (P = 0,045). Quatro estudos avaliaram a morbidade e a mortalidade. Todos encontraram taxas semelhantes de morbidade entre os grupos, apesar de um estudo demonstrar média de transfusão e estadia maior em D2 (p<0,05). Quanto a mortalidade perioperatória, apenas um encontrou diferença estatística, favorecendo o grupo D2 (1,3% (n=461) vs. 4,9% (n=266), p=0004), além de maior sobrevida em 5 anos neste grupo (p=0,008). Esse estudo ainda subdividiu a doença por estágios e encontrou que D2 foi associada com a melhora da média de sobrevivência nos estágios I (p = 0,003) e III (p = 0,01). Outro artigo analisou a taxa de sobrevivência específica da doença de 5 anos, segundo a profundidade do tumor, encontrando na categoria pT1, 98% (n=133) para D1 e 83% (n=134) para D2 (p=0,015).</p> <p>CONCLUSÕES: Não houve evidência que direcionasse claramente a uniformidade da escolha quanto ao procedimento cirúrgico a ser adotado. Existe tendência em países Orientais da linfadenectomia estendida por se relacionar a maior sobrevida, melhor estadiamento e semelhante morbimortalidade operatória. Contudo, o estudo com melhor nível de evidência não indica linfadenectomia D2 de rotina. Todos estudos convergem sobre a preservação do baço e do pâncreas. A tendência mundial deve ser criteriosa, considerando as individualidades do estadiamento e do paciente e, sempre que possível, garantir a preservação visceral do baço e do pâncreas.</p>
<p>PO 550-3</p> <p>CITORREDUÇÃO E QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC) NO MANEJO DO CANCER COLORRETAL METASTÁTICO: ESTUDO DA ARTE.</p> <p>TAFAGEL MENEZES BARROS, MARIANA QUEVEDO MUNIZ DA SILVA, RENATA LEITE MANGUEIRA, GERALDO CAMILO NETO, OSWALDO BEZERRA CASCUO FILHO, MILENA MARIA GABRIELLE SILVA, FRANCISCA MARIA TAVARES DA ROCHA, LYVIA MARIA FERNANDES</p> <p><i>FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar a literatura especializada acerca do tratamento cirúrgico da metástase (Mt) peritoneal do câncer colorretal (CCR), suas indicações, resultados e impacto em sobrevida.</p> <p>MÉTODO: Realizada busca de artigos científicos nas bases de dados LILACS, pubmed, Scielo e BVS/BIREME através das palavras-chave "colorrectal cancer", "carcinomatosis", "surgery", "peritoneum", "hipec" e "metastasis". Foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos, excluindo publicações do tipo relato de caso.</p> <p>RESULTADOS: O CCR é a terceira neoplasia mais comum em incidência no mundo e 10-15% dos pacientes apresentarão metástase peritoneal no momento do diagnóstico, além 20-30% daqueles que evoluem com recorrência de doença. Em estágios avançados, pode cursar com sintomas gastrointestinais suboclusivos/oclusivos, ascite refratária e dor abdominal de difícil controle. Seu prognóstico é de 5 meses quando não tratada, podendo evoluir para em média 10 meses em pacientes submetidos a quimioterapia (Qt) paliativa. Em casos selecionados, o emprego da Cirurgia Citorredutora (CC) associada a HIPEC tem sido proposto como opção terapêutica. Quando a citorredução completa é possível, é relatado ganho em sobrevida de até 45% em 5 anos. A seleção dos pacientes candidatos a esta modalidade terapêutica deve ser criteriosa, observando: motivação do paciente, ausência de comorbidades graves, índice de carcinomatose <20, ECOG <2, até 3 Mt hepáticas periféricas ressecáveis, ausência de doença extra-abdominal, ausência de progressão de doença na vigência de quimioterapia. A morbidade e mortalidade associadas ao procedimento variam nos dados coletados, entre 12 a 64% e 0 a 12%, respectivamente. Atualmente, diferentes protocolos de HIPEC são descritos, o que pode gerar fator confusional na interpretação dos dados; todavia, predomina-se o uso de mitomicina C durante 60-90 minutos, a 41°C ou de Oxaliplatina, durante 30 minutos, a 43°C, associada a infusão concomitante de 5FU-leucovorin venosa. Metanálise recente evidencia sobrevida média de 27,9 meses em pacientes submetidos a CC+HIPEC, em detrimento a 15 meses para Qt paliativa. Em contrapartida, dados do trial PRODIGE 7 recentemente divulgados, ao comparar CC e CC+HIPEC (oxilaplatina) após randomização, evidenciaram ausência de diferença estatística na sobrevida global entre os dois grupos, confirmando, porém a superioridade da CC em detrimento a Qt paliativa (~40 meses).</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento da metástase peritoneal do CCR sofreu significativos avanços na última década, com destaque ao advento e consolidação das técnicas de citorredução cirúrgica e HIPEC. Os ganhos de sobrevida global são consensuais na literatura, com média de 40 meses, em detrimento a 10 meses no tratamento Qt paliativo. Seleção criteriosa dos casos candidatos a tratamento cirúrgico é essencial ao bom prognóstico. Estudos que avaliem o papel da HIPEC no ganho terapêutico de carcinomatose por CCR ainda são escassos na literatura.</p>	<p>PO 551-2</p> <p>AVALIAÇÃO DA REAL NECESSIDADE DO USO DE EXAMES DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA</p> <p>Maria Luiza Ibrahim Rocha Guimarães, Luiz Eduardo Luz Sant'Anna, Maria Eduarda Ibrahim Rocha Guimarães, João Marcos Ibrahim De Oliveira, Yanca Lacerda Alburquerque, Isadora Rosa Ibrahim, João Marcelo Garcez Alves</p> <p><i>Universidade Ceuma - São Luis - Maranhão - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo visa apresentar uma revisão sobre a real necessidade do uso de exames de imagem no diagnóstico da apendicite aguda na criança. Essa afecção cirúrgica é constituída como sendo a principal causa de abdome agudo cirúrgico a partir dos dois anos de idade, sendo o seu diagnóstico majoritariamente clínico, muitas vezes esses exames tornam-se desnecessários.</p> <p>MÉTODO: Revisão narrativa produzida a partir da consulta às bases de dados Medline/Pubmed, Lilacs/Scielo, e seleção de artigos publicados entre 2009 a 2019. Descritores DeCS/MeSH: ?appendicitis?; ?diagnosis? e ?child? no idioma português, inglês e espanhol com a combinação do boleano "AND". Dos 73 artigos, apenas 21 foram incluídos e 7 selecionados que respondiam a questão norteadora.</p> <p>RESULTADOS: Todos os estudos analisados destacaram que apesar de todo o progresso nas técnicas de exames de imagem e de laboratório o diagnóstico de apendicite aguda na criança continua sendo um desafio na prática da urgência pediátrica pelos sinais e sintomas muitas vezes inespecíficos. Ainda assim, o diagnóstico é principalmente clínico sendo, muitas vezes, o uso de recursos de imagem desnecessários ou mal-utilizados. Dois artigos destacaram que quando não se observa uma apresentação típica de apendicite ou quando não se pode excluir o diagnóstico clinicamente, deve-se fazer uso de exames de imagem, sendo a ultra-sonografia (USG) e a tomografia computadorizada (TC) os mais utilizados. Dessa forma, 3 artigos citaram a USG como exame de imagem de primeira escolha pela disponibilidade, baixo custo e sem radiação. Segundo Taylor (2016), caso não seja possível a visualização do apêndice na USG recomenda-se observar o paciente, realizando o exame físico seriado e repetindo a USG, o que reduz o número de crianças expostas à radiação da TC. Barahona (2009) alerta sobre o uso desnecessário da tomografia porque a radiação da TC de abdome equivale a de 250 radiografias, além de sua negatividade para apendicite aguda não descarta a suspeita diagnóstica. Em contrapartida, Seetahal (2010) afirma que o dilema dos diagnósticos negativos de apendicite é causado pelos riscos desnecessários e custos para o paciente e para a instituição.</p> <p>CONCLUSÕES: Tendo em vista os aspectos observados nos artigos analisados para essa revisão, podemos entender que o diagnóstico da apendicite aguda na criança deve ser definido precocemente para o sucesso terapêutico. Segundo a literatura, deve haver uma mudança com o manejo do paciente sobre a indicação de exames de imagem. Dessa forma, um bom exame clínico e o correto uso da ultra-sonografia é a melhor opção para o diagnóstico de apendicite aguda na criança.</p>

<p style="text-align: center;">PO 551-3</p> <p>GASTRECTOMIA D2 EM HOSPITAL SECUNDÁRIO: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA</p> <p>MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL, MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN, SAMANTHA CAVALCANTE DE BRITO, RENATHA CASTRO PAIVA, MARCELO PAULO SERAFIM GONCALVES, ALAN MOUNZER ., ANGELA GENOEFA RUDELL, JOAO VICTOR PEGAS HUAYLLAS</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE COTIA - COTIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: descrever a morbimortalidade cirúrgica dos pacientes submetidos a gastrectomia D2 por câncer gástrico no Hospital Regional de Cotia.</p> <p>MÉTODO: Método: Análise retrospectiva de pacientes com câncer gástrico internados com adenocarcinoma gástrico no HRC de Janeiro de 2018 a Dezembro de 2018 e submetidos à gastrectomia com dissecação linfonodal D2, conforme estabelecido pela Associação Japonesa de Câncer Gástrico. Os critérios de inclusão foram: remoção de linfonodos de acordo com o padrão Japonês de dissecação linfática e operação potencialmente curativa descrita em prontuários como dissecação D2 ou de mais linfonodos. Dados clínico-patológicos abrangeram sexo, idade, localização tumoral, classificação macroscópica de Borrmann, tipo de gastrectomia, taxa de mortalidade cirúrgica, tipo histológico, classificação e estadiamento TNM de acordo com as normas da UICC TNM 1997.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: foram analisados 24 pacientes, submetidos à cirurgia por adenocarcinoma gástrico, 11 foram excluídos porque a conduta foi modificada para um procedimento paliativo. Dentre os pacientes inseridos no estudo, 6 (46%) eram homens e 7 (54%) eram mulheres. A idade média era de 58 ± 12,5 anos (44 a 85). As gastrectomias totais foram realizadas em 12 casos (92%) e a técnica parcial foi indicada em apenas 1 caso (8%). Em 3 casos (24%) o tumor estava localizado no terço superior do estômago, em 5 (38%) no terço médio e em 5 (38%) no terço inferior. A distribuição pela classificação de Borrmann foi: B I – 8%; BII – 15%; BIII – 54% e BIV – 23%. Tumores foram classificados quanto a sua histologia como tipo intestinal Laurén em 5 casos (24%) intestinal difuso em 8 casos (76%). De acordo com a classificação da UICC TNM, câncer gástrico precoce (T1) foi diagnosticado em 4 casos (30%); T2 não foram identificados e T3 em 2 (15%) casos e T4 em 7 casos (55%). Ausência de envolvimento linfonodal (N0) foi identificada em 6 Casos (46%), enquanto 4 (31%) casos mostraram ser N1 (com 1-6 linfonodos acometidos) e 3 (23%) foram identificados N2 (7-15 linfonodos acometidos). O número médio de linfonodos dissecados foi de 21 ± 8 (variando de 14 a 40). O número médio de linfonodos envolvidos foi de 4,9 (0 a 37). O estadiamento clínico dos pacientes, de acordo com os critérios estabelecidos pela UICC TNM, foi Ia em 3 (23%) casos, II em 4 (30%), IIIa em 1 (8%) e IIIc em 5 (39%). A taxa geral de mortalidade pós-operatória, considerando 30 dias, foi 15% (2 pacientes); na gastrectomia total foi 17% (2 operatés) e em gastrectomia subtotal, 0%.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: o resultado desse estudo sugere que, mesmo em centros não especializados, a gastrectomia D2 é um procedimento com taxa de complicações aceitável e pode ser realizado.</p>	<p style="text-align: center;">PO 552-1</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INDIVÍDUOS ABORDADOS COM A TÉCNICA DE GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX E SUAS COMPLICAÇÕES</p> <p>VINICIUS OLIVEIRA CUNHA NOGUEIRA, HELDER MARQUES LIMA MARQUES, HELOISA MARILAK ALVES VELOSO, LUANA FERREIRA RODRIGUES, ESTEFANE COSTA SILVA LOBO, VITÓRIA SENNA BRAGA SENNA, MARCUS VINICIUS NOGUEIRA BARROS, EDVALDO PEREIRA DE MOURA PEREIRA</p> <p><i>FAHESP/IESVAP - PARNAIBA - Piauí - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender o tratamento cirúrgico de indivíduos abordados com a técnica de gastroplastia redutora com Bypass gástrico em Y de Roux relacionando e destacando suas complicações mais recorrentes.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão sistemática. Realizada busca nas bases de dados BVS, Lillacs e Scielo, nos idiomas português e inglês e utilizando os termos "obesidade", "cirurgia bariátrica", "by-pass gástrico" e "complicações". Os artigos revisados foram somente os que estavam incluídos nas plataformas citadas ou tese de doutorado, indexados no período entre os anos de 2002 e 2018. Os demais artigos que não se enquadravam nesses critérios foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: A técnica mais utilizada atualmente devemos destacar o Bypass gástrico (desvio gástrico) em Y de Roux, considerada padrão ouro entre as cirurgias bariátricas, onde o segmento intestinal varia de acordo com o IMC e o critério do cirurgião. Nesta cirurgia é realizada secção do estômago proximal, de forma a construir uma pequena câmara vertical junto à cárdia. Esta câmara gástrica de aproximadamente 10ml a 30ml de volume é anastomosada a uma alça jejunal isolada em Y de Roux cujo esvaziamento é limitado por um orifício menor que 1,5cm de diâmetro. Este tipo de procedimento é considerado mais eficiente devido ocasionar perdas ponderais em longo prazo com médias de 60 a 80% do excesso de peso, e ainda dificilmente apresentar falhas. A mortalidade do desvio gástrico com Y de Roux varia entre 0,5% e 1,5% e as complicações do pós-operatório são de aproximadamente 10%. Contudo, é fundamental destacar as diversas complicações que essa gastroplastia venha a desencadear. As principais complicações relacionadas compreendem na maior parte fistulas, hemorragias pós-operatórias, estenose de anastomose, infecção de sítio e distúrbios nutricionais. Logo, tal tratamento requer uma boa aplicação da técnica e uma associação multidisciplinar, assim podendo amenizar as complicações decorrente dessa gastroplastia. Portanto, destacando o fato que o procedimento requer de um cuidado pré e pós-cirúrgico associado a uma compreensão das recomendações e restrições que o paciente venha a ter antes e depois da cirurgia.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia bariátrica, em especial o Bypass gástrico em Y de Roux, é uma excelente técnica de tratamento para perda e manutenção do peso, logo melhorando os níveis pressóricos e as comorbidades que o paciente venha a ter, como hipertensão, diabetes e outros. Logo, é válido entender e enfatizar os riscos que esse tratamento venha a desenvolver, apesar da incidência ser relativamente pequena. Portanto, destacar a relevância de uma cirurgia em um campo cirúrgico adequado, com administração correta da técnica, além disso o indispensável apoio multidisciplinar pré e pós-operatório, no intuito de prevenir contra possíveis complicações.</p>
<p style="text-align: center;">PO 556-3</p> <p>PERFIL NUTRICIONAL, AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR PAULISTA</p> <p>Marcela Bernal Fagiani, Leticia Kazama Tsujigushi, Monique Caldas Raimundo, Francielle Ferreira Serrano, Sílvia Coutinho Pain da Silva, Luis Henrique Alves de Lima, Gabrielle Gomes dos Santos Ribeiro, Sabrina Alves Lenquiste</p> <p><i>Universidade do Oeste Paulista - PRESIDENTE PRUDENTE - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil nutricional, hábitos alimentares e a qualidade de vida de indivíduos em uso da bolsa de colostomia. Foram entrevistados 20 indivíduos de um ambulatório de estomatoterapia em um hospital público do interior paulista.</p> <p>MÉTODO: O estudo foi realizado em caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico, questionário contendo questões relacionadas à qualidade de vida, recordatório alimentar e realização da avaliação nutricional. Após a coleta dos dados, todas as informações foram submetidas à análise estatística, por meio do Software estatístico Action Stat® (Portal Action, Campinas, Brasil). Foi realizada a análise descritiva das variáveis, com os cálculos de frequências e medidas numéricas como média, desvio padrão, coeficiente de variação e foram construídos os gráficos. Posteriormente, realizou-se a análise de correlação (teste de Pearson), a fim de verificar a existência de associação entre alguns pares de variáveis quantitativas. Também foi aplicado o teste de exato de Fisher para verificar a existência de associação entre variáveis qualitativas.</p> <p>RESULTADOS: O principal motivo para o uso da bolsa de colostomia, foi o câncer colorretal (80%), 75% dos indivíduos utilizavam a bolsa de colostomia por um período maior do que 12 meses, sendo que 85% das bolsas, eram definitivas. 50% dos indivíduos apresentaram obesidade segundo o índice de massa corpórea, 70% apresentaram eutrofia pela circunferência muscular do braço e 75% apresentaram eutrofia pela dobra cutânea tricipital. Os alimentos mais consumidos pelos pacientes e que também apresentaram maior frequência no consumo, foram arroz, feijão e pão francês, que eram consumidos de 1 a 2 vezes no dia. Além disso, com relação à qualidade de vida, os pacientes demonstraram que sua dor física os impede de realizar suas tarefas diárias e que necessitam de tratamento e informações médicas para sua vida cotidiana.</p> <p>CONCLUSÕES: O câncer colorretal é uma doença que favorece à utilização da bolsa de colostomia. Os colostomizados apresentaram eutrofia com relação as suas reservas musculares e energéticas, e o índice de massa corpórea acabou superestimando o estado nutricional. Além disso, os indivíduos têm a consciência de que as dores interferem em sua qualidade de vida, e portanto, necessitam de tratamento e acompanhamento médico no dia a dia.</p>	<p style="text-align: center;">PO 557-2</p> <p>ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NA PARALISIA DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÊGO, Thomas Di Nardi Medeiros, Wagner Gomes da Nóbrega Silva, Antonio Bezerra Wanderley Neto, Arthur Almeida Marinho, Maria Luiza de Holanda Balbino, Marcielly Manaia de Paula Gomes</p> <p><i>UFRRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Paralisia diafragmática unilateral é uma condição que pode levar à disfunção respiratória e, em casos extremos, morte. Apresenta etiologia semelhante à paralisia de envolvimento bilateral, e em muitos casos é idiopática. Por conseguinte, têm índice considerável de não diagnóstico. Possui vasta gama de manifestações clínicas, variando de quadros assintomáticos a episódios com insuficiência respiratória. O presente artigo faz uma revisão bibliográfica sobre as principais características da paralisia diafragmática unilateral (PDU), evidenciando os dados mais relevantes no que diz respeito à definição, etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento mais eficazes dessa enfermidade, com o objetivo de sistematizar o conhecimento acerca desta enfermidade. Sabendo da variabilidade da apresentação da PDU e do alto grau de suspeição clínica para o diagnóstico precoce, o presente trabalho visou reunir os estudos mais importantes e atuais sobre o tema.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo constituiu-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, UpToDate, SCIELO e MEDLINE, utilizando os descritores paralysis, diaphragmatic paralysis, sendo avaliados estudos de coorte, revisão de literatura e relatos de caso. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2008 e 2015, que retrataram a paralisia diafragmática unilateral. Durante a pesquisa inicial, foram selecionados 139 artigos, que foram avaliados pelos autores de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês ou espanhol, que apresentassem as palavras-chaves no título ou no resumo, publicados entre o ano 2008 e 2015. Após a seleção inicial, todos os resumos foram lidos e aqueles que não cobriam o tema proposto, ou que estavam repetidos, foram excluídos. O material final contou com 90 artigos.</p> <p>RESULTADOS: Nenhum estudo é completamente diagnóstico para PDU, de modo que um alto grau de suspeição é sempre necessário. A necessidade de mais exames varia de acordo com a situação clínica. Na maioria das vezes, a descoberta é ao acaso, a partir de uma radiografia de tórax.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar da maioria dos pacientes ser assintomática ou oligossintomática, bem como, cursar com um prognóstico excelente sem necessidade de tratamento, um seleto grupo de doentes apresenta a condição mais grave, necessitando de tratamento cirúrgico.</p>

PO 557-3	PO 560-3
<p>MARCADORES INFLAMATÓRIOS ENQUANTO FERRAMENTA PARA O DIAGNOSTICO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA COLORRETAL</p> <p>Renata Leite Manguieira, Mariana Quevedo Muniz da Silva, Geraldo Camilo Neto, Oswaldo Bezerra Cascudo Filho, Milena Maria Gabrielle Silva, Francisca Maria Tavares da Rocha, Thays Ayane de Albuquerque, Tafaél Menezes Barros</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as evidências a respeito do uso de marcadores inflamatórios – Proteína C Reativa (PCR) e Procalcitonina (PCT) – como ferramenta para detecção precoce de complicações pós-operatórias em cirurgia colorretal, bem como preditor de boa evolução pós-operatória.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa de caráter analítico construída a partir de artigos selecionados após busca ativa nas bases de dados LILACS, pubmed, Scielo e BVS/BIREME através das palavras-chave 'inflammatory markers', 'post-operative', 'colorectal surgery, 'intraabdominal infection', 'C-reactive protein', 'procalcitonin'. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, excluindo publicações do tipo relato de caso.</p> <p>RESULTADOS: A elevação de marcadores inflamatórios é evento esperado durante as primeiras 48 horas do pós operatório, se tratando de um espectro da REMIT fisiológica. Entretanto, a estratificação quantitativa dos níveis de tais marcadores, pode permitir a identificação precoce de pacientes que evoluirão com complicações infecciosas do sítio cirúrgico profundo. Postula-se que a elevação dos marcadores inflamatórios preceda a instalação dos sinais clínicos de infecção em até 36 horas. Resultados do estudo IMACORS evidenciaram que pacientes com infecção intra-abdominal apresentaram maiores níveis diários de PCR e PCT desde o 1º DPO. Para a detecção da infecção intra-abdominal, a PCR foi o marcador mais preciso a partir do 2º DPO, obtendo a maior sensibilidade/especificidade no 4º DPO, quando valor superior a 125 mg/dL; em 30 pacientes assintomáticos submetidos a TC de abdômen por apresentar PCR > 125 mg/dL no 4º DPO, 56% apresentaram achados positivos para infecção abdominal. A procalcitonina mostrou valores de distribuição dispersa, com baixa acurácia diagnóstica para complicações infecciosas. Estudo produzido pela Universidade de Medicina de Lodz, endossam que a dosagem da PCR no PO até o 4º PO permitiu o diagnóstico precoce de infecção intra-abdominal e antecipou a indicação de reintervenção cirúrgica; porém não diminuiu as taxas de reoperação, mortalidade pós-operatória e tempo de permanência hospitalar.</p> <p>CONCLUSÕES: Marcadores inflamatórios podem ser uma arma útil no seguimento PO de cirurgias colorretais, permitindo identificação precoce de complicações e antecipando a decisão por reintervenção cirúrgica. A PCR é o marcador mais preciso para diagnóstico precoce de infecção intra-abdominal, com pico de acurácia no 4 dia PO. Valores elevados no 2 dia após a cirurgia não são precisos, pois podem estar associados a REMIT fisiológica do pós operatório. Outros marcadores inflamatórios foram avaliados mas não demonstraram superioridade em relação a PCR dentre as publicações avaliadas.</p>	<p>PREPARO DO COLON EM CIRURGIAS COLORRETAIS: UMA REVISAO SISTEMATICA DE LITERATURA</p> <p>HEITOR PAULO BORGES, GABRIELA MENDES BARCELOS, CARLOS EDUARDO SODERO</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE UBERABA - UBERABA - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é apontar dados recentes a respeito do suposto benefício descrito na literatura sobre o preparo do cólon no pré-operatório de cirurgias colorretais.</p> <p>MÉTODO: Estudo de revisão sistemática qualitativa. Para a realização do presente estudo, foi realizada uma busca nas fontes Pubmed, Scielo e Google search, com as palavras chave "preparo do cólon", "cirurgia" e "colorretal", no período de 01 a 05 de fevereiro de 2019. Foi realizada a leitura do resumo de 12 artigos, sendo selecionados 6 para leitura na íntegra e obtenção de dados, utilizando como critério de inclusão comparações e dados a respeito do preparo do cólon previamente aos procedimentos colorretais.</p> <p>RESULTADOS: Um estudo comparou um grupo com preparo e um sem preparo, constando que o número de complicações e o tempo de internação foi menor (em média 4,5 dias) no grupo com preparo. Outro estudo comparou placebo com manitol no pré-operatório, evidenciando dois casos de peritonite localizada (6,5%) e um caso de infecção de ferida operatória (3,3%) no grupo experimental, dois casos de infecção de ferida operatória (6,6%) e um paciente apresentou abscesso localizado (3,3%). O mesmo estudo evidenciou complicações infecciosas com o mesmo número de casos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles. Outro estudo teve uma amostra de 126 pacientes sem preparo de cólon, evidenciando complicações em 14,28% dos casos, sendo oito (6,34%) com infecção de ferida operatória, seis (4,76%) com deiscência de anastomose e quatro (3,17%) fistulas, concluindo que o preparo dos cólons não é fundamental na rotina pré-operatória devido as baixas taxas de complicações. Outro estudo comparou preparo com iodo-povidine a 5% com soro fisiológico isolado. No primeiro grupo, não houve mortalidade operatória nem casos de deiscência da sutura anastomótica, e complicações infecciosas foram constatadas em dois casos, concluindo que o método é seguro e tem benefício em oferecer um intestino limpo e adequado para a cirurgia colorretal. Um estudo comparou polietilenoglicol (PEG) e fosfato de sódio (FS) no preparo do cólon, evidenciando que as duas soluções foram equivalentes no que se refere à limpeza do cólon e à ocorrência de complicações pós-operatórias. No entanto, o FS foi melhor tolerado.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, é possível concluir que os dados a respeito do preparo do cólon são divergentes. Porém, a maioria dos autores evidenciam o benefício do preparo pré-operatório, com dados que reforçam a menor taxa de complicações e a segurança do método. Com os dados obtidos, é evidente a necessidade de estudos clínicos randomizados a fim de estabelecer uma prática cirúrgica segura e com a menor taxa de complicações possíveis nas cirurgias colorretais.</p>
<p>PO 561-2</p> <p>ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS DE LOBECTOMIA PULMONAR NAS REGIOES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de lobectomia pulmonar realizados no Brasil durante 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de lobectomia e lobectomia pulmonar em oncologia, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: Estima-se que 1,6 milhão de mortes por ano se devem ao câncer. No Brasil representa a segunda causa de morte, sendo o de pulmão a principal causa. A intervenção cirúrgica se mostra como a modalidade terapêutica relacionada à maior sobrevida dos pacientes estadiados corretamente, sendo a lobectomia, uma modalidade frequentemente realizada, chegando a 80% dos casos em alguns estudos. A literatura, entretanto, apresenta uma carência de dados acerca da epidemiologia. No período analisado, foram observadas 13.534 internações para fins de lobectomia pulmonar, representando um gasto total de R\$ 53.879.698,53, sendo 2010 o ano com maior número de internações (1665), responsável, assim, pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 5.681.709,49). Do total de procedimentos, 8.176 foram realizados em caráter eletivo e 5.337 em caráter de urgência, tendo sido 11.487 considerados de alta complexidade e 2.047 de média complexidade. A taxa de mortalidade total nos dez anos estudados foi de 4,28, correspondendo a 579 óbitos, tendo sido 2018 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 5,46, enquanto o ano de 2012 apresentou a menor taxa, 3,32. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 3,30 em comparação a 5,64 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 10,7. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 6.362 internações, seguida da região Sul, com 3.728, Nordeste com 2.052, Centro-Oeste com 818 e, por último, a região Norte com 574 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 3.872. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 296, e a região Norte com o menor número, vinte. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade (4,65), seguida pela região Centro-Oeste (4,40). Já a região Nordeste, apresentou a menor taxa, com valor de 3,41.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar o grande número de procedimentos realizados no período e seu impacto financeiro. É válido salientar a importância do correto estadiamento da patologia que leva ao procedimento, tendo em vista que o acompanhamento permite a abordagem em caráter eletivo, que se mostrou com menor taxa de mortalidade em comparação com a urgência. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>	<p>PO 562-1</p> <p>NEOPLASIA DE ESTOMAGO: LETALIDADE E PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE OBITOS NO BRASIL ENTRE 2011 E 2016.</p> <p>Tainara Santos Gomes, Katharina Andrade de Oliveira, Vitória Rodriguez de Pamela Barroso Aguiar</p> <p><i>UFBA - salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esta pesquisa tem como principal objetivo identificar e analisar o atual quadro epidemiológico da neoplasia de estômago no Brasil no período de 2011 a 2016. A neoplasia de estômago aparece entre as 5 primeiras causas de mortalidade conforme a localização primária do tumor no Brasil nos últimos 5 anos, o que motiva o levantamento de dados para apresentar o perfil epidemiológico dessa neoplasia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal de caráter epidemiológico descritivo por meio de coleta de dados virtuais disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade e de Internações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET-DATASUS) no Brasil no período de 2011 a maio de 2016. Foram considerados como óbitos por câncer de estômago aqueles cuja causa básica havia sido codificada segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-BR-10 Q34. As variáveis foram o número de óbitos por neoplasia de estômago de acordo o sexo, faixa etária, região do país e cor/raça.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, houve um total de 84.165 óbitos por neoplasia de estômago no período de janeiro de 2011 à dezembro de 2016, desses, 35,78% (n. 30.114) mulheres e 64,21% (n. 54.047) homens. A faixa etária mais avançada apontou maior número de óbitos, de 70 a 79 anos com 26,50% (n. 22.305), de 60 a 69 anos com 25,02% (n. 21.062), de 80 anos ou mais 19,20% (n. 16.164), que somados chegam à quase 3/4 do número total de óbitos por neoplasia de estômago (70,73%). As faixas etárias de <1 à 14 anos apresentaram menores números de óbitos com apenas 0,02% (n. 20). No quesito região, a sudeste apontou o maior número de óbitos com 47,24% (n. 39.760), seguida da região nordeste com 22,28% (n. 18.754) e sul com 17,27% (n. 14.539). Analisando a partir da cor/raça, a branca teve um maior número de óbitos 65% (n. 43.687), seguida da parda com 35,85% (n. 28.946), a raça indígena foi a que menos teve registros de óbitos com 0,20% (n. 170). O número de óbitos por neoplasia de estômago em 2011 foi de 13.328, em 2012 foi de 13.711, configurando um aumento de 2,87% comparado ao ano anterior, em 2013 foi de 14.182, com aumento de 3,43%, em 2014 foram 14.028, ocorrendo redução de 1,09%, em 2015 foi de 14.265 óbitos, aumentando 1,69% com relação ao ano anterior e em 2016 foi de 14.651 óbitos aumentando 2,70%. A média do aumento do número de óbitos foi cerca de 2% ao ano, configurando um crescimento progressivo.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante dos resultados obtidos percebeu-se que o número de óbitos por neoplasia de estômago é cerca de duas vezes maior no sexo masculino em relação ao sexo feminino, estando de acordo à literatura, assim como a maioria dos óbitos ocorrerem entre a faixa etária adulta mais avançada, na região sudeste e entre a raça branca. A crescente anual no número de óbitos por neoplasia de estômago é uma preocupação que sinaliza a necessidade de articular estratégias para rastrear, diagnóstico precoce e conscientização populacional a fim de reduzir a letalidade.</p>

PO 562-2	PO 562-3
<p>ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS DE BIÓPSIA DE PLEURA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de biópsia de pleura realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de biópsia de pleura, por aspiração, agulha ou pleuroscopia, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: O procedimento de biópsia de pleura tem como finalidade a obtenção de fragmentos da pleura parietal, comumente indicada em situações de derrames pleurais exsudativos para seu diagnóstico diferencial. Permite, assim, ampliar e complementar o diagnóstico em situações como neoplasias e tuberculose. No período analisado, foram observadas 10.417 internações por ocasião de biópsia pleural, representando um gasto total de R\$ 4.743.130,48, sendo 2017 o ano com maior número de internações (1153), responsável, assim, pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 645.813,85). Do total de procedimentos, 4.247 foram realizados em caráter eletivo e 6.164 em caráter de urgência, tendo sido todos os procedimentos considerados de média complexidade. A taxa de mortalidade total nos dez anos estudados foi de 4,55, correspondendo a 474 óbitos, tendo sido 2017 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 6,42, enquanto o ano de 2011 apresentou a menor taxa, 3,14. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 2,28 em comparação a 6,12 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 6,2. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 6.539 internações, seguida da região Nordeste com 2.051, Sul com 1.255, Norte com 316 e, por último, a região Centro-Oeste com 256 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 3.113. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 304, e a região Centro-Oeste com o menor número, vinte. A região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de mortalidade (7,81), seguida pela região Norte (7,28). Já a região nordeste, apresentou a menor taxa, com valor de 3,07.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar, a partir do presente estudo, o grande número de procedimentos realizados no período e seu impacto financeiro. É válido salientar a importância da correta indicação do procedimento, por exemplo em situações de tuberculose, tendo em vista os outros métodos diagnósticos, somado ao fato da maior taxa de mortalidade na abordagem de urgência. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>	<p>NEOPLASIA DE COLON, RETO E ANUS: LETALIDADE E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS NO BRASIL E SALVADOR-BA ENTRE 2011 E 2016.</p> <p>Tainara Santos Gomes, Vitoria Rodriguez de Palmela Barroso Aguiar, Katharina Andrade de Oliveira</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esta pesquisa tem como principal objetivo identificar e analisar o atual quadro epidemiológico da neoplasia de cólon, reto e ânus no Brasil e em Salvador no período de 2011 a 2016. A motivação do estudo se dá devido à neoplasia de cólon, reto e ânus estar entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal de caráter epidemiológico descritivo por meio de coleta de dados virtuais disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade e de Internações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET-DATASUS) no Brasil e de Salvador no período de 2011 a maio de 2016. Foram considerados como óbitos por câncer de cólon, reto e ânus aqueles cuja causa básica havia sido codificada segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-BR-10 035. As variáveis foram o número de óbitos por neoplasia de cólon, reto e ânus, sexo, faixa etária, região e raça.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, houve um total de 94.769 óbitos por neoplasia de cólon, reto e ânus no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, desses, 51,37% (n. 48.689) mulheres e 47,60% (n. 46.065) homens. A faixa etária mais avançada apontou maior número de óbitos, de 70 a 79 anos com 25,07% (n. 23.754), de 60 a 69 anos com 24,25% (n. 22.981), de 80 anos ou mais 21,81% (n. 20.671), que somados chegam à quase ¼ do número de óbitos por neoplasia de cólon, reto e ânus (71,13%). As faixas etárias de <1 a 14 anos apresentaram menores números de óbitos com apenas 0,02% (n. 21). No quesito região, a sudeste apontou o maior número de óbitos com 55,97% (n. 53.038), seguida da região sul com 20,28% (n. 19.218) e nordeste com 14,53% (n. 13.766). Analisando a partir da raça, a branca aponta com maior número de óbitos 65,50% (n. 62.081), seguida da parda com 35,85% (n. 22.258). No município de São Salvador do estado da Bahia houve um total de 2.043 óbitos por neoplasia de cólon, reto e ânus, no mesmo período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016, sendo que, desses, 56,09% (n. 1.146) foram mulheres e 43,86% (n. 896) homens. A faixa etária mais avançada também apresentou o maior número de óbitos, com 66,3% (n. 1.355) entre os adultos de 60 a 80 anos e mais. Os dados a partir da raça, a parda aponta o maior número de óbitos 51,98% (n. 1.062), seguida da branca com 27,26% (n. 557).</p> <p>CONCLUSÕES: As regiões do Brasil: sudeste e sul apresentaram maior número de óbitos comparadas às outras, o que pode sugerir que nessas regiões, por serem mais desenvolvidas, possam ter maior alcance de diagnóstico. Foi possível perceber que o perfil epidemiológico de Salvador se assemelha com o do Brasil nas variáveis sexo e faixa etária, que condiz com a maioria dos estudos relacionados, em que os óbitos ocorrem mais entre mulheres e faixas etárias mais avançadas. Por fim, no quesito raça, houve uma inversão entre a escala Brasil e Salvador, no primeiro tem sua maioria entre brancos e no segundo entre pardos, o que pode sugerir que seja um reflexo da característica étnica da cidade.</p>
<p>PO 563-1</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIAS COLORRETAIS EM HOSPITAL SECUNDÁRIO: EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA</p> <p>MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL, MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN, SAMANTHA CAVALCANTE DE BRITO, RENATHA CASTRO PAIVA, JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO, JOAO VICTOR PEGAS HUAYLLAS, ANGELA GENOFEA RÜDELL, ALAN MOUNZER .</p> <p><i>HOSPITAL REGIONAL DE COTIA - COTIA - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: descrever a experiência na implantação do serviço de cirurgia oncológica em pacientes com neoplasia maligna colorretal no Hospital Regional de Cotia.</p> <p>MÉTODO: Método: análise retrospectiva de pacientes com câncer colorretal submetidos ao tratamento cirúrgico neste serviço entre Janeiro e Dezembro de 2018. Dados clínico-patológicos abrangendo sexo, idade, sintomas, localização tumoral, taxa de mortalidade cirúrgica, tipo histológico, conduta cirúrgica, estadiamento (TNM do American Joint Committee of Cancers - 2018) e seguimento ambulatorial.</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Foram operados 57 doentes com diagnóstico de câncer colorretal no período, 14 (21%) tinham idade maior ou igual a 75 anos. A idade variou de 33 a 85 anos com média de 64 anos, sendo 36 (63%) do sexo masculino e 21 (37%) do sexo feminino. O tempo entre o início dos sintomas e admissão hospitalar foi em média de 5,8 meses. Os sintomas mais comuns foram hemorragia digestiva baixa (51%), dor abdominal (46%) e alteração do hábito intestinal (33%). O reto foi a principal localização, 23 (40%) casos, sendo 6 no reto inferior, 6 no médio e 11 no superior. Das 34 (60%) lesões localizadas em cólon, 18 ocorreram no sigmóide, 4 no cólon descendente, 5 no transverso e 10 no direito. Tumores sincrônicos estiveram presentes em 2 casos, com associação de neoplasia de cólon direito e sigmóide. Foram realizadas 85 intervenções cirúrgicas, com média de 1,5 cirurgia por paciente. Cirurgia com intenção curativa foi feita em 23 (40%) casos. Ressecção com anastomose primária ocorreu em 31 (54%) e ostomia terminal em 26 (46%) casos. A cirurgia mais comum foi a retossigmoidectomia, seguida pela colectomia esquerda ampliada. Ausência de envolvimento linfonodal (n0) foi identificada em 14 casos (23%), enquanto 6 (10%) casos mostraram-se n1 (com 1-3 linfonodos acometidos) e 3 casos foram identificados n2 (>4 linfonodos acometidos). O número médio de linfonodos dissecados foi de 16,6. O número médio de linfonodos envolvidos foi de 4,9 (1 a 13). O estadiamento anatopatológico dos pacientes, de acordo com a classificação da American joint committee on cancer TNM 2018 demonstrou: 2 pacientes foram classificados como estágio 1; 12 como estágio 2; 9 como estágio 3 e 23 como estágio IV. Quanto à diferenciação celular, 41 (61%) foram moderadamente diferenciados e os indiferenciados perfizeram um total de 5 (6) %. A presença elevada de mucina foi encontrada em 4(6%) casos de adenocarcinoma. Ocorreram 8 óbitos no per operatório.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: o resultado desse estudo sugere que, mesmo em centros não especializados, o tratamento cirúrgico de câncer colorretal é um procedimento com taxa de complicações aceitável e pode ser realizado.</p>	<p>PO 563-2</p> <p>LEVANTAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE MEDIASTINOTOMIA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de mediastinotomia realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de mediastinotomia exploradora para-esternal, por via anterior, mediastinotomia extrapleural por via posterior e mediastinotomia para drenagem, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: A mediastinotomia consiste em um procedimento amplamente utilizado e permite o acesso aos linfonodos comuns de metástase, como os da janela aortopulmonar e os mediastinais anteriores, além de atuar como acesso para coração e grandes vasos. No período analisado, foram observadas 14.862 internações por ocasião de mediastinotomia, representando um gasto total de R\$ 59.943.856,81, sendo 2014 o ano com maior número de internações (1.641), porém, o ano com maior valor gasto durante o período foi 2017, com R\$ 6.599.710,26. Do total de procedimentos, 4.925 foram realizados em caráter eletivo e 9.933 em caráter de urgência e 4 por outras causas, tendo sido 2.518 procedimentos considerados de média complexidade e 12.344 de alta complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 13,81, correspondendo a um total de 2.053 óbitos, tendo sido 2008 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 17,91, enquanto o ano de 2015 apresentou a menor taxa, 11,62. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 7,76 em comparação a 16,82 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 10,8. A região brasileira com maior número de internações foi a Sul com 5.680 internações, seguida da região Sudeste com 5.641, Nordeste com 2.638, Centro-Oeste com 692 e, por último, a região Norte com 211 internações. Entre as unidades da federação, o estado do Rio Grande do Sul concentrou a maior parte das internações, contabilizando 3.303. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com 859, e a região Norte com o menor número, trinta casos. A região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade (15,23), seguida pela região Norte (14,22). Já a região Centro-Oeste, apresentou a menor taxa, com valor de 9,54.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar o grande número de procedimentos realizados no período e seu impacto financeiro. É válido salientar a importância de se atentar aos riscos de uma abordagem de urgência e aos riscos de abertura inadvertida do espaço pleural e lesões a estruturas neurovasculares, que podem ser responsáveis pelas taxas de permanência e mortalidade. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>

PO 564-2	PO 565-1
<p>ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS DE PNEUMOTOMIA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de pneumotomia realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária e retirada de corpo estranho, disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: A pneumotomia se apresenta como um importante procedimento para drenagem cavitária, mostrando-se na literatura como um recurso utilizado no tratamento de aspergilloma pulmonar e outros abscessos. Além disso, contribui para a abordagem de retirada de corpo estranho. No período analisado, foram observadas 308 internações para a realização de procedimentos de pneumotomia no Brasil, representando um gasto total de R\$ 515.735,69, sendo 2009 o ano com maior número de internações (54), e 2010 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 125.896,07). Do total de procedimentos, 64 foram realizados em caráter eletivo, 241 em caráter de urgência e 3 por outras causas, tendo sido 185 considerados de alta complexidade e 123 de média complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 5,84, correspondendo a dezoito óbitos, tendo sido 2018 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 21,43, enquanto o ano de 2011 apresentou a menor taxa, 3,45. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 3,13 em comparação a 6,64 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 10,2. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 112 internações, seguida da região Nordeste com 68, Sul com 48, Centro-Oeste com 41 e, por último, a região Norte com 39 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 45. A região com maior número de óbitos foi a Sudeste com sete casos, enquanto a região Sul apresentou o menor número, com um óbito. A região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade (10,26), seguida pela região Sudeste (6,25). Já a região Sul, apresentou a menor taxa, com valor de 2,08.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar, a partir do presente estudo, a importância da prevenção de situações que possam levar a quadros – como abscessos e presença de corpos estranhos – em que seja indicado o procedimento, visando a redução da mortalidade dos pacientes. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>	<p>PERFIL DA MORBIDADE POS-OPERATORIA RELACIONADA AS FUNDOPLICATURAS DE NISSEN REALIZADAS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2013 A 2018.</p> <p>Alexandra Mano Almeida, Delano Gurgel Silveira, Douglas Rodrigues Macedo, Gleydson Cesar Oliveira Borges, João Victor Albuquerque Araujo, Martins Almeida Moraes Junior, Virgianne Alves Ferreira, Francisco Caio Milfont Quental</p> <p><i>Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O objetivo do trabalho consiste em avaliar o percentual de pacientes submetidos à Fundoplicatura de Nissen que eventualmente persistam ou que tenham desenvolvido alguma morbidade no pós-operatório. Como motivação para o desenvolvimento do trabalho, ressaltamos a possibilidade de avaliar o perfil de morbidade após a realização de Fundoplicatura de Nissen em um hospital terciário do nordeste do Brasil.</p> <p>MÉTODO: Em estudo quali-quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo, foram avaliados pacientes submetidos a Fundoplicaturas de Nissen no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza no período de 2013 a 2018. Os dados foram colhidos através de formulários e questionários e submetidos a análise.</p> <p>RESULTADOS: Todos os pacientes apresentaram disfagia no pós-operatório, sendo persistente em 50% dos casos. Houve melhora global na qualidade de vida em todos os pacientes após a realização da Fundoplicatura de Nissen.</p> <p>CONCLUSÕES: A disfagia é uma complicação comum na Fundoplicatura de Nissen, mas não parece influir na melhora da qualidade de vida obtida com o procedimento. Mais estudos, preferencialmente prospectivos devem ser realizados.</p>
<p>PO 565-2</p> <p>ESTUDO DOS PROCEDIMENTOS DE COLOCAÇÃO DE PROTESE LARINGO-TRAQUEAL, TRAQUEAL, TRAQUEO-BRONQUICA E BRONQUICA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de colocação de próteses de vias aéreas realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de colocações de próteses laringo-traqueal, traqueal, traqueo-brônquica e brônquica por via convencional ou endoscópica disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: A estenose de vias aéreas é um quadro clínico com diversas etiologias, desde compressão extrínseca, tumores, traumas e intubação prolongada. O uso de próteses tem se mostrado uma abordagem com excelentes resultados para manter a via aérea pérvia e preservada. No período analisado, foram observadas 6.717 internações para a realização dos procedimentos estudados, representando um gasto total de R\$ 13.846.223,91, sendo 2017 o ano com maior número de internações (908), e 2014 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 2.070.766,11). Do total de procedimentos, 3.312 foram realizados em caráter eletivo, 3.381 em caráter de urgência e 24 por outras causas, tendo sido 6.138 considerados de alta complexidade, enquanto 579 foram considerados de média complexidade. A taxa de mortalidade total nos 10 anos estudados foi de 6,24, correspondendo a 419 óbitos, tendo sido 2012 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 11,53, enquanto o ano de 2009 apresentou a menor taxa, 0,087 - valor esse não completo por ausência de dados. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 1,27 em comparação a 11,15 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 5,8. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 3.387 internações, seguida da região sul com 1.898, Centro-Oeste com 758, Nordeste com 575 e, por último, a região Norte com 99 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 2.391. A região com maior número de óbitos foi a Sul com 304, e as regiões Norte e Centro-Oeste com 12 óbitos em cada uma delas. A região Sul apresentou a maior taxa de mortalidade (16,02), seguida pela região Norte (12,12). Já a região Centro-Oeste, apresentou a menor taxa, com valor de 1,58.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar o grande número de procedimentos realizados no período e seu impacto financeiro. É válido salientar a necessidade da prevenção de situações que possam levar a estenoses, tendo em vista a maior taxa de mortalidade na abordagem de urgência, comparada ao eletivo. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>	<p>PO 566-2</p> <p>LEVANTAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE TRAQUEOPLASTIA E LARINGOTRAQUEOPLASTIA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 10 ANOS</p> <p>Caio Teixeira dos Santos, Raul Ferreira de Souza Machado, Yago Paranhos de Assis, Natalia Parreira Arantes, Ivana Picone Borges de Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o atual panorama de procedimentos de traqueoplastia e laringotraqueoplastia realizados no Brasil durante 10 anos e correlacionar a epidemiologia atual com os resultados obtidos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados de traqueoplastia por acesso torácico e traqueoplastia e/ou laringotraqueoplastia disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por um período de dez anos – novembro de 2008 a novembro de 2018 – avaliando valor de gastos públicos, complexidade, taxa de mortalidade, óbitos, permanência e caráter de atendimento e artigos disponíveis em Scielo, Lilacs e PubMed.</p> <p>RESULTADOS: A traqueoplastia e a laringotraqueoplastia é a abordagem definitiva para a estenose traqueal, tendo como maior vantagem o fluxo normal de ar reestabelecido sem a necessidade de orifícios externos, e para estenose subglótica, ambas de etiologia congênita ou adquirida. No período analisado, foram observadas 13.982 internações para a realização dos procedimentos estudados, representando um gasto total de R\$ 23.876.048,09, sendo 2014 o ano com maior número de internações (1.519), e 2015 o ano responsável pelo maior valor gasto durante o período (R\$ 2.693.479,97). Do total de procedimentos, 7.266 foram realizados em caráter eletivo, 6.627 em caráter de urgência e 89 por outras causas, tendo sido 11.213 considerados de alta complexidade, enquanto 2.769 foram considerados de média complexidade. A taxa de mortalidade total nos dez anos estudados foi de 2,06, correspondendo a 288 óbitos, tendo sido 2008 o ano com taxa de mortalidade mais alta, 4,97, enquanto o ano de 2018 apresentou a menor taxa, 0,70. A taxa de mortalidade dos procedimentos eletivos foi de 1,62 em comparação a 2,55 nos de urgência. A média de permanência total de internação foi de 6,7. A região brasileira com maior número de internações foi a Sudeste com 7.197 internações, seguida da região Sul com 2.722, Nordeste com 2.150, Centro-Oeste com 1558 e, por último, a região Norte com 355 internações. Entre as unidades da federação, o estado de São Paulo concentrou a maior parte das internações, contabilizando 4.575. A região com maior número de óbitos foi a Nordeste com 96 casos, seguida diretamente pela região Sudeste, com 92, enquanto a região Norte apresentou o menor número com oito casos. A região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (4,47). Já a região Sudeste apresentou a menor taxa, com valor de 1,28.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se observar o grande número de procedimentos realizados no período e seu impacto financeiro. É válido salientar a necessidade da prevenção de situações que possam levar a estenoses, quando possível, somando-se ao fato do risco aumentado na abordagem de urgência, como visto na taxa de mortalidade, comparada ao eletivo. Além disso, evidenciar a necessidade da notificação correta dos procedimentos, devido à ausência de determinadas informações, visando aprimorar a análise epidemiológica atual.</p>

PO 567-3	PO 568-1
<p>AValiação DA TENDência DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE COLON NA PARAIBA NO PERÍODO DE 2010 A 2015: UMA COMPARAÇÃO COM A REGIÃO NORDESTE</p> <p>Isabella Cristina Muniz Honorato, José Humberto Oliveira Lisboa Júnior, Rafaella Maria Freitas Estrela, Hanna Beatriz Avelino Andrade, Vitor Henrique Campoy Guedes</p> <p><i>UNIPÉ - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar número de óbitos na região Nordeste do Brasil e o Estado da Paraíba, que possuem como causa a neoplasia maligna do cólon, no período de 2010 a 2015, tendo como critério de inclusão o sexo e a faixa etária.</p> <p>MÉTODO: A pesquisa constitui em um estudo transversal, retrospectivo e caráter descritivo com análise quantitativa, sobre neoplasia maligna de cólon segundo os dados obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletados e analisados, com resultados expressos em tabelas e utilizando frequência absoluta, o número de óbitos no Estado da Paraíba entre o período dos anos 2010 e 2015 referente aos casos dessa neoplasia, classificados como CID-10 através do código C-18 e estratificados em sexo e faixa etária e comparado com os valores da Região Nordeste.</p> <p>RESULTADOS: Foram registrados um total 6992 óbitos na região Nordeste por neoplasia maligna de cólon entre o período de 2010 e 2015. A menor e a maior taxa de mortalidade para região Nordeste foi 948 e 1397 óbitos no ano de 2010 e 2015, respectivamente. Constatou-se um crescimento no número de óbitos no período em estudo, uma vez que foram verificados um aumento no percentual 47,36% nos casos do Nordeste. Em relação ao Estado da Paraíba, ocorreram 403 óbitos (5,76%) por câncer de cólon. Dos 403 óbitos no Estado, quanto ao sexo, 227 foram mulheres (56%) e 176 foram homens (44%). Na distribuição por faixas etárias, a mortalidade foi crescente entre 30 - 79 anos, sendo maior na faixa etária de 70 - 79 anos com 111 óbitos (27,5%) e houve decréscimo a partir dos 80 anos com 89 óbitos (22,08%). No geral, foi possível observar que houve também um crescimento a cada ano da mortalidade no Estado por câncer colorretal e com aumento de mais de 100% entre 2010 (47 casos) e 2015 (102 casos), assim como na região Nordeste.</p> <p>CONCLUSÕES: Baseado nos achados da pesquisa, pode concluir que houve um crescimento de óbitos por neoplasia maligna do cólon na região Nordeste no período de 2010 a 2015, sendo as maiores taxas observadas nos anos de 2010 e 2015, tal como no Estado da Paraíba que apresentou um aumento a cada ano. Além disso, as mulheres são responsáveis pelo maior número de óbitos tanto no Nordeste quanto na Paraíba e só confirma os dados do Instituto Nacional de Câncer do Brasil (INCA), que aponta como a terceira causa de câncer no sexo feminino na Região. Além disso, os dados encontrados em relação a faixa etária, só destaca a importância do rastreio nos pacientes assintomáticos e sem fatores de risco, acima dos 50 anos de idade que é preconizado na maioria dos protocolos de rastreio de câncer de colorretal. Por fim, é importante destacar o estudo para que haja uma adequada notificação na Região Nordeste e no Estado da Paraíba para que sejam planejadas estratégias preventivas, como, por exemplo, o Março Azul Marinho.</p>	<p>INCIDÊNCIA DE ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO E A RELAÇÃO COM OS FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO TOCANTINS ENTRE 2010 A 2016</p> <p>BRENDA CAROLINE SILVEIRA DIAS, Walmirton Bezerra D'Alessandro, Manuela Bandeira da Silva Filha, Caroline Barros Figueira, Cristiane Chaves Campos, Sara de Freitas Romão</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE GURUPI - GURUPI - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil de mortalidade dos pacientes com Neoplasia Esofágica no estado do Tocantins, entre os anos 2010 a 2016.</p> <p>MÉTODO: O estudo trata-se de uma pesquisa retrospectiva-descritiva desenvolvida a partir de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), além de artigos de revisões do site Scielo. Foram analisadas as taxas de óbitos por Residência, segundo categoria Capítulo CID-10 e os critérios utilizados foram: sexo, faixa etária, escolaridade, região de saúde (CIR), estado civil.</p> <p>RESULTADOS: No estado do Tocantins foram identificados 2.453 óbitos por doenças do aparelho digestivo. Dessas, 1.583 (64,53%) eram do sexo masculino e 870 (35,46%) eram do sexo feminino, faixa etária de maior incidência é de 70 a 79 anos com 490 (19,97%), quanto a escolaridade eram aqueles que não tinha nenhuma escolaridade com 753 pacientes (30,69%), estado civil de maior incidência eram os solteiros com 828 (33,75%) e a região de saúde com maior predominância de patologias de doenças do aparelho digestivo é o 17001 médio norte Araguaia com 545 (22,21%).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a mortalidade por Doenças do aparelho digestivo apresentou significativa relação com os fatores sociodemográficos, sendo de grande importância identificar esses fatores para poder fazer um melhor direcionamento das ações dos profissionais de saúde e na busca de estratégias que serão ajustadas de acordo com cada paciente. O estudo apresentou limitações visto que a fonte de dados (SIH/SUS) registra somente informações realizadas no sistema público de saúde. Ressalta-se, o papel da educação como estratégia para reduzir os óbitos, além de propor ações de cuidados e autocuidado e mudanças nos hábitos de vida.</p>
<p>PO 570-3</p> <p>FÍSTULA DE ANASTOMOSE ILEOCÓLICA: UMA COMPARAÇÃO DO USO DE GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE VERSUS CONFECÇÃO MANUAL.</p> <p>William Foerster Silvano, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Luiza Rossi Pettinelli, Tuany Oliveira Dornelles, Franciele Perondi, Caio Fernando Souza, Marcelo Figueiredo</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os casos de fístula de anastomose ileocólica que foram submetidos à confecção mecânica (grampeador) versus confecção manual.</p> <p>MÉTODO: Estudo analítico do tipo coorte retrospectiva, realizado em um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, no período de 2014 a 2017. Os dados foram coletados através de prontuários de todos os pacientes que realizaram ileocectomia com anastomose primária abertas ou videolaparoscópicas. A análise de dados foi processada no programa SPSS versão 20.0, sendo obtida inicialmente a estatística descritiva das variáveis e em seguida foi avaliado a relação das variáveis pelo teste Exato de Fisher ou teste de Qui-quadrado com correção de Yates conforme as frequências esperadas.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi composto por 60 pacientes, dos quais 42 (70%) foram submetidos a anastomose mecânica e em 18 (30%) a anastomose manual. A incidência de fístula foi 13,3%, sendo maior em pacientes com idade superior a 70 anos (51%), presente também em 14,3% dos pacientes com neoplasia. Dos pacientes que apresentaram fístula clínica, 60% ficaram mais de trinta dias internados e seis pacientes tiveram sepse abdominal, sendo que todos eles, manifestaram fístula clínica antes. A taxa de reoperação nos pacientes com fístula foi de 75%, possuindo significância estatística ($p < 0,001$). Apenas dois casos do estudo foram identificados como sendo cirurgias de urgência, sendo um submetido a anastomose mecânica e o outro a anastomose manual, ressaltando que somente o paciente do método manual desenvolveu fístula. Em relação ao preparo de cólon, apesar de já descrito na literatura como uma prática proscrita e que acrescenta risco, ainda é uma rotina comumente vista. 23% dos pacientes estudados foram submetidos a essa técnica, sendo que 21,4% destes apresentaram fístula, em comparação com 10,9% da taxa de fístula do grupo que não teve preparo de cólon. Dos pacientes que foi submetido à anastomose manual, 22,2% desenvolveram fístula e dos que foi submetido à anastomose mecânica 9,5% desenvolveram. Apesar da diferença expressiva, não houve significância estatística ($p = 0,225$). Seis pacientes foram a óbito, sendo que cinco deles (83,3%) apresentaram fístula clínica, havendo significância estatística ($p < 0,001$). Dos pacientes que foram a óbito 16,7% foram submetidos à anastomose manual e 7,1% submetidos à anastomose mecânica.</p> <p>CONCLUSÕES: No estudo pode-se observar a gravidade de pacientes que apresentam fístula de anastomose ileocólica, pois possuem taxas maiores de internações superiores a 30 dias, mais reoperações, mais sepse abdominal e maior mortalidade. A relação entre a presença de fístula em pacientes submetidos à confecção mecânica (grampeador) versus confecção manual, não apresentou diferença estatística, mas devido ao tamanho amostral pequeno, sugere-se outros estudos mais robustos, a fim de avaliar essa relação.</p>	<p>PO 572-1</p> <p>ACHADOS TOMOGRAFICOS DE VOLVO GASTRICO AGUDO: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELO DR. I. MILLET</p> <p>Tuian Santiago Cerqueira, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José Cunha, Thales Alves de Souza, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Universidade Federal de Ouro Preto/MG - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na revista Eur Radiol (2014) por Millet, I., Oriac, C., Alili, C. et al., e já com 10 citações dada a relevância do tema. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto.</p> <p>MÉTODO: Revisamos retrospectivamente os achados tomográficos em 10 pacientes com volvo de estômago agudo confirmado cirurgicamente e 20 controles com distensão gástrica. Dois radiologistas avaliaram independentemente as imagens de TC para fatores de risco do volvo gástrico, achados diretos do volvo gástrico através da avaliação da dilatação gástrica, a presença de um ponto de transição antrópico, a respectiva posição dos diferentes segmentos estomacais e das curvaturas maior e menor, estenose do segmentos gástricos através do hiato esofágico e para os achados de isquemia gástrica. A sensibilidade e especificidade de cada achado foram calculados.</p> <p>RESULTADOS: Os sinais diretos mais sensíveis do volvo gástrico foram um ponto de transição antrópico sem qualquer anormalidade na zona de transição e no antro no mesmo nível ou acima do fundo. A presença desses dois achados como critérios diagnósticos de volvo de estômago teve 100% de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de volvo gástrico. Não houve associação entre sinais de isquemia na TC e isquemia intestinal final na patologia.</p> <p>CONCLUSÕES: A TC é altamente sensível e específica para o diagnóstico de volvo gástrico agudo.</p>

PO 573-3	PO 574-1
<p>AS PRINCIPAIS CAUSAS DO AUMENTO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM PÓS-OPERATÓRIO DE APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: UM ESTUDO DE COORTE.</p> <p>Tuany Oliveira Dornelles, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Franciele Perondi, Luiza Rossi Pettinelli, Amanda Prestes Valente, Leandro Zoehler, Renato Souza Salim</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar as principais causas do aumento do tempo de internação em pós-operatórias de apendicectomia videolaparoscópica.</p> <p>MÉTODO: Estudo do tipo coorte retrospectiva, realizado através de prontuários de um hospital particular de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, no ano de 2017. Foram selecionados todos pacientes submetidos à apendicectomia videolaparoscópica devido a apendicite aguda, na faixa etária de 18 a 80 anos. A análise de dados foi processada no programa SPSS versão 22.0, calculando as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e média e desvio-padrão das variáveis contínuas. A associação entre as variáveis clínicas e o tempo de internação foi realizada mediante modelo de regressão linear Generalized linear model. Sendo que as variáveis que atingiram significância de 20% na análise de regressão linear simples foram incluídas em um modelo de regressão linear múltipla.</p> <p>RESULTADOS: O estudo foi composto por 121 pacientes, com idade média de 45,9 (\pm 17,2) anos e 69 (57%) eram do sexo feminino. A confirmação do diagnóstico de apendicite de 80 (66,1%) pacientes foi através do exame de tomografia computadorizada e 35 (28,9%) foi pela ecografia. Em relação ao risco anestésico, 67 (85,1%) apresentavam baixo risco (ASA I). Já o tempo de internação dos pacientes variou de 1 a 20 dias, com a mediana de 2. Quanto às complicações pós-operatórias, destacou-se a presença de íleo adinâmico em 9 (7,4%) pacientes. Após análise de regressão linear simples as variáveis idade ($p = 0,001$), tempo dos sintomas ($p = 0,162$), risco anestésico (doença sistêmica grave, não incapacitante) ($p = 0,104$) e complicações pós-operatórias ($p = 0,002$), apresentaram nível de significância de 20%, sendo incluídas na análise regressão linear múltipla. Foram identificados dois fatores independentes relacionados com o tempo de internação: idade ($p = 0,001$) e presença de complicações ($p = 0,002$).</p> <p>CONCLUSÕES: A idade e a presença de complicações pós-operatórias foram as principais variáveis relacionada com o tempo de internação de pacientes submetidos a apendicectomia videolaparoscópica, mesmo após retirar possíveis confundidores. Visto que a apendicite aguda é uma doença que afeta todas as faixas etárias e possui um tratamento quase que totalmente cirúrgico, é necessário novos estudos com amostras mais robustas a fim de confirmar os resultados obtidos. O que proporciona melhor entendimento do pós-operatório desta cirurgia e fornece subsídios para que o cuidado perioperatório esteja sempre de acordo ao melhor manejo do paciente.</p>	<p>PAPEL ATUAL DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NA IMAGEM LATENTE DO ESTÔMAGO: REVISÃO DO TRABALHO PUBLICADO PELA Dra KAREN M. HORTON</p> <p>Tuian Santiago Cerqueira, Cirênio Almeida Barbosa, Ronald Soares dos Santos, Weber Chaves Moreira, Adélio José Cunha, Thales Alves de Souza, Thais Oliveira Dupin, Wilson Santana Silva Junior</p> <p><i>Universidade Federal de Ouro Preto/MG - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho foi publicado na revista RadioGraphics (2003) por Karen M. Horton, Elliot K. Fishman. Como faz parte de nossa linha de pesquisa de interesse, encaminhamos ao Congresso para um melhor debate do assunto.</p> <p>MÉTODO: Os scanners de CT de fileiras multidetectores permitem uma colimação mais fina, o que melhora a visualização de tumores subtis, bem como a qualidade dos conjuntos de dados 3D. Quando a água é usada como agente de contraste oral, a doença sutil é mais fácil de visualizar, especialmente quando um bolus de material de contraste rápido é administrado por via intravenosa.</p> <p>RESULTADOS: O adenocarcinoma é a malignidade gástrica mais comum e tipicamente aparece como espessamento de parede focal ou segmentar ou uma massa discreta. O linfoma gástrico pode ter uma aparência semelhante à do adenocarcinoma. Tanto o adenocarcinoma gástrico como o linfoma podem estar associados à adenopatia. Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) tendem a aparecer como massas bem definidas que surgem da parede gástrica e podem ser exofíticas quando grandes. Os GISTs geralmente não estão associados a uma adenopatia significativa. Além de malignidades gástricas, a TC também pode ajudar a detectar condições inflamatórias do estômago, incluindo gastrite e úlcera péptica.</p> <p>CONCLUSÕES: A angiografia por TC é especialmente útil para descrever a vasculatura gástrica, que pode ser afetada por uma variedade de condições de doença.</p>
<p>PO 575-1</p> <p>PERFIL HOSPITALAR BRASILEIRO DE INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR ÚLCERA GÁSTRICA E DUODENAL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>José Donato de Sousa Netto, Isabela Veloso Santiago de Oliveira, Lucas Caetano Melo, Marcela Regina Carvalho, Beatriz Canovas Feijó Oliveira, Amanda Gogola Ferreira, Mariana Mendes Pacheco de Freitas</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil de morbidade hospitalar das internações de idosos nos últimos dez anos por úlcera gástrica e duodenal.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, em série temporal, a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS). Foram coletadas variáveis relativas à internação e à mortalidade de idosos por úlcera gástrica e duodenal referente ao código CID-10 K25 e K26 de pacientes com idade a partir de 60 anos no período compreendido entre 2009 a 2018 no Brasil. Variáveis analisadas: número de internações, valores total e médio por internação, número de óbitos e taxa de mortalidade.</p> <p>RESULTADOS: No período de 2009 a 2018, foram registradas 49944 internações por úlcera gástrica e duodenal em idosos, que corresponde a 1,8% de internações por doenças do aparelho digestivo em idosos e 0,18% de todas as internações hospitalares de idosos. No ano de 2009, foram registradas 5899 internações, enquanto no ano de 2018, foram registradas 4873 internações, apresentando uma taxa média de decréscimo de 17,3% no decorrer desse período. A faixa etária de 60 a 69 anos concentrou 42,8% de todas as internações ao longo dos dez anos avaliados, tendo maior predomínio dentre as demais faixas etárias. O gasto total com as internações decorrentes de fimose e parafimose no ano de 2009 foi de R\$ 4.806.664,78 e no ano de 2018 foi de R\$ 7.046.051,3. O gasto médio por internação ao longo dos dez anos foi de R\$1095,76, sendo R\$ 814,83 a média de gastos em 2009 e R\$ 1445,94 em 2018. A taxa de mortalidade por úlcera gástrica e duodenal se aproxima de 13,2% no decorrer de 2009 a 2018. Com uma taxa de mortalidade 15,92% em 2018 e 9,97% em 2009.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente estudo demonstrou diminuição no número de internações, em contrapartida a um aumento da taxa de mortalidade. Observa-se, também, uma tendência de acréscimo no número de gastos decorrentes de internações juntamente ao decréscimo do número de pacientes internados que receberam tratamento, o que indica uma negativa utilização dos recursos disponíveis no sistema de saúde público.</p>	<p>PO 574-1</p> <p>VAGOTOMIA EM ÚLCERA PEPTICA: AINDA HA ESPAÇO?</p> <p>RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VINÍCIUS GUILARDE ANCELMO, ISABELLA MENDES DE SOUZA JORGE, GUILHERME DE MATOS ABE, LUIZ CÉSAR DE CAMARGO FERRO, VICTÓRIA JÁCOME COELHO QUEIROZ, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GOIÂNIA - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A úlcera péptica, entidade de alta prevalência na sociedade moderna, tem ampla diversidade terapêutica que envolve desde medicações orais até técnicas cirúrgicas minimamente invasivas. A vagotomia corresponde a uma técnica cirúrgica bastante utilizada no passado para o tratamento das úlceras pépticas. Com o surgimento de novas terapias não invasivas para o tratamento, bem como a ascensão do papel do H. pylori na fisiopatologia dessa patologia, interroga-se se a vagotomia ainda possui espaço nos dias atuais dentro do espectro do tratamento cirúrgico da úlcera péptica, levando em consideração a praticidade dos novos tratamentos e a morbidade associada à cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura médica utilizando os unitermos: Vagotomy e Peptic Ulcer, nas principais bases de dados, sendo selecionado artigos publicados nos últimos 5 anos. Foram selecionados artigos de revisão, revisões sistemáticas e metanálises. Do montante inicial de 7375 artigos, foram selecionados 32 artigos utilizando os seguintes critérios de inclusão: Artigo publicado em língua inglesa e portuguesa e texto completo disponível. Durante a seleção dos artigos foi proposto responder: 1) Posição do artigo quanto ao uso da vagotomia e 2) principais indicações vigentes da técnica. Foram excluídos os artigos em que as informações pesquisadas não se encontravam disponíveis explicitamente; sendo selecionados ao todo 19 artigos.</p> <p>RESULTADOS: Ao todo foram revisados 19 artigos. As indicações para realização de vagotomia ainda presentes no tratamento cirúrgico da úlcera péptica foram relacionadas principalmente às úlceras com complicações prévias a cirurgia, úlceras refratárias a intervenção e úlceras complexas como: úlceras duodenais perfuradas crônicas; obstrução pilórica relacionado a úlcera péptica; recorrência de úlceras anastomóticas; úlceras sangrantes refratárias per si ou devido a outros tratamentos concomitantes como o uso de antiagregantes e anticoagulantes; úlceras associadas a colite por C. difficile e úlceras marginais refratárias. 8 dos artigos analisados apontavam benefícios diretos de se associar a vagotomia a abordagem e tratamento global da úlcera péptica, devido a prevenção de hiperplasia de células enterocromafins, redução do risco de cirrose hepática subsequente, melhora no processo de cicatrização pós cirurgia e redução do risco de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>CONCLUSÕES: A análise dos artigos selecionados é unânime quanto à preservação da vagotomia como uma possibilidade terapêutica no manejo da úlcera péptica nos dias atuais, possuindo ainda indicações específicas e benefícios globais na terapia. Aponta-se sempre a prioridade na utilização de abordagens menos invasivas, sempre que estas estiverem disponíveis, restando à vagotomia a principalmente em casos não responsivos às terapias medicamentosas atuais e a ocorrência de complicações prévias a cirurgia, especialmente as complicações que envolvem sangramentos.</p>

<p style="text-align: center;">PO 578-2</p> <p>ESTRATEGIAS DE COPING COMO MEDIDA DE MELHORA PROGNOSTICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS CARDIOVASCULARES</p> <p>Raul Ferreira de Souza Machado, Caio Teixeira dos Santos, Barbara Marcias de Sousa, Natalia Parreira Arantes, Yago Paranhos de Assis, João Paulo Brum Paes, Ivana Picone Borges de Araújo</p> <p><i>UNIVERSIDADE DE VASSOURAS - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a variabilidade do estresse percebido de acordo com estressores e enfrentamento, com base na literatura, e evidenciar a possibilidade de utilização das estratégias de coping para melhorar o prognóstico em cirurgia cardiovascular.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com base em artigos selecionados através de busca no banco de dados do scielo, PubMed e Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs, sendo os descritores usados: Estratégias de Coping; Estressores; Estresse Psicológico; Cirurgia Cardíaca.</p> <p>RESULTADOS: A doença coronariana se destaca entre as doenças cardiovasculares na vitimização de pacientes em todo o mundo. As estratégias de coping se expressam de forma potencialmente positiva. Segundo Folkman e Lazarus, coping pode ser descrito como a "tentativa ou empenho para lidar com exigências externas (do ambiente) ou internas (do próprio sujeito) percebidas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa". As estratégias de coping, já utilizadas para o enfrentamento de Síndrome de Burnout e outros estresses ocupacionais, têm sido empregadas em diversos outros acometimentos, como instrumento capaz de trazer benefício prognóstico aos pacientes, através da psiconeuroimunologia. Os estudos apontam duas categorias de estratégias de coping básicas: as voltadas para a resolução do problema e as orientadas para a regulação da emoção. Trabalho que comparou a relação entre estresse percebido com coping e estressores de pacientes em revascularização miocárdica pré-operatória, utilizando estratégia voltada para a resolução do problema, mostrou que "Lidar com a cirurgia como um instrumento de melhoria / cura" ($\beta = -0,255, p = 0,009$) foram associados com menos stress percebido; Estudo de Carolina Catunda et al., 2017, mostrou que a forma como indivíduos HIV positivos percebem sua doença é um importante fator preditor de qualidade de vida; dentre outros. Isso mostra o grande potencial de melhora prognóstica com a utilização de estratégias de coping em diversas patologias, incluindo as cardiovasculares e suas intervenções.</p> <p>CONCLUSÕES: A cura/controlar diz respeito à percepção de capacidade para o desempenho dos comportamentos de coping e a crenças sobre a eficácia do tratamento. De acordo com a literatura, indivíduos que assumem a doença como controlável tendem a adotar estratégias de coping direcionadas para a reavaliação cognitiva, coping focado no problema e procura de apoio social, o que melhora o enfrentamento da condição patológica e, assim, seu prognóstico.</p>	<p style="text-align: center;">PO 579-1</p> <p>PERFIL HOSPITALAR BRASILEIRO DE INTERNAÇÕES PARA GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.</p> <p>José Donato de Sousa Netto, Isabela Veloso Santiago de Oliveira, Lucas Caetano Melo, Marcela Regina Carvalho, Beatriz Canovas Feijó Oliveira, Amanda Gogola Ferreira, Mariana Mendes Pacheco de Freitas</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil hospitalar de internação entre pessoas submetidas ao procedimento de gastroplastia com derivação intestinal em Y (tratamento cirúrgico para obesidade e síndromes metabólicas), e comparar os resultados de acordo com cada região do Brasil.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal, com informações retiradas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS), através do sistema DATASUS. Os dados coletados abrangem o período entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018, e as variáveis analisadas são: número total de internações, número de internações por região, número de óbitos, gasto total e gasto médio de pessoas submetidas ao procedimento de gastroplastia com derivação intestinal.</p> <p>RESULTADOS: No período entre 2014 e 2018, foram registradas 42.300 internações para a realização do procedimento de Gastroplastia com derivação intestinal, correspondendo à aproximadamente 0,07% de todas as internações realizadas no mesmo período. Houve um aumento nos números de cirurgias realizadas conforme os anos, subindo de 6.598 em 2014 para 10.599 em 2018. Notou-se que a maior parte das internações correspondem à Região Sul (61,50%), seguida das regiões Sudeste (32,85%), Nordeste (4,32%), Centro-Oeste (0,66%) e Norte (0,65%). Os gastos totais registrados neste período chegam a R\$270.478.397,37, sendo que 62,40% deste valor corresponde somente à Região Sul, e o gasto em média por internação foi de R\$6.394,29. Foi registrado um total de 71 óbitos após as internações, com o maior número em 2016, com 18 mortes. Em todos os anos pesquisados, a região Sul liderou os números de óbitos, tendo as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com os menores números (2 mortes registradas cada).</p> <p>CONCLUSÕES: Em suma, concluímos que a região Sul apresentou os maiores índices, tanto de internações como de mortalidade e gastos. A região Centro-Oeste, considerada bastante populosa, apresentou poucas internações, se comparada à sua população total. Esses resultados mostram um alto índice de realização pela cirurgia em questão na região Sul do país, enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram os menores índices em todas as variáveis. Por fim, ao longo dos anos foi observado o aumento das internações em geral, sendo a mortalidade uma exceção, que não apresentou aumentos ou quedas significativas.</p>
<p style="text-align: center;">PO 581-3</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA DE CROHN E COLITE ULCERATIVA NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>João Paulo Santos Correia, Marina Ganem, Arthur Linniker, Priscila Almeida, Pedro Mansur, Ewerton Soares, Tiago Tenório, Ana Carolina Pastl Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da ocorrência de doença de Crohn e colite ulcerativa no Brasil nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebe-se que houve um total de 45.986 casos, sendo destes 37.045 em caráter de urgência e 8.927 em caráter eletivo. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 20.427 casos, que representa 44,4% de todo país. A segunda região com mais casos é a região sul com 9.476, seguida da região nordeste com 8.414, centro-oeste com 4.215 e, por último, região Norte com 3.454 casos. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 30 a 39 anos, com 6.976 casos, ou seja, 15,1% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 40 e 49 anos, com 6.863 casos e de 20 a 29 anos com 6.429 casos. O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, 24.645 foram no sexo feminino e 21.341 no sexo masculino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em homens superassem o do sexo oposto. Em 2018 houve o maior número de internações, representando 10,5% do total de casos entre todos os anos. Considerando a cor/raça, no intervalo de tempo considerado, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 19.187 casos, 41,7% dos registros, seguida da população parda com 11.192 casos, da população negra com um total de 1.276 casos, da amarela com 363 casos e da indígena com 49 casos. 30,2% dos dados cor/raça não foram informados. Levando-se em conta o regime de internações, vemos a prevalência do regime público no país. Vale lembrar que 31,2% dos casos foram ignorados quando considerado critério como elemento classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil registrado o valor total de 29.150.298,27 reais nesse intervalo de tempo, sendo 51,8% do gasto na Região Sudeste, seguida pela Região Sul (21%), Nordeste (16,5%), Centro-Oeste (6%) e Norte (4,5%). Dos 15.111.635,82 reais arcados pela região Sudeste, 62,5% correspondem ao estado de São Paulo.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor é a região Norte. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio significativo dessa enfermidade na região Sudeste. Deve-se notar também que o sexo feminino possui um maior predomínio sobre o masculino. Essas informações devem servir como base para que se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>	<p style="text-align: center;">PO 583-1</p> <p>COMPARAÇÃO ENTRE A GASTRECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA E LAPAROTÔMICA PARA O CANCER GÁSTRICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>Breno Bezerra Bluhm, Armando Nicodemos Lucena Felinto, Caio Holanda Araújo, Marco Antônio de Lucena Furtado, Thiago Maciel Valente, Tiago Farias Batista, Victor Fernandes Távora Vieira Costa, Vicente Mateus de Vasconcelos Martins Frota</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceará - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O avanço da cirurgia laparoscópica era bastante difícil até a década de 90, visto que é baseada em técnicas relativamente difíceis e que necessita de um arsenal tecnológico bastante avançado, o que causou certa resistência entre os cirurgiões da época. Diante disso, a história da gastrectomia via laparoscópica apenas começou quando Goh tomou a iniciativa e realizou em um paciente de 76 anos com história de úlcera gástrica, tendo como resultado uma perda insignificante de sangue, pouco tempo de cirurgia e uma rápida evolução e alta do paciente. Portanto, ao analisar tais informações, percebe-se que tal procedimento possui um tempo relativamente pequeno de uso, tornando necessário este estudo para comparar os resultados entre a laparoscopia e a laparotomia.</p> <p>MÉTODO: O trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica. As fontes utilizadas foram artigos científicos sobre a temática explorada encontrados nas bases de dados Scielo e Pubmed. Foram utilizados 2 artigos nacionais e 3 internacionais, disponíveis online em texto completo. Os seguintes descritores foram aplicados: gastrectomia, laparoscopia, laparotomia, cirurgia aberta. Para a seleção de fontes, foram incluídas as bibliografias que abordassem diretamente a temática do trabalho. Então, a leitura exploratória de todo o material foi feita e seguiu-se para a análise e discussão dos resultados.</p> <p>RESULTADOS: Não houve grandes diferenças de gênero, na incidência de operações eletivas e de urgência e na necessidade de hemotransfusões nas primeiras 48 horas. No que diz respeito aos achados anatomopatológicos não houve grandes diferenças quanto ao estadiamento, classificação de Bormann, grau de diferenciação celular, comprometimento das margens e classificação de Lauren. Além disso o pós-operatório demonstrou resultados parecidos para ambos os métodos. As maiores diferenças foram encontradas em relação ao tempo de cirurgia, que teve uma média de 255,5 minutos na laparotômica e de 216,3 minutos na videolaparoscópica. Por outro lado, o número de linfonodos dissecados obteve uma média maior na laparotômica (35,1) em comparação com a videolaparoscópica (29,1). As reintroduções das dietas oral e enteral obtiveram médias de dias menores para a videolaparoscópica (2,3 e 1,58 respectivamente) em comparação com a laparotômica (3,9 e 2,4 respectivamente). Por fim, o tempo de internação na videolaparoscópica (5,8 dias) foi consideravelmente menor que na laparotômica (7,36 dias).</p> <p>CONCLUSÕES: A gastrectomia total realizada pelo método laparoscópico apresenta os mesmos benefícios já conhecidos da cirurgia laparotômica e ainda apresenta as diversas vantagens já conhecidas do método cirúrgico minimamente invasivo. Ela apresentou menor tempo de duração da cirurgia, menor tempo para a re-introdução das dietas oral e enteral e tempo de alta menor em relação ao método laparotômico, mantendo as complicações pós-operatórias em nível semelhante.</p>

PO 583-3	PO 584-1
<p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM HEMORROIDA NO BRASIL EM 5 ANOS</p> <p>Marina Monteiro, João Paulo Correia, Tiago Tenório, Arthur Linnieker, Priscila Almeida, Ewerton Soares, Pedro Mansur, Ana Carolina Pastl</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação epidemiológica dos pacientes internados por consequência da hemorroida nos estados brasileiros, em um período de 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico, descritivo, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2014 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 137.146 internamentos por hemorroida, sendo destes 26.383 (19,3%) em caráter de urgência e o restante (80,7%) de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, o Sudeste apresentou o maior índice de internações por hemorroida com 62.890 casos, que representa 45,8% de todo país. A segunda região com mais casos é a região Nordeste com 34.497 (25,15%), seguido da região Sul com 22.316 (16,3%), Centro-Oeste com 8.960 (6,5%) e, por último, o Norte, com 8.483 casos, representando apenas 6,2% do total de casos. Em relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 40-49 anos com significativos 36.519 casos, ou seja, 26,6% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: de 30-39 anos com 30.036 casos (21,9%) e entre 50-59 anos com 31.299 casos (22,8%). As faixas etárias com menores incidências foram: menor de 1 ano (10 casos), 1- 4 anos (73 casos), 5-9 anos (88 casos), 10-14 anos (203 casos) e mais de 80 anos (785 casos). As demais apontaram número de internações de: 2.105 entre 15-19 anos, 14.918 entre 20-29 anos, 16.299 entre 60-69 anos e 4.811 entre 70-79 anos. Tomando como base o sexo, as mulheres apresentaram maior incidência com 79.199 internações, cerca de 60%, e os homens apresentaram índice de 57.497. No que se diz respeito às raças, a branca e a parda apresentaram índices maiores, com 53.209 e 46.282, respectivamente. As outras apresentaram índices inferiores, como por exemplo: negra com 4.490, amarela com 2.266 e indígena com 41. O restante não foi informado.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor prevalência é a região Norte. Pode-se notar também a maior ocorrência em mulheres. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio significativo dessa enfermidade no sexo feminino (cerca de 60%) para que, a partir dessas informações, se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>	<p>TRATAMENTO ENDOSCOPICO VERSUS CIRURGICO PARA CANCER GASTRICO PRECOZE: UMA REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Camila Bauer Albarrán, Guilherme Ribeiro, Arthur Bueno Luzardo, Gabriele Klein Da Silva, Laura De Ross Rossi</p> <p><i>Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão da literatura disponível com o intuito de determinar qual a opção mais adequada para o tratamento do câncer gástrico precoce, comparando tratamento endoscópico e cirúrgico. Foram levados em conta critérios clínicos do paciente, bem como a avaliação de recidiva do tumor e a sobrevida, além de complicações dos procedimentos.</p> <p>MÉTODO: Procedeu-se a revisão da literatura disponível no período entre 2014 e 2019 com coleta de dados por meio de pesquisa eletrônica nas bases de dados SCIELO, PUBMED, LILACS e Cochrane. Os descritores em Ciências da Saúde foram: "endoscopy", "surgery" e "gastric cancer". Foram selecionados 7 artigos, sendo 6 destes de coorte retrospectivo e 1 deles de revisão.</p> <p>RESULTADOS: A abordagem de tratamento para o câncer gástrico precoce, comparando a ressecção cirúrgica (RC) e endoscópica (RE), teve algumas diferenças no que diz respeito à recorrência, a complicações a curto e a longo prazo e em uma literatura sobre sobrevida global em 3-5 anos. Segundo Yamashina, em 2014, os paciente submetidos à ressecção endoscópica tiveram maior sobrevida global em 3-5 anos (85,7% vs 81,8%) do que a RC. Em contrapartida, os outros autores, não encontraram relevância significativa entre os dois grupos. A taxa de recorrência de lesões metacrônicas, pós-procedimento, foi maior em pacientes submetidos à ressecção endoscópica do que à cirúrgica. Segundo Kim, em 2014, 4,7% RE vs 0% RC, assim como Choi, 2015, que apresentou 6,1% RE vs 0,9% RC, e Park, 2014, 12 lesões RE vs 2 RC. Entretanto, aproximadamente 90% dos pacientes com as lesões foram curados com novo procedimento endoscópico em todos os estudos. Kim Y, em 2015, apresentou um número de complicações tardias maior em RC, sendo a maioria (92,9%) grau III ou superior, de acordo com a classificação de Clavien-Dindo, corroborando com as conclusões de Chang em 2017. Todos as pesquisas corroboraram que foi o menor tempo de internação em RE do que em RC, e de acordo com Choi, em 2015, houve mais eventos adversos no procedimento cirúrgico do que endoscópico (7,9% vs 2,7%). Demais resultados foram similares e os estudos apontaram a ressecção endoscópica como escolha eficiente.</p> <p>CONCLUSÕES: Considerando o critério de recidiva, não há concordância significativa entre a literatura, ficando evidente de que 90% dos pacientes obtém cura com a ressecção endoscópica. No entanto, houve consonância ao dizer que o tempo de internação e obtenção de menores efeitos adversos são obtidos na ressecção endoscópica. Atendendo os critérios de indicação, a ressecção endoscópica tem maiores benefícios e se torna uma ótima alternativa à ressecção cirúrgica.</p>
<p>PO 587-2</p> <p>ANALISE DE MORTALIDADE E INTERNAÇÃO DAS CIRURGIAS PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS VALVARES MITRAIS CONGENITOS NO BRASIL NOS ULTIMOS 5 ANOS</p> <p>Giovanna Vidal Belo, Thaís Macêdo, Thaís Lara, Ana Cláudia Neves, Bryan Moraes, Carolina de Almeida, Olliver Moraes, Ivana Picone Borges Aragão</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os defeitos cardíacos congênitos ou anomalias cardíacas congênitas ocorrem em uma proporção de 6 a 8 bebês para cada 1000 nascidos vivos. A cirurgia para correção valvar vem se destacando entre as operações cardiovasculares, observando um crescimento de 50,8% na média de operações realizadas nos anos de 1990 e 2007. Dessa forma, o estudo objetiva analisar os dados das internações e os óbitos decorrentes da correção dos defeitos valvares mitrais congênitos no Brasil.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Produção Hospitalar do SUS (SIH/SUS) – do mês de janeiro do ano 2014 ao mês de outubro do ano 2018 avaliando número de internações, número de óbitos, taxa de mortalidade e outros aspectos dos seguintes procedimentos: correção de estenose mitral congênita e correção de insuficiência mitral congênita.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, foram realizados 97 procedimentos para correção mitral congênita. Delos, 22 objetivaram a correção de estenoses e 75, a correção de insuficiência. Um total de 29,3% dos procedimentos de insuficiência mitral foram realizados em crianças e adolescentes, enquanto apenas 9% das cirurgias para correção de estenose ocorreram nessa faixa etária. Os estados que realizaram o maior número de procedimentos foram São Paulo (33), Goiás (15) e Minas Gerais (14). Não houveram óbitos nos procedimentos em crianças e adolescentes, não houveram óbitos. Em adultos, houve 1 óbito relacionado a correção cirúrgica de insuficiência mitral (taxa de mortalidade de 5 a cada 1.000 procedimentos/ano), e 7 óbitos na correção de estenose mitral (taxa de mortalidade de 13,21 a cada 1.000 procedimentos/ano). A maior taxa de mortalidade entre os procedimentos ocorreu na região Centro-Oeste, na qual dos 18 procedimentos realizados, 3 geraram óbitos. A média de permanência total após os procedimentos foi de 14,1 dias de internação, maior na correção de estenose em crianças (média de 16 dias) e menor na correção de estenose em adultos (média de 12,6 dias).</p> <p>CONCLUSÕES: Foi observada uma predominância nos casos de correção de insuficiência quando comparados aos de estenose, além de uma prevalência da mortalidade em adultos, apesar da menor permanência de internação nessa faixa etária. A grande maioria dos procedimentos para correção mitral congênita se concentram nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Por fim, vale ressaltar que o aperfeiçoamento da monitorização epidemiológica e melhor qualificação profissional são necessários para minimizar a mortalidade e internações por esses procedimentos.</p>	<p>PO 590-1</p> <p>ANALISE MOLECULAR DO GENE CISTEINA DEOXIGENASE TIPO I (CDO1) SOBRE O LAVADO PERITONEAL DE PACIENTES COM ADENOCARCINOMA GASTRICO</p> <p>Geraldo Ishak, André Salim Khayat, Paulo Pimentel de Assumpção, Marcelo Oliveira Mourão Junior, Fernanda Ferreira da Luz, Ana Carolina Favacho Miranda, Faedy Fernandes Pinheiro, Marielle de Nazaré Gonçalves de Lima e Silva</p> <p><i>Hujbb - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Relacionar o emprego do teste molecular para detecção da metilação do marcador tumoral CDO1 em amostra do lavado peritoneal em pacientes com adenocarcinoma gástrico, avaliando a concordância entre os resultados da citologia e dos testes moleculares sobre o lavado peritoneal</p> <p>MÉTODO: Analisou-se o uso do teste molecular em 23 pacientes diagnosticados com adenocarcinoma gástrico acompanhados pelo Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do HUIBB. Foi detectado a metilação da região promotora do gene CDO1 sobre o lavado peritoneal através da técnica de PCR em tempo real e correlacionado com as características clínicas dos pacientes e ao desempenho da citologia oncológica na detecção de metástase peritoneal microscópica. Utilizaram-se curvas de dissociação (melting) para definição dos resultados do teste molecular comparando-as com amostras de controle disponibilizadas comercialmente (QIAGEN)</p> <p>RESULTADOS: Das 41 amostras, 14 mostraram-se positivas. Amostras do primeiro lavado foram divididas entre grupos com doença precoce (EC I, II ou III) e avançada (EC IV) tendo, proporcionalmente, maior taxa de resultados positivos nos casos com doença avançada (gráfico 1), apesar de não ocorrer significância estatística (p=0,07). Nas amostras de laparoscopia e do segundo lavado houve resultados estatisticamente significativos, mostrando curva de melting positivas nos estadiamentos mais precoces (II) em detrimento dos casos de doença avançada (gráfico 2). Realizando-se a separação entre grupos com doença precoce e avançada a correlação entre as curvas de dissociação e o estadiamento foi estatisticamente significativa (p=0,028). Não houve significância estatística na correlação entre as curvas de dissociação e o resultado da citologia oncológica, assim como nas amostras com líquido ascítico.</p> <p>CONCLUSÕES: A citologia oncológica apresentou-se como um método de baixa acurácia e não se relacionou estatisticamente com os resultados do teste molecular. O teste molecular da detecção da metilação CDO1 sobre o lavado peritoneal necessita de aprimoramento técnico para possível uso clínico, mas se apresenta como um método diagnóstico promissor à detecção de metástases microscópicas. O seguimento deste estudo com maior tempo de acompanhamento e ampliação do número de casos avaliados contribuirá para a melhor definição do uso deste teste.</p>

<p style="text-align: center;">PO 590-3</p> <p>EFEITOS DA SACCHAROMYCES CEREVISIAE PURIFICADA (1 → 3) -B-GLUCANO NA CURA DA ÚLCERA VENOSA</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO, AMÁLIA CINTHIA MENESES RÉGO, Marcielly Manaia de Paula Gomes, João Luis Gomes da Silva, Arthur Almeida Marinho, Antonio Bezerra Wanderley Neto, Thomas Di Nardi Medeiros, Maria Luiza de Holanda Balbino</p> <p><i>UFRN - CAICÓ - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Purificar (1 → 3) -β-glucano insolúvel em água, avaliar sua estrutura química e avaliar seu efeito na cicatrização de úlceras venosas em humanos.</p> <p>MÉTODO: O glucano insolúvel em água foi isolado da levedura de pão Saccharomyces cerevisiae. As células de levedura foram tratadas com álcali e o resíduo depois com ácido. Análises químicas e de RMN (1D e 2D) mostraram que um (1 → 3) -β-glucano linear foi purificado e não foi contaminado com outros carboidratos, proteínas ou compostos fenólicos. Os efeitos do glucano na cicatrização de feridas foram avaliados em úlceras venosas humanas por análise histopatológica após 30 dias de tratamento tópico. (1 → 3) -β-glucano aumentou a cicatrização de úlceras e aumentou a hiperplasia epitelial, bem como aumentou as células inflamatórias, a angiogênese e a proliferação de fibroblastos. Em um paciente que teve uma úlcera que não cicatrizou por mais de 15 anos, o tratamento com glucano causou uma redução de 67,8% na área da úlcera. Este é o primeiro estudo a investigar os efeitos do (1 → 3) -β-glucano na cicatrização de úlceras venosas em humanos.</p> <p>RESULTADOS: Purificamos um (1 → 3) -β-glucano linear de Saccharomyces cerevisiae usando o método descrito por Hassid et al. [34]. (1 → 3) -β-glucano aumentou a cicatrização de úlceras venosas e aumentou a hiperplasia epitelial, bem como aumentou o número de plasmócitos e proliferação de fibroblastos. Este é o primeiro estudo que investigou o efeito de (1 → 3) -β-glucano na cicatrização de úlceras venosas em humanos.</p> <p>CONCLUSÕES: Nossas descobertas sugerem que esse glucano é um potencial modificador da resposta biológica natural para a cicatrização de feridas. Mais estudos são necessários para avaliar os benefícios terapêuticos desse composto e elucidar com mais detalhes os mecanismos responsáveis pela cicatrização de feridas.</p>	<p style="text-align: center;">PO 592-2</p> <p>ABREVIÇÃO DO JEJUM PRÉ OPERATORIO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORACICA EM JARAGUA DO SUL</p> <p>GIOVANI WALTRICK MEZZALIRA, NATHAN ELIAS BRAUN KLEIN, CARINA YUMI TAKAHASHI, SASHA KEITH KOVALIUK, ISMAEL RODRIGO DIAS, GUSTAVO POLESSO NOAL</p> <p><i>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO JOSÉ - JARAGUA DO SUL - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar aplicação de um protocolo de abreviação de jejum pré operatório em pacientes submetidos à cirurgia torácica em Hospital referência de Jaraguá do Sul, analisar dados referentes ao tempo cirúrgico e alta hospitalar, além do perfil dos pacientes e se houve broncoaspiração no pós operatório imediato.</p> <p>MÉTODO: Estabelecido Protocolo Clínico de Abreviação do Jejum Pré Operatório pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional, que orienta última refeição leve 8 horas antes do procedimento e oferece líquido claro (200ml/dose) enriquecido de carboidrato maltodextrina 12% 6 horas antes e 3 horas antes da cirurgia. Iniciado o protocolo nos pacientes submetidos à cirurgia torácica. Foram excluídos pacientes nas seguintes situações: cirurgias de urgência e emergência, obesos mórbidos, doença do refluxo gastroesofágico moderado ou grave, obstrução intestinal ou esvaziamento gástrico retardado e pacientes que internaram no mesmo dia da cirurgia sem tempo hábil para suplementação. Coube aos médicos residentes da Cirurgia Geral, verificar os critérios de exclusão e prescrever a suplementação para cada caso.</p> <p>RESULTADOS: De Junho 2018 a Janeiro 2019 ocorreram 69 cirurgias torácicas com anestesia geral. Destas, 46 cirurgias foram submetidas ao protocolo: 38 pacientes foram extubados no pós operatório imediato sem relatos de broncoaspiração e 8 não foram extubados de imediato, por orientação do anestesiológico sendo levados intubados à unidade de terapia intensiva. Dos 23 pacientes que não entraram no protocolo, 21 apresentaram critérios de exclusão do estudo, 1 teve a cirurgia realizada antes da autorização do estudo e 1 não recebeu o suplemento por falta de prescrição. O tempo médio de cirurgia foi de 3,2 horas, 72% das cirurgias foram em pacientes do sexo masculino e a média de idade foi de 49 anos. Ocorreram 7 óbitos no presente estudo, já no restante dos pacientes, o tempo médio de dias até a alta foi de 10,9 dias após o procedimento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: O jejum noturno pré-operatório foi substituído quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares, visando prevenir complicações pulmonares associadas a vômitos e aspirações de conteúdo gástrico. É comum pacientes aguardarem a operação em jejum prolongado, muitas vezes superando 20 horas de jejum para líquidos. A resposta orgânica ao jejum é agravada com o trauma operatório e lesão tecidual que o segue, desencadeando inúmeros efeitos prejudiciais à recuperação do paciente, como aumento da resistência insulínica, proteólise muscular, lipólise e grande resposta inflamatória sistêmica. Através deste estudo, pode-se observar que foi possível beneficiar uma boa parcela dos pacientes com a abreviação do jejum, sem complicações imediatas e com boa adesão dos profissionais envolvidos, buscando redução da desnutrição intra hospitalar, rápida recuperação pós-operatória e diminuição de complicações pós cirúrgicas.</p>
<p style="text-align: center;">PO 593-2</p> <p>O PAPEL DOS CUIDADOS INTEGRATIVOS NO PERIODO PERIOPERATORIO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS IDOSOS SUBMETIDOS A CIRURGIA TORACICA DE GRANDE PORTE</p> <p>JULIO MOTT ANCONA LOPEZ, BRUNO FERNANDO BINOTTO, FREDERICO JOVITA, Thiago CARVALHO GAUDIO, RENATA VELOSO SILVA LAURINO, DENISE PINTO SOUSA LEITE, DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS, ANDRE MIOTTO</p> <p><i>PREVENT SENIOR - SAO PAULO - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Introdução A assistência integrativa cirúrgica fundamentam-se em um conjunto de ações, medidas e orientações perioperatórias oferecidas através de equipe multiprofissional a fim de promover uma reabilitação precoce, diminuindo as complicações e a morbidade relacionadas ao procedimento cirúrgico, reduzindo o período de internação hospitalar e os riscos da hospitalização prolongada.1,2,3. Sua estratégia baseia-se em educação do paciente antes da cirurgia, coparticipação e corresponsabilidade dos mesmos em todas as etapas de seu tratamento, gerenciamento de estresse perioperatório por meio de cuidados integrativos (técnicas mente/corpo, shiatsu, aromaterapia e acupuntura), cirurgia minimamente invasiva e reabilitação cardiopulmonar pós-operatória 1,2,3. Objetivo Estudar a influência do cuidado integrativo como método de promover uma rápida e adequada recuperação pós-operatória em pacientes oncológicos idosos submetidos à cirurgia torácica eletiva.</p> <p>MÉTODO: Neste estudo observacional descritivo e retrospectivo; foram avaliados os dados de pacientes oncológicos idosos que submetidos à cirurgia torácica de grande porte em Hospital terciário na cidade de São Paulo, no período de 01 de julho de 2017 até janeiro de 2019. As variáveis analisadas foram: média de idade, sexo, presença de comorbidades, tipo de atendimento utilizado, complicações, tempo de internação e necessidade de terapia intensiva. Foram incluídos apenas pacientes submetidos à cirurgia torácica eletiva com idade entre 60 a 85 anos. Todos foram convocados participarem de uma reunião multidisciplinar de acolhimento, previamente a data da cirurgia, com esclarecimentos a respeito seu procedimento cirúrgico, sobre o pré-operatório, a internação e dados práticos sobre o período pós-operatório e sua convalescença. No perioperatório, os pacientes foram acompanhados pela equipe da cirurgia torácica, geriatria, medicina integrativa e demais membros da equipe multidisciplinar (fisioterapia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia e psicologia), e oferecido fisioterapia respiratória, massagem, acupuntura, aromaterapia, além da esteira e bicicleta ergométricas</p> <p>RESULTADOS: Neste período foram avaliados 261 pacientes com média de idade de 70,82 sendo 58,2% mulheres e 41,8% homens. Todos pacientes operados participaram da reunião pré operatória. Em relação ao momento do atendimento da medicina integrativa 17% no pré operatório, 50,5 % e no pós operatório foram 72,9%. Das terapias utilizadas a acupuntura e a aromaterapia foram as mais presentes totalizando 80 % dos atendimentos. Os sintomas mais frequentemente abordados pelas terapias complementares foram: dor aguda e crônica, ansiedade, alterações do sono, náuseas e vômitos.</p> <p>CONCLUSÕES: Neste protocolo notamos uma grande satisfação e bem-estar dos pacientes devido à assistência mais individualizada e humanizada. O uso das terapias complementares com evidência científica comprovada em ambiente hospitalar é factível e merece ser agregada à assistência médica convencional.</p>	<p style="text-align: center;">PO 594-1</p> <p>ASPECTOS DA LAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO PRECOZE E AVANÇADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA</p> <p>Luiza Pinheiro MOTA, Flora Souza Brandao REIS, Lillian Torres Soares PESSOA, Brenda Barbosa FAUSTINO</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: Este trabalho objetiva apresentar os aspectos positivos e negativos relevantes do tratamento do Câncer Gástrico precoce e avançado através da cirurgia laparoscópica, a partir da análise de literaturas, a fim de se fazer uma opção que promova menos danos ao paciente.</p> <p>MÉTODO: Metodologia: Realizou-se uma revisão bibliográfica a partir de pesquisas na base de dados SCIELO, LILACS com os descritores: "cirurgia", "laparoscopia", "câncer gástrico", "tratamento cirúrgico".</p> <p>RESULTADOS: Resultado: A gastrectomia total ou subtotal com ou sem linfadenectomia D2, este dependendo do nível da invasão, são os tratamentos cirúrgicos preconizados para intervir no câncer gástrico. A dificuldade encontrada pela gastrectomia laparoscópica diz respeito à linfadenectomia e a reconstrução. Quanto à esta as primeiras de ressecções gástricas foram Billroth I e Billroth II, durante a década de 1990. E Kitano et al. (1994) que publicaram a primeira gastrectomia laparoscópica subtotal com reconstrução à Billroth I para o tratamento do câncer gástrico distal. Nas últimas décadas a utilização de métodos minimamente invasivos tornou-se crescente, principalmente no que diz respeito ao câncer gástrico precoce, pois não se encontrou alteração da sobrevida dos pacientes em relação à cirurgia convencional, somado a vantagem de métodos menos invasivos da laparoscopia sendo considerada uma técnica segura e eficiente em comparação à gastrectomia convencional. Diante de testes realizados com as primeiras ressecções gástricas obteve-se que com o método laparoscópico haveria redução da dor pós-operatória, menor perda sanguínea e uso de analgésicos, um resultado mais estético, menos tempo de hospitalização, menos complicações pós-operatórias, além de precoce realimentação oral e enteral e melhor resposta imunológica ao trauma cirúrgico. Em contrapartida, o método necessita de maior aperfeiçoamento médico, gera mais desgaste para a equipe e possui maior custo. Estudos ainda são realizados para efetivar o tratamento laparoscópico no câncer gástrico avançado, no entanto, está aumentando a escolha pelo método laparoscópico neste tipo de câncer pelo fato de pesquisas comparando-o com a laparotomia relatarem resposta semelhante ao câncer gástrico precoce, além de menor tempo cirúrgico, igual mortalidade e menor recuperação de linfonodos, mas por existirem pouca literatura nesse tema ainda encontram-se questionamentos.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: Torna-se evidente, portanto, os benefícios que podem ser oferecidos ao paciente na realização da cirurgia por meio da laparoscopia no tratamento curativo do câncer gástrico, principalmente associado a um diagnóstico rápido da doença. A maioria dos resultados foi baseada em estudos feitos no Japão e Coreia do Sul, onde há maior predomínio dessas afecções, no entanto, ainda se têm poucos estudos sobre o câncer gástrico precoce e o avançado, embora saiba-se que em alguns casos a laparoscopia encontra benefícios semelhantes a laparotomia com a vantagem de técnicas menos invasivas.</p>

PO 594-3	PO 595-2
<p>EXTRAÇÃO PERCUTÂNEA DE ELETRODOS DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Ângelo Santana Guerra, Isabella Godoy Gomes, Matheus Moreno de Oliveira, Marcel Takeshi Shono, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Eduardo Lenza Silva, Helmgton José Brito de Souza</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A remoção do sistema de estimulação esta indicada em todos os pacientes com dispositivos eletrônicos implantáveis que apresentem infecção de loja, com evidência de formação de abscesso, extrusão de dispositivo, drenagem de secreção e aderência na pele. O procedimento de extração percutânea é considerado procedimento de alto risco, com taxas de morbidade e mortalidade acima de 11%. Entre as complicações incluem-se morte, lesão de grandes vasos, perfuração atrial, avulsão de estruturas cardíacas, lesão de valvas cardíacas e embolização sistêmica. Existem três modalidades de extração de eletrodos: a tração direta dos cabos por via transvenosa, a esternotomia com cardiectomia, ou o auxílio de circulação extracorpórea e a contra-tração com bainhas (mecânicas e laser). O uso de bainhas tem demonstrado resultados satisfatórios, com elevadas taxas de sucesso, baixo índice de complicações e reduzido tempo de internação hospitalar e de permanência em unidade de terapia intensiva. O objetivo deste trabalho é relatar experiência inicial do serviço com uso de bainhas mecânicas para extração de cabos- eletrodos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um relato de série de casos de seis pacientes operados para extração de eletrodos de marca passo. Todos os pacientes foram operados sob anestesia geral, com preparação para conversão rápida com esternotomia, cardiectomia e auxílio de circulação extracorpórea. Em todas as cirurgias havia disponibilidade de hemoderivados.</p> <p>RESULTADOS: No período entre março/2016 a junho/2017 foram realizadas seis operações para extração de eletrodos de marca-passo. Foram 04 pacientes do sexo masculino (67%) e 02 do sexo feminino (33%), com idade que variou de 22 a 76 anos (média de 61 anos +/- 18 anos). Em 05 pacientes (83%) a indicação para o explante do eletrodo foi por infecção. Todos com extração de eletrodo atrial e ventricular. Em 01 paciente (17%) o explante foi realizado por disfunção do eletrodo (ventricular). Em todos os casos foi utilizado o sistema de bainhas mecânicas (marca Cook). Todos os procedimentos de retirada de eletrodos foram exitosos. Na série estudada, não houve mortalidade, complicações maiores ou necessidade de hemotransfusão. Em dois pacientes (33%), foi necessário o uso de extração combinada, com cateterização de veias subclávia e femoral. Em um paciente (17%), observou-se hematoma de loja, sendo tratado com drenagem simples por punção. O tempo de internação em UTI variou de 0 a 5 dias (média de 1,7 dias) e o tempo médio de internação variou de 01 a 37 dias (média de 21 dias). O longo tempo de internação hospitalar nos pacientes infectados deveu-se à prolongada antibioticoterapia parenteral.</p> <p>CONCLUSÕES: O uso do sistema de bainha extratora Cook mostrou-se seguro, eficiente e reproduzível, podendo ser aplicado a um N maior de pacientes. Entretanto, esta modalidade requer treinamento específico, planejamento minucioso e uso de sala cirúrgica plena.</p>	<p>PECTUS EXCAVATUM: TÉCNICA DE RAVITCH VERSUS DE NUSS</p> <p>Victor Frota Dias, Dharien Oliveira Correia, João Felipe Carvalho Rodrigues, Lara Poti Nobre, Lucas Nunes Ferreira Andrade, Matheus de Souza Mendes, Israel Lopes de Medeiros</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Pectus excavatum (PE) é a deformidade congênita mais comum da parede torácica, representando 90% delas. Caracterizada pela depressão da parede anterior do tórax. Mais comum em homens, com proporção de 4 a 9:1, e atinge um a oito entre mil nascidos. No Brasil, afeta 22% dos escolares na região centro-oeste, 1,3% na norte e um terço dos casos possui relação familiar. Ela está associada a diminuição da expansibilidade pulmonar e deslocamento cardíaco, menor capacidade cardiopulmonar e alterações cardíacas, como prolapso valvar, tudo isso devido à compressão esternal. Entre os sintomas há dor torácica, fadiga, dispnéia e intolerância ao exercício. Associa-se a diminuição da qualidade de vida devido a estética, principal indicação cirúrgica, gerando sintomas psicocomportamentais que se confundem com os físicos da própria deformidade. Em 1949 desenvolveu-se a Técnica de Ravitch (TR), que foi o padrão ouro até os anos 90, e consiste em uma cirurgia aberta e altamente invasiva. Já a Técnica de Nuss (TN), atualmente modificada, é videotoracoscópica e menos agressiva, havendo menores lesões e complicações. Utiliza o princípio que o tórax de um jovem é mais flexível. Neste contexto, objetivo deste trabalho é comparar estas duas técnicas cirúrgicas por meio de certos aspectos do intraoperatório e do pós operatório, bem como a efetividade correção.</p> <p>MÉTODO: Realizamos buscas de trabalhos científicos nas plataformas PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores: pectus excavatum e ravitch versus nuss. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados entre 2014-2019, dos tipos metanálise, revisão sistemática, coorte retrospectiva e transversal quantitativo. Sendo analisados um total de seis trabalhos científicos e resumidos seus resultados. A metanálise analisou nove estudos observacionais, o transversal quantitativo questionou duzentos e dois pacientes por meio de um questionário de cinco perguntas, a coorte retrospectiva analisou noventa e nove prontuários.</p> <p>RESULTADOS: Constatou-se que a TN é mais rápida, perde-se menos sangue intraoperatório, gera maior melhora da capacidade pulmonar e menos dor. As duas cirurgias geram o mesmo tempo de estadia hospitalar. Entretanto, a TN possui mais complicações como hemotórax, pneumotórax e necessidade de nova intervenção, seja para remoção ou re colocação da barra metálica ou recorrência do Pectus Excavatum. A recorrência da deformidade na TN é em até um ano, não sabendo-se o por que e ocorre mais em adultos do que em crianças, recomendando-se assim a TR para pacientes com deformidades mais graves</p> <p>CONCLUSÕES: Embora a TN seja mais atual e menos invasiva, ela possui mais complicações que a TR. Essa deve ser, portanto, ainda considerada uma abordagem válida, baseando-se no perfil da deformidade e cirúrgico do paciente.</p>
<p>PO 595-3</p> <p>ALTERNATIVAS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES DE ALTO RISCO CIRÚRGICO COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SECUNDÁRIA A DOENÇA VALVAR E PERIVALVAR MITRAL - EXPERIÊNCIA INICIAL DE SERVIÇO</p> <p>Mariana França Bandeira de Melo, Isabella Godoy Gomes, Ângelo Santana Guerra, Marcel Takeshi Shono, Eduardo Lenza Silva, Arthur Barroso Vidal Vilarinho, Helmgton José Brito de Souza</p> <p><i>UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A doença valvar é um problema de saúde pública. A principal etiologia é a doença reumática, seguida da doença valvar degenerativa. Nos últimos anos, surgiram alternativas aos métodos tradicionais de troca valvar, tais como as cirurgias minimamente invasivas, o implante valvar transcatereter e os procedimentos valve-in-valve por via apical. Em pacientes que apresentam insuficiência mitral (IM) sintomática severa, o MitraClip® é promissor em casos de alto risco cirúrgico. Com seu uso, estudos demonstram redução da mortalidade e de eventos adversos, redução da IM, melhora da classe funcional (CF-NYHA), e qualidade de vida. O "leak" periprotético, presente entre 8-18%, aumenta a morbidade e está mais associado a procedimentos na valva mitral. Possui difícil correção cirúrgica devido à necessidade de re- operação e maior morbimortalidade. Objetiva-se apresentar a experiência inicial do serviço no tratamento alternativo da insuficiência cardíaca de etiologia valvar e perivalvar mitral, seja por IM ou por "leak" periprotético, em pacientes com elevado risco cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um relato de série de casos de pacientes submetidos a tratamento percutâneo da doença valvar - IM (MitraClip®) e perivalvar mitral (fechamento de "leak" periprotético com oclusor vascular, por acesso transapical). O critério de seleção foi o elevado risco, avaliado pelo STS Score. Foram avaliados dados ecocardiográficos e a classe funcional, no pré e pós- operatório.</p> <p>RESULTADOS: Entre dez/16 a ago/17, 04 pacientes (pcts) foram submetidos a tratamento percutâneo da IM, com utilização do MitraClip®, sendo 3 mulhers - idade entre 78-83 anos. Dois pct's foram abordados por via transapical para tratamento de "leak" periprotético. Em um destes, além do tratamento do "leak" periprotético, foi instaurado implante de prótese valvar mitral (valve- in-valve - Sapiens/Edwards). Em 1 pct, o implante de MitraClip® foi associado a angioplastia coronária por ICO sintomática. A mortalidade pelo STS Score variou de 5,9-33% (média: 17,4 +/- 0,1%). A CF-NYHA pré-operatória foi: III (1 pct), III-IV (4 pct's) e IV (1 pct). Dos que foram submetidos a implante de MitraClip®, houve 1 óbito por infecção e IRA. Os demais tiveram alta hospitalar entre o 2º-10º dia de internação com permanência em UTI de 1-7 dias. A permanência hospitalar dos pacientes tratados por "leak" periprotético foi superior, com tempo médio de UTI de 5 dias. Após o tratamento, 1 pct regressou para CF II-III. Os demais migraram para CF II. O ECO pós-operatório mostrou oclusão dos "leaks". Nos casos de MitraClip®, 2 pct's foram diagnosticados com IM discreta, 1 com IM moderada e 1 com estenose moderada (óbito).</p> <p>CONCLUSÕES: Na série relatada, o tratamento percutâneo da IM, assim como a oclusão de "leak" periprotético pela via transapical, mostrou resultados satisfatórios, considerando a melhora da CF-NYHA e qualidade de vida dos pacientes com elevado risco para o tratamento por cirurgia cardíaca convencional.</p>	<p>PO 597-1</p> <p>VIAS DE ACESSO PARA A CPRE APOS O BYPASS GÁSTRICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>Sarah Amanda Kuster Schreder, Matheus Duque Bessa, Willian Ferreira Igi</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA - PORTO VELHO - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão bibliográfica sobre as vias de acesso da CPRE em pacientes submetidos ao by-pass gástrico.</p> <p>MÉTODO: Foram pesquisados artigos nos bancos de dados do "Pubmed", com os descritores "ercp", "gastric bypass" e "choledocholithiasis", juntamente, com o operador booleano "AND", entre os anos de 2014 a 2019.</p> <p>RESULTADOS: A rápida perda de peso ocasionada pelo bypass gástrico em Y de Roux é um fator de risco para o desenvolvimento de coledocolitíase no pós-operatório. A litíase ocorre após emagrecimento rápido e, normalmente, após cirurgia com componente disabsortivo, embora possa ser encontrada também na perda de peso por componente restritivo. Sua etiopatogenia ainda não está estabelecida, mas as teorias incluem supersaturação da bile com colesterol mobilizado dos tecidos, ausência de contração vesicular estimulada pela colecistocinina, pela remoção do duodeno, excessiva produção de mucina e até hipocontratibilidade da vesícula biliar por lesão do nervo vago. Devido à alteração anatômica pelo procedimento cirúrgico, o acesso às vias biliares para tratamento endoscópico torna-se um desafio. As vias de acesso comumente utilizadas são a enteroscópica e a transgástrica pelo estômago excluído com auxílio de laparoscopia. A primeira apresenta taxa de sucesso de 60% e possui como desvantagens a dificuldade de localização da papila duodenal maior, longo tempo de procedimento e dificuldade de orientação do equipamento. Já o acesso transgástrico, apesar de apresentar taxa de sucesso de 95%, pode apresentar complicações como pneumotórax hipertensivo, perfurações que necessitem de reparo cirúrgico e hérnias incisionais. Cabe ainda ressaltar a dificuldade em coordenar as equipes cirúrgicas e endoscópicas, o fato de ser uma via mais invasiva e de maior custo. Nesse contexto, a ecoendoscopia apresenta-se como uma nova alternativa. Por meio da localização ultrassonográfica do estômago excluído, cria-se uma passagem por meio de uma prótese autoexpansiva a partir do coto gástrico, permitindo a passagem do duodenoscópio até a segunda porção duodenal. Outra alternativa é a criação de uma gastrotomia no estômago excluído a partir de sua localização, punção e insuflação com ar, permitindo a punção percutânea. Embora não seja um método consagrado, apresenta como vantagens menor morbidade, permite a avaliação de estruturas adjacentes, diminui o tempo de duração do procedimento, além de diminuir de forma significativa a realização de CPRE diagnóstica, ficando esta mais restrita às indicações terapêuticas. Como desvantagens essa técnica apresenta disponibilidade limitada e alto custo.</p> <p>CONCLUSÕES: O acesso às vias biliares nos pacientes submetidos ao bypass gástrico continua sendo um desafio técnico, exigindo o trabalho de uma equipe multidisciplinar altamente qualificada. Embora diferentes técnicas tenham sido propostas, a técnica com maior taxa de sucesso demonstrada fora a por via transgástrica, justificando seu emprego na abordagem terapêutica desses pacientes.</p>

PO 598-3	PO 599-1
<p>REMBRANDT E SUAS REPRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS DE LIÇÕES DE ANATOMIA NO SÉCULO XVII</p> <p>Victoria Malzoni Dias Porto, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as representações artísticas de lições de anatomia do século XVII retratadas por Rembrandt, explorando a importância e caracterização das aulas e dos anatomistas da época.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se busca nas bases de dados Medline e SciELO, utilizando-se os termos "Rembrandt", "Dr. Tulp", "Dr. Deyman" e "lição de anatomia", em português, inglês e espanhol. Além disso, realizou-se uma análise crítica de obras de artes em endereços eletrônicos de museus.</p> <p>RESULTADOS: Rembrandt foi um notável pintor holandês do século XVII, autor das obras "A lição de Anatomia do Doutor Tulp" (1632) e "A Lição de Anatomia do Doutor Deyman" (1656). As pinturas nos permitem obter um vislumbre da medicina do século XVII e sobre o ensino de anatomia humana da época, que usava como objeto de estudo corpos de criminosos condenados à morte. Estas aulas aconteciam somente uma vez ao ano, durante o inverno, pela maior possibilidade de conservação dos corpos. Elas atraíram um grande público leigo, inclusive burgueses de toda a Europa, ansiosos por compartilhar do conhecimento dos anatomistas, que até então detinham exclusividade sobre o tema. A partir da análise das pinturas de Rembrandt, curiosas descobertas foram feitas, inclusive erros anatômicos retratados nas obras. Consta-se também a presença exclusivamente masculina em ambas as pinturas, retrato social da profissão médica que viria a se modificar radicalmente nos séculos seguintes.</p> <p>CONCLUSÕES: As "lições de anatomia" pintadas por Rembrandt são de extremo valor para compreendermos melhor como era o funcionamento e a importância dessas aulas na Holanda do século XVII. As demonstrações anatômicas eram, além de educativas, eventos sociais e culturais. A partir da análise das obras e do seu contexto histórico, pode-se inferir o "status" social dos retratados e a importância dos estudos anatômicos para os cirurgiões do século XVII. Tais fatos contribuem para a compreensão da evolução histórica da ciência da cirurgia, conhecimento este de grande importância para o cirurgião moderno.</p>	<p>APLICAÇÕES DA CPRE NO TRATAMENTO SINTOMÁTICO E DIAGNÓSTICO DO PÂNCREAS DIVISUM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>Matheus Duque Bessa, Sarah Amanda Kuster Schereder, Willian Ferreira Igi</p> <p><i>UNIR e HAA - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão bibliográfica sobre as aplicações da CPRE relacionadas as complicações do pâncreas divisium (PD).</p> <p>MÉTODO: Foram pesquisados artigos nos bancos de dados do "Pubmed", "SciELO" e "Birim", com os descritores "ercp", "pancreas" e "divisum", juntamente, com o operador booleano "AND", entre os anos de 2014 a 2019.</p> <p>RESULTADOS: As variações ou anomalias dos ductos pancreáticos são importantes no planejamento e performance da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e nos procedimentos cirúrgicos¹. O PD é a variação congênita mais comum do pâncreas, prevalente em 7% da população², e ocorre quando a porção ventral e dorsal do pâncreas não se fundem, completa ou parcialmente, entre o 6-8 mês de gestação³. Assim, a presença da maior parte da secreção exógena é drenada pelo ducto dorsal (Santorini) através da papila duodenal menor e não pela duodenal maior, como ocorre nos indivíduos sem essa variação anatômica⁴. O PD não é consensual enquanto fator de risco para a pancreatite crônica, pois a maioria dos portadores são assintomáticos durante toda a vida, com esta variação mais relacionada à pancreatite aguda². A sintomatologia do PD é dividida em pancreatite aguda recorrentes (PAR), pancreatite crônica (PC) e dor abdominal crônica (DAC), com o tratamento pela CPRE mostrando os melhores resultados na sintomatologia de PAR⁴. A técnica consiste na descompressão do ducto dorsal pela esfinterotomia da papila duodenal menor, com a possibilidade da passagem de uma prótese, que facilita a drenagem de secreção do pâncreas dorsal⁵. Com isso, apesar de complicações como perfuração, pancreatite pós CPRE, sangramento e obstrução das próteses, a endoscopia ainda é a técnica que apresentou melhores resultados no tratamento do PD sintomático⁵. Nos casos de PC e DAC, 30 – 40% responderam ao tratamento endoscópico, com possibilidades terapêuticas como bloqueio de plexo celíaco, pancreatctomia distal, esfinteroplastia cirúrgica, cistojejunostomia ou pancreatocistojejunostomia. Todavia, essas intervenções ainda possuem sucesso misto nesses dois grupos⁵. Ademais, a CPRE também se mostra eficaz quanto ao diagnóstico do PD, possibilitando esclarecimento das etiologias de DAC por causas idiopáticas⁶.</p> <p>CONCLUSÕES: A CPRE é o método que se mostrou mais eficaz no tratamento sintomático das complicações do PD, em especial a PAR, além do diagnóstico de PD como causa de DAC idiopática, de acordo com a revisão estudada.</p>
<p>PO 601-2</p> <p>ABORDAGENS PERIAREOLARES NA CIRURGIA TORÁCICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>MICHAELA LONGONI MANFROI, PEDRO PAULO DE MATOS, MATHEUS PEDROSA TAVARES, RAFAELA DA SILVA SCHOTTZ, MARIANY DE OLIVEIRA GOMES, MARIANA SANTOS PINTO, UANDA BEATRIZ PEREIRA SALGADO, LUZITANO BRANDÃO FERREIRA</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever os tipos de procedimentos dentro da cirurgia torácica nas quais a incisão periareolar foi utilizada e constatar os resultados.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura sistemática abordando trabalhos encontrados nas plataformas PubMed, Google Scholar e Scielo com artigos publicados entre 2000 e 2014. Os principais descritores utilizados para a pesquisa foram "periareolar approach" e "thoracic surgery". Encontrou-se 33 artigos, no qual apenas 26 eram pertinentes ao tema, pois os outros abordavam cirurgias cardíacas.</p> <p>RESULTADOS: Atualmente, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas se tornam preferenciais comparadas a cirurgias abertas. Não há consenso para a melhor abordagem em videotoracoscopia, no entanto, há uma tendência para incisões menores. As incisões periareolares são mais utilizadas por cirurgiões gerais para biópsias pulmonares e por cirurgiões plásticos para dissecação subcutânea, obtendo maior acesso a parede torácica anterior, com melhor cicatrização. O quarto nervo intercostal é responsável pela inervação do mamilo e da aréola, ambos não sendo afetados, pois a técnica que foi criada para o sexo masculino, faz o acesso pelo segundo ou terceiro espaço intercostal. Nas mulheres, há uma preferência por uma abordagem perimamária. É descrito lobectomias, em pacientes do sexo masculino, com uma incisão periareolar de 50% da circunferência da aréola, realizada sem danos teciduais. Evidencia-se que o método dá um acesso mais direto ao hilo pulmonar, além das costelas anteriores permitirem uma maior separação que as posteriores. O mesmo procedimento foi executado para tumores mediastinais, bulectomias e ressecções sublobares. Foram realizadas mediastinoscopias com incisão periareolar, utilizando o segundo espaço intercostal. A realização de raio X pós-operatório não mostrou pneumotórax residual nos pacientes. Há registro de uma correção de pectus carinatum pela incisão periareolar, na qual as incisões foram mais efetivas e cosmeticamente aceitas do que as incisões laterais. Uma simpatectomia também foi executada, atestando que o método de duas portas é superior ao de três portas, além de melhor resultado estético e evitar nervos sensoriais. Não obstante, estabelecer um túnel hemostático pelo segundo espaço intercostal demora mais tempo e exige mais técnica.</p> <p>CONCLUSÕES: A incisão periareolar oferece um acesso fácil e resultados estéticos satisfatórios em abordagens torácicas assistidas por vídeo, principalmente em procedimentos pequenos, comparados com as outras técnicas de incisão em videotoracoscopia ou em cirurgias abertas. Ademais, há uma melhor elasticidade nos arcos costais da região anterior comparados com a posterior, permitindo uma maior inserção e manipulação de instrumentos no tórax, sem causar desconforto ou limitação de movimento para o cirurgião.</p>	<p>PO 602-3</p> <p>INFLUÊNCIA DO SEXO BIOLÓGICAMENTE FEMININO NA INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA: FATORES DE RISCO INDEPENDENTES PARA ÓBITO E EVENTOS A MEDIO PRAZO</p> <p>Ivana Picone Borges de Aragão, Edison Carvalho Sandoval Peixoto, Ricardo Trajano Sandoval Peixoto, Rodrigo Trajano Sandoval Peixoto, Caio Teixeira dos Santos, Ivan Lucas Picone Borges dos Anjos, Thais Lemos de Souza Macedo, Lívia Liberata Barbosa Bandeira</p> <p><i>Universidade de Vassouras - Vassouras - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar diferenças entre os sexos e os fatores de risco para óbito e eventos maiores, tanto intra-hospitalar como aos seis meses de follow-up, nas pacientes que foram internadas nas primeiras doze horas do infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação do segmento ST e APTC primária. Determinar se existem diferenças entre os gêneros, em um tratamento contemporâneo do mundo real.</p> <p>MÉTODO: Por dois anos consecutivos, 199 pacientes consecutivos foram incluídos no estudo, com IAM com elevação do segmento ST e ATC primária sem choque cardiogênico. O resultado imediato, intra-hospitalar e seis meses de follow-up foram estudados. A análise multivariada com regressão logística de Cox foram realizadas para identificar os fatores de risco independentes de óbito e eventos maiores.</p> <p>RESULTADOS: A doença coronariana é a principal causa de mortalidade e morbidade. A maior mortalidade para as mulheres com infarto agudo do miocárdio e elevação ST tem sido um achado comum no passado, mesmo após a angioplastia percutânea transluminal coronária (APTC) primária. Estudos anteriores relataram piores resultados após APTC em mulheres do que em homens. No entanto, dados recentes sugerem que esta diferença é menos acentuada. As características clínicas foram semelhantes em ambos os grupos, com exceção de que as mulheres eram mais velhas do que os homens (67,04 ± 11,53 x 59,70 ± 10,88, p < 0,0001). A mortalidade hospitalar foi maior entre as mulheres (9,1% x 1,5%, p = 0,0171), assim como a incidência de eventos maiores (12,1% x 3,0%, p = 0,0026). A diferença nas taxas de mortalidade permaneceu o mesmo em seis meses (12,1% x 1,5%, p = 0,0026). Os fatores de risco independente de morte em análise multivariada foram: sexo feminino e idade > 80 anos de idade. Os fatores de risco independentes para eventos maiores e / ou angina foram: doença coronária multiarterial e disfunção ventricular grave.</p> <p>CONCLUSÕES: Após o IAM com elevação do segmento ST e ATC primária, os fatores de risco independentes para óbito, durante o seguimento, foram sexo feminino e idade > 80 anos, tanto intra-hospitalar como em seis meses.</p>

PO 604-3	PO 605-3
<p>A ARTE PERDIDA DE CHEIRAR E PROVAVR URINA: UMA HISTORIA DA UROSCOPIA</p> <p>Alisson Juliani, Mariana França Bandeira de Melo, Samanta Mendes Barreto, Anne Caroline Castro Pereira, Ellen Tiekio Tsugami Dalla Costa, Melvin Huang, Celeste de Santana Oliveira, Jordano Pereira Araújo – TCBC</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma análise histórica da Uroscopia desde seus primórdios até a sua contribuição para a origem da Urinálise.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão da literatura sobre a história da uroscopia. Pesquisou-se nas bases de dados Medline e Scielo os seguintes termos: "uroscopia", "uroscopy", "história da uroscopia", "history of uroscopy" e os artigos recuperados foram submetidos a análise crítica. Outros textos sobre história da medicina também foram analisados.</p> <p>RESULTADOS: A compreensão de que o exame da urina pode fornecer pistas sobre o estado de saúde das pessoas vem desde a antiguidade. O tratado sobre uroscopia mais influente na medicina ocidental intitulada De Urinis e foi escrito por Theophilus Protospatharius (610-614). O médico francês Gilles de Corbeil implementou a coleta em frasco de vidro fino, limpo e em formato de bexiga urinária, denominado "matula", que foi considerado um símbolo médico por séculos. No século XVII, um número crescente de médicos realizava diagnósticos baseados apenas na urina e o uso abusivo da técnica gerou descrença no meio científico, provocando a publicação de Pisse Prophet, em 1637, por Thomas Bryant, ridicularizando a prática. Os pacientes também passaram a questionar as habilidades dos médicos e até mesmo obras de Shakespeare faziam referências satíricas à uroscopia. A uroscopia perdeu sua validade com o surgimento da química e da microscopia, o que culminou, entre 1830 e 1860, no nascimento da urinálise clássica.</p> <p>CONCLUSÕES: A história da uroscopia é um bom exemplo de como métodos diagnósticos complementares utilizados de forma exagerada ou equivocada podem gerar dificuldades na prática da medicina. Apesar disso, a uroscopia foi a precursora da urinálise moderna, método diagnóstico laboratorial fundamental na medicina moderna.</p>	<p>MULHERES CIRURGIAS</p> <p>Elizabeth Gomes dos Santos</p> <p><i>CBC - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As mulheres estão envolvidas com a cirurgia desde sempre. Na Mesopotâmia, achados arqueológicos de instrumentos cirúrgicos na tumba de Shubad/Puabi, evidenciaram que as mulheres praticavam cirurgia. Nos papíros egípcios vimos que Sekhmet foi a primeira ortopedista de que se tem conhecimento. Plínio, o velho, refere-se a mulheres praticando medicina no século I a.e.c. Galeno no século II menciona em especial Metrodora, autora de um tratado de ginecologia. A partir do século XIII surgiram as dificuldades. Em 1322, três mulheres foram julgadas e condenadas por exercício ilegal, por não terem certificação. A idade média foi uma catástrofe especificamente para as mulheres que queriam ter algum conhecimento cirúrgico. Trótula di Rudgieri foi a mais proeminente aluna da Escola Médica de Salerno, que foi fechada por Napoleão em 1811. Deixou escrito um compêndio sobre enfermidades ginecológicas e seus tratamentos. A atração pela cirurgia, sempre existiu. O caso mais notório é o de Miranda Stewart. Sob o nome de James Barry, durante 40 anos, foi o principal oficial médico-cirurgião da Armada Britânica, mostrando "grande habilidade cirúrgica, maneiras agressivas e pontaria perfeita". Só se descobriu que era mulher após a sua morte.</p> <p>MÉTODO: Chantagens, assédios, e ridicularizações fizeram parte da evolução das mulheres, particularmente na Cirurgia. Embora atualmente os preconceitos tenham mudado sua apresentação, visto que, qualquer atitude hoje em dia pode ser classificada como assédio moral, eles ainda existem. Parece desconcertante que em pleno século XXI, no terceiro milênio, essas questões ainda são discutidas: "mulher pode ou não pode ser cirurgiã de verdade". A ciência já avançou muito, mas poucas mulheres optam pela cirurgia. Estatísticas mostram que menos de 1/3 dos cirurgiões são mulheres. A Demografia Médica de 2018 mostra que desde 2004 o sexo feminino já é a maioria nas escolas médicas, mas a mesma correspondência não aconteceu na Cirurgia Geral. Dos 30.768 médicos registrados no CFM como "Cirurgião Geral", as mulheres correspondem apenas a 1/5 do total (6.447). Se considerarmos os médicos entre 30 e 34 anos, as cirurgiãs estão em maioria (53.7%).</p> <p>RESULTADOS: NA</p> <p>CONCLUSÕES: Várias associações de mulheres cirurgiãs foram criadas com o objetivo de incentivar as cirurgiãs. Quase todos os colégios de cirurgiões têm suas Comissões de Mulheres Cirurgiãs, com mesmo pensamento: ser mulher não é impedimento para ser "um excelente cirurgião". Chegará o dia em que tais questões serão anedóticas. As oportunidades não podem ser limitadas por gênero. Mulheres cirurgiãs precisam acreditar em si mesmas e fazer de suas carreiras um sucesso. Em 23 de novembro de 2018, o Diretório Nacional do CBC, homologou a Comissão de Mulheres Cirurgiãs, cujo objetivo é trabalhar em favor da igualdade. Partilhar ideias, dividir dificuldades, incentivar, e sugerir ações que possam transformar positivamente a vida das mulheres cirurgiãs.</p>
<p>PO 607-2</p> <p>TROCA VALVAR MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA VIDEOASSISTIDA: ANALISE DE RESULTADOS</p> <p>TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES, RODRIGO OLIVEIRA ROSA RIBEIRO SOUZA, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, JEFF CHANDLER BELEM DE OLIVEIRA, TERCIO CAMPOS LEÃO NETTO, LUIZ ROBERTO OLIVEIRA JUNQUEIRA NETO</p> <p><i>HOSPITAL DO CORAÇÃO DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As cirurgias cardíacas minimamente invasivas foram desenvolvidas para proporcionarem, através de acessos limitados, menores traumas, melhores resultados estéticos e diminuição nos custos hospitalares, devido ao menor tempo de internação, com a mesma segurança das cirurgias tradicionais. O estudo teve como objetivo relatar a experiência em cirurgia valvar mitral minimamente invasiva (CVMMI) ao longo de 2 anos em Goiânia e analisar seus resultados relevantes.</p> <p>MÉTODO: Análise retrospectiva de 105 pacientes submetidos a CVMMI pela referida instituição em Goiânia, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016. A amostra de pacientes foi submetida a cirurgia dentro dos mesmos parâmetros que são: Toracotomia Lateral Direita utilizando-se as técnicas de clameamento com indução de cardioplegia sanguínea hipotérmica na raiz da aorta, para as primeiras cirurgias, já para as reoperações foram utilizadas fibrilação hipotérmica sem clameamento aórtico. Na determinada amostra, foram incluídos pacientes de acordo com o seguintes critérios: adultos, idade mínima de 18 anos, com IMC entre 18 e 24.9 kg/m², cirurgias eletivas e exclusiva da válvula mitral (plastia ou troca) e ambos os sexos. Foram excluídos da análise os pacientes que tinham: cirurgia de emergência, cirurgia combinada, e pacientes com IMC acima de 30 kg/m². Na análise estatística o valor de p < 0,05 foi considerado significativo, quando analisados os dados pré-operatórios e intra-operatórios. A variável de interesse foi a quantidade de pacientes operados por essa técnica cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Observou-se na amostra selecionada que não houve importante sangramento perioperatório, que se refletiu em uma baixa queda da hemoglobina, a qual teve média de 31,64±4,69 mg/dl entre as mulheres e 32,06±3,23 mg/dl a média entre os homens (p=0,5987). Ademais, o tempo de extubação foi curto e em geral variou entre 2 a 24 horas, sendo a média de 6,79±5,02 horas entre as mulheres e 4,62±0,57 horas entre os homens (p=0,00382). Por fim, o tempo de terapia intensiva (UTI) e internação no pós-operatório foi reduzido uma vez que o tempo de UTI variou entre 18 a 48 horas, com frequência de 36 horas entre as mulheres e de 48 horas entre os homens, algo satisfatório, já que na cirurgia convencional ocorre de 48 a 72 horas, e o tempo de internação variou entre 3 a 5 dias, com frequência de 4 dias para ambos os sexos.</p> <p>CONCLUSÕES: Pode-se demonstrar que o acesso minimamente invasivo (toracotomia lateral direita) não altera a mortalidade ou a morbidade para a cirurgia valvar mitral. Este procedimento é seguro e seus resultados são excelentes podendo ser indicado como acesso de rotina para os procedimentos sobre a valva mitral. Logo, os achados indicam que a cirurgia valvar mitral videoassistida é assegurada e eficaz, com altos índices de reparo, baixo tempo de internação e excelentes resultados, devido a redução do trauma cirúrgico.</p>	<p>PO 608-1</p> <p>DIFICULDADES CIRURGICAS NAS VARIAÇÕES DA TRIADE PORTAL NO TRANSPLANTE HEPATICO INTERVIVO</p> <p>Anna Carolina Pereira Gomes, Thayná Soares Oliveira, Dórica Pereira Martins, Eric Oliveira Soares Junior, Andressa Borges Brito, Renata Gama Lino, Juliane Lopes Nascimento, Mario Sousa Lima Silva</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Demonstrar as minúcias do sistema arterial hepático, as incidências das variações e as suas complicações cirúrgicas no transplante hepático.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo exploratório descritivo, epidemiológico em artigos sobre variações anatômicas do mapa arterial hepático externo, disponíveis no Google acadêmico, Pubmed e ScIELO.</p> <p>RESULTADOS: Há muitas variações nos ramos da artéria hepática, sendo importante o estudo do mapa vascular. Sendo assim, em 1955, Michels desenvolveu uma classificação do padrão anatômico do tronco celiaco e em 1966 foi internacionalmente proposta a classificação das variações anatômicas da artéria hepática. Compreende-se que, o tronco celiaco origina-se depois do hiato aórtico ao nível da transição das vértebras torácicas para as lombares, onde trifurca-se em artéria esplênica, artéria hepática comum e artéria gástrica esquerda (MOORE; AGUR; DALLEY II, 2014). Sabe-se que a vasculatura abdominal possui vários padrões de origem, logo a correta identificação da anatomia no pré-PO 609-1 evita que o cirurgião encontre situações inesperadas e que podem impedir o transplante. Dessa forma, a incidência das variações na anatomia da artéria hepática foram de 20–50%. De acordo com a classificação de Michel, as anormalidades mais frequentemente observadas foram: artéria hepática direita da artéria mesentérica superior (Tipo III, 5,63%); ramo esquerdo da artéria hepática da artéria gástrica esquerda (Tipo II, 2,71%). No caso da artéria hepática direita acessória, ramo da artéria mesentérica superior, o lobo hepático direito é vascularizado por dois troncos arteriais, gerando a dificuldade de duas reconstruções arteriais, com calibre reduzido. Na situação do tronco principal da artéria hepática direita, ramo da artéria mesentérica superior há facilitação do procedimento, devido necessitar de somente uma anastomose arterial e a artéria hepática direita é mais longa, podendo seccionar em posição mais distal ao fígado. As variações anatômicas da artéria hepática esquerda não interferem com a captação do lobo hepático direito (GIUVARĂȘTEANU; STĂNESCU; STOICA, 2015).</p> <p>CONCLUSÕES: As variações anatômicas da artéria hepática são frequentemente observadas nos transplantes intervivos. Portanto, o cirurgião deve ter em mente as possíveis alternativas para intervir, alertando para a necessidade de cautela nas disseções cirúrgicas, visando a arterialização efetiva.</p>

PO 609-1	PO 610-2
<p>HIPERTENSAO PORTA NA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI: MANEJO CIRURGICO</p> <p>Anna Carolina Pereira Gomes, Rogério Rodrigues Veloso, Dórica Pereira Martins, Thayná Soares Oliveira, Andressa Borges Brito, Renata Gama Lino, Juliane Lopes Nascimento, Mário Sousa Lima Silva</p> <p><i>UNITPAC - Araguaína - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho visa relatar a hipertensão porta decorrente da esquistossomose, centrando-se nos seus procedimentos cirúrgicos necessários para o tratamento.</p> <p>MÉTODO: O trabalho apresenta um estudo exploratório descritivo em artigos sobre hipertensão porta na esquistossomose mansoni, focado no seu tratamento cirúrgico, disponíveis no Google acadêmico, Pubmed e SciELO.</p> <p>RESULTADOS: A esquistossomose mansoni possui certa diversidade e capacidade de determinar formas clínicas graves, o que lhe confere à uma importância fundamental. A forma hepatoesplênica constitui a manifestação clínica mais frequente da esquistossomose, a qual caracteriza-se pelo comprometimento do fígado e do baço, resultando na hipertensão do sistema portal. Essa hipertensão porta decorre da deposição dos ovos nos ramos intra-hepáticos da veia porta. A oclusão porta também pode ser provocada pelo próprio parasita vivo ou principalmente morto, nos casos de infestação maciça (VECCHI, 2014). Na hipertensão porta, há diversas situações que podem levar à necessidade de operar o doente, no entanto o tratamento cirúrgico está indicado essencialmente na prevenção da recidiva hemorrágica. Analisando todos os casos de hemorragia digestiva alta em portadores de esquistossomose mansoni na forma hepatoesplênica, concluíram que o tratamento conservador obtém bons resultados em mais de 90% dos casos. Todavia a indicação cirúrgica deve ser ponderada com base no estado clínico do paciente, etiologia da hipertensão portal e a capacidade funcional do fígado. O tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica possui duas correntes, a cirurgia de derivação utilizada de maneira seletiva (esplenorenal distal) ou as cirurgias de desconexões associadas à esplenectomia, as quais tem resultados de recidiva da hemorragia a curto e em longo prazo equivalentes. A anastomose portocava está em desuso pela maior ocorrência de encefalopatia hepática. Anastomose esplenorenal, descompressão esofagogástrica e técnicas de reparação das varizes esofágicas também são usadas. O transplante hepático vem sendo tentado com bons resultados, a despeito das dificuldades técnicas e relacionadas a dificuldade de doadores (LAMBERTUCCI, 2014).</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto todo paciente com hipertensão porta esquistossomótica e que necessita de tratamento cirúrgico deve ser considerado como portador de doença grave e ser tratado como tal, sendo necessário que o médico experiente deve personalizar as opções terapêuticas. Logo, conhecer os elementos da esquistossomose mansoni é essencial para a condução dos pacientes, sendo que a principal forma de minimizar o impacto desta doença é sua profilaxia e controle com medidas em âmbitos da saúde pública.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CIRURGIAS CARDIACAS PEDIATRICAS REALIZADAS PELO SISTEMA UNICO DE SAUDE NO BRASIL, ENTRE JANEIRO DE 2008 E NOVEMBRO DE 2018</p> <p>Wanessa Gouveia Castro, Marcelo Regis Lima Corrêa, Nayara Roncoleta, Gabriel Fumian Milward de Azevedo, Lenara Melo da Silva, Horácio Tamada</p> <p><i>Universidade Federal de Rondônia - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico dos procedimentos cirúrgicos cardíacos pediátricos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entre janeiro de 2008 e novembro de 2018 no Brasil, avaliando os determinantes de saúde: total de procedimentos, taxa de mortalidade e óbitos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico quantitativo, baseado em dados do DataSUS referentes às cinco regiões brasileiras, de janeiro de 2008 a novembro de 2018. Os dados foram coletados por meio da opção "procedimentos cirúrgicos", sendo selecionadas as opções relativas à cirurgia cardíaca com a variante "Criança e Adolescente". Além disso, escolheu-se a opção "região" para que as informações regionais fossem expostas separadamente. As informações foram exportadas para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15.0, no qual se fez a transformação de variáveis e as tabulações cruzadas. Os dados foram salvos em Excel®, versão 12.0, para os cálculos de coeficientes e facilitação do seu manuseio e análise. As informações foram expostas em gráficos e tabelas.</p> <p>RESULTADOS: A região Norte apresenta o menor número de internações (303) e a maior taxa de mortalidade (18,36). O Centro-Oeste está em segundo lugar nos dois parâmetros (724 internações e taxa de mortalidade de 15,01). O Nordeste, com a 3ª maior quantidade de internações (1388), tem a menor mortalidade (10,53). O Sul possui o segundo maior número de internações efetivas (1451) e possui uma alta taxa (13,97), ficando atrás do Nordeste e Sudeste. Esta última, é a que mais realiza procedimentos no país (3154), apresentando a segunda taxa de mortalidade mais baixa (10,82).</p> <p>CONCLUSÕES: Nota-se que não há relação direta entre o número de internações efetivas para as cirurgias, o número de óbitos e a taxa de mortalidade. O número de procedimentos cardiopediátricos aumentou em todas as regiões do Brasil no período analisado. A relação entre esse número e a quantidade de óbitos pós-cirúrgicos é estreita e melhor calculada pela taxa de mortalidade cirúrgica. Há variação entre as regiões, de modo que fatores como o desenvolvimento econômico e a concentração de hospitais são fundamentais para a realização de cirurgias cardiopediátricas, tendo em vista o seu grau de complexidade e a necessidade de hospitais especializados, experiência das equipes cirúrgicas e qualidade das equipes interdisciplinares.</p>
<p>PO 611-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS HEPATECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES – HUCAM, DE 2009 A 2017</p> <p>LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR, JULIA LORENZONI MOROSINI, JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA, Alberto BUGE STEIN, DOGLAS GOBBI MARCHESI, GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL</p> <p><i>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO - VITORIA - Espirito Santo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos às ressecções hepáticas, realizadas de forma eletiva no serviço de cirurgia geral e do aparelho digestivo do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e compará-lo com dados existentes na literatura médica atual.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, realizado por meio da revisão de prontuário médico dos pacientes submetidos de forma eletiva a hepatectomia, segmentectomia ou metastasectomia hepáticas no serviço de cirurgia geral e do aparelho digestivo do HUCAM no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2017, formando um total de 81 pacientes.</p> <p>RESULTADOS: A faixa etária variou de 17 a 73 anos, com média de 48,9 anos. A relação entre mulheres e homens foi de 1,89:1. A maioria dos pacientes (76,5%) são naturais do Espírito Santo. O tempo de internação total variou de 3 a 73 dias, com média de 15 dias. A maioria dos pacientes (59,3%) possuíam ao menos uma comorbidade na ocasião da cirurgia, e a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (64,6%). Hepatectomias regradas corresponderam a 93,9% das cirurgias. O foco primário das metástases foi, na grande maioria, de neoplasia colorretais (61,9%). Complicações cirúrgicas foram documentadas em 17,3% dos pacientes, a mais prevalente foi Insuficiência hepática (23,5%).</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico dos nossos pacientes é semelhante ao relatado na literatura mundial, exceto em relação ao sexo. Não foi possível comparar a etnia. Foi registrado um maior percentual de cirurgia regradas, maior tempo de internação, e maior número de complicações em nosso serviço comparativamente à literatura vigente</p>	<p>PO 611-3</p> <p>ANALISE DO CONTEXTO HISTORICO DO ENSINO DA CIRURGIA NO SEculo XVII POR MEIO DA OBRA "LIÇÃO DE ANATOMIA DO DR. FREDERIK RUYSH"</p> <p>Maria Elisa Alcântara Cruz, Lucas Valle Ciccozzi, Gabriel Martins Araújo, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UNICEPLAC - DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma análise crítica e histórica do ensino médico na Holanda do século XVII meio da obra "Lição de Anatomia do Dr. Frederik Ruysch", de Adriaen Backer.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se busca nas bases de dados Medline e Scielo com os termos "Adriaen Backer", "história da medicina", "arte e medicina", "ensino médico", "história", Frederik Ruysch, assim como em obras complementares relacionadas à história da medicina. Foi feita também uma análise crítica da pintura em endereços eletrônicos vinculados ao museu de Amsterdã onde a obra se encontra na atualidade.</p> <p>RESULTADOS: Frederik Ruysch (1638-1731) é considerado um dos pioneiros no conhecimento anatômico sobre o sistema linfático. A pintura "Lição de Anatomia de Frederik Ruysch" enfatiza esse fato, já que o cirurgião posou para o pintor Adriaen Backer exatamente examinando os vasos linfáticos da região inguinal. A pintura, encomendada pela Guilda de Cirurgiões de Amsterdam, faz parte de uma longa tradição da pintura holandesa, à semelhança de obras de outros artistas muito famosos, entre os quais se destaca Rembrandt. Ruysch se orgulhava especialmente de seus espécimes anatômicos, cuja qualidade era tão elevada que pareciam ainda estar vivos.</p> <p>CONCLUSÕES: A análise da pintura "Lição de Anatomia de Frederik Ruysch" permite-nos vislumbrar o ambiente acadêmico no qual viviam os cirurgiões da Holanda do século XVII. Tal fato contribui para a compreensão da evolução histórica da ciência da cirurgia, conhecimento este de grande importância para o cirurgião moderno.</p>

PO 612-1	PO 614-1
<p>A TERAPIA NUTRICIONAL NO TRANSPLANTE HEPATICO</p> <p>Rafael Rodríguez Teixeira de Carvalho, Natalia Sampaio Freitas, Luciano Teixeira de Carvalho, Ivanice Bezerra da Silva Gomes, Daniel Sarmento Bezerra, Tânia Regina Ferreira Cavalcanti</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo verificar junto a literatura quais as abordagens nutricionais envolvidas no paciente hepático candidato ao transplante ou já transplantado.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, constituída por publicações indexadas no banco de dados da NCBI - National Center for Biotechnology Information. Nas bases de dados foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, disponibilizados no site http://decs.bvs.br/. Os descritores – liver, transplant e nutrition - foram pesquisados usando-se o inglês como idioma. Os fatores de inclusão foram artigos gratuitos pertencentes aos últimos cinco anos que tivessem o texto completo disponível no idioma inglês. A pesquisa na NCBI encontrou um total de 2324 artigos, sendo que apenas 5 se incluíam nos fatores de inclusão.</p> <p>RESULTADOS: O conhecimento do estado nutricional do paciente possibilita uma abordagem terapêutica nutricional adequada como também o correto manejo e aconselhamento de pacientes transplantados ou em vias de transplante. Diante do conhecimento de que, no geral, os pacientes candidatos a transplantes estão desnutridos introduziu-se o uso de imunonutrientes (aminoácidos de cadeia ramificada, pré e probióticos) na alimentação e eles têm mostrado bons resultados. Ao menos 25% dos pacientes sofre a associação entre desnutrição e doença hepática o que aumenta as hospitalizações, custos e o tempo de estadia do paciente. Na cirrose descompensada, por exemplo, a desnutrição pode chegar a atingir 60% ou até todos os pacientes. Atualmente, parâmetros antropométricos - Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência do Meio do Braço (MAC), Circunferência Muscular do Braço (AMC), Área muscular do braço (AMB) e área gordurosa do braço (AFA) - e parâmetros analíticos - albumina, pré-albumina, transferrina, total de linfócitos, colesterol total, creatinina e proteínas - identificam tanto a desnutrição quanto a função hepática. (GÁRCIA-RODRIGUEZ et al., 2015) (ANASTÁCIO; CORREIA, 2016) (SINGAL et al., 2013). Alguns dos fatores que causam a desnutrição são: deficiência de zinco, ascite, trânsito intestinal diminuído e aumento de citocinas inflamatórias, como também períodos extensos de jejum para procedimentos diversos. Vários estudos têm relatado que após a regeneração da função hepática ocorre sarcopenia, sobrepeso e obesidade; daí a recomendação por parte dos nutricionistas que a ingestão máxima seja de 40 kcal/kg e 1,5g de proteína/kg (ANASTÁCIO; CORREIA, 2016) (GIUSTO et al., 2014).</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento nutricional do paciente candidato ao transplante ou transplantado é essencial para que haja sucesso na cirurgia e na qualidade de vida no pós-transplante. Embora não haja consenso entre os estudos acerca da melhor forma de diagnosticar e manter a nutrição do paciente, sabe-se que uma equipe multidisciplinar com atuação de um nutricionista, traz excelentes resultados ao tratamento.</p>	<p>COMPARAÇÃO ENTRE AS TÉCNICAS HEMOSTÁTICAS DE LIGADURA FALSA E CLAMPEAMENTO NO DANO HEPATICO PROVOCADO POR ISQUEMIA HEPATICA TOTAL EM RATOS WISTAR</p> <p>Glenda Figueira Guimarães, Edson Yuzur Yasojima, Rosa Helena Figueiredo Chaves, Lucas Nascimento Galvão, Emanuelle Matos Rodrigues, Daniel Arthur Santos Santos, Maira Khoury Evangelista, Mateus Paes Teixeira</p> <p><i>CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar os efeitos causados por diferentes técnicas hemostáticas de ligadura falsa e clampeamento no dano hepático provocado por isquemia hepática total em ratos Wistar</p> <p>MÉTODO: Neste estudo foram utilizados 15 ratos (<i>Rattus norvegicus</i>) da linhagem Wistar, machos, adultos, com aproximadamente 120 dias de idade, pesando entre 250g e 300g, provenientes do Biotério do Instituto Evandro Chagas, os animais foram distribuídos em 3 grupos contendo 5 animais cada, grupo controle (GC) sem nenhum procedimento, e mais dois grupos com a realização de uma laparotomia longitudinal mediana xifopúbica, sendo realizado posteriormente a manobra de pringle, para realização da isquemia hepática por 30 minutos e após 2 horas de reperfusão, assim o grupo Ligadura Falsa (GL) utilizava um fio de seda, dois-zero, em torno do pedículo hepático para realização da isquemia, e o grupo clampeamento (GC) utilizava micro-clamp vascular no pedículo hepático. Após esses procedimentos foram retirados os fígados dos animais, sendo fixado em formaldeído a 10% e coradas pela técnica de hematoxilina-eosina para análise histológica, e posteriormente foram quantificados os achados histológicos por meio do escore de Quireze.</p> <p>RESULTADOS: Nos grupos estudados não foi encontrada necrose celular em nenhum dos grupos, foram encontrados mais danos histológicos no grupo que utilizou o clamp vascular, apresentando mais congestão de hemácias ($\pm 2,62$ hemácias por campo), em comparação com o grupo controle ($\pm 0,28$ hemácias por campo) e no grupo ligadura falsa ($\pm 1,52$ hemácias por campo), também foram achados diferenças estatísticas a hemorragia sinusoidal, mais evidente no grupo que utilizou o clamp vascular. Em relação aos outros achados histológicos, como retração e esteatose hepatocelular, não houve diferença estatística entre os dois grupos que sofreram procedimentos</p> <p>CONCLUSÕES: Assim, as lesões hepáticas, em especial da microvascularização hepática, acontecem em ambas as técnicas de isquemia hepática, apresentando maiores danos histológico a técnica que utilizou o clamp vascular, mostrando assim a ligadura falsa ser um método menos lesivo para o fígado após a manobra de Pringle.</p>
<p>PO 615-1</p> <p>USO DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM SEGMENTECTOMIA HEPATICA UTILIZANDO SOMENTE ENERGIA MONOPOLAR – A EXPERIENCIA DE UM HOSPITAL TERCIARIO EM SALVADOR, BAHIA.</p> <p>Bianca da Silva Vinagre Nascimento, Heitor Carvalho Guimarães, Jorge Luiz Andrade Bastos, Luiz Vianna de Oliveira</p> <p><i>Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos - SALVADOR - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o perfil de pacientes e desfechos de daqueles submetidos a segmentectomias hepáticas videolaparoscópicas num Hospital terciário de Salvador-Bahia sem a utilização de grameadores, nem dispositivos de energia entre o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, com coleta de dados de pacientes submetidos a segmentectomias hepáticas por videolaparoscopia entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018 a partir de uma ficha de coleta criada para levantamento de dados epidemiológicos, tipo de abordagem cirúrgica e desfechos dos procedimentos.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizadas segmentectomias hepáticas por videolaparoscopia em 13 pacientes no período avaliado, havendo utilização de energia monopolar e clip 300 para contenção de possíveis sangramentos. Os segmentos ressecados foram: VII (n = 4), IV + V (n = 2), IV b (n = 2), IV (n = 1), V (n = 1), III (n = 1), II + III (n = 1), VIII (n = 1). A média de idade foi de 58,15 anos, variando entre 27 a 73 anos, sendo 08 pacientes do sexo masculino e 05 do sexo feminino. 8 pacientes eram portadores do vírus C. O tempo médio de internação foi de 6,92 dias, com apenas uma cirurgia convertida por dificuldade de ressecção e sangramento mais proeminente, havendo necessidade transfusional apenas neste caso. Houve evolução para insuficiência hepática aguda em um caso. A mortalidade foi de 15% (2 casos).</p> <p>CONCLUSÕES: Os benefícios e avanços da laparoscopia são uma realidade inquestionável. Contudo, o alto custo dos instrumentais especiais inviabiliza a utilização em larga escala em hospitais públicos brasileiros. Em centros que não dispõem de tais recursos a realização de segmentectomias hepáticas videolaparoscópicas com energia monopolar exclusiva é factível desde que haja equipe treinada e familiarizada com a técnica cirúrgica.</p>	<p>PO 616-1</p> <p>VARIAÇÕES ANATÔMICAS DA VEIA PORTA HEPATICA: ESTUDO EM CADAVERES</p> <p>KAUANA OLIVEIRA GOUVEIA, VALÉRIA MIDORI GUTOSKI YUKI, GERALDO ALBERTO SEBEN, CARLOS GOMES, SERGIO LUIZ ROCHA, BRUNO CERON HARTMANN, Flavia Cristina KUFNER, Guilherme Polesello CRUZ</p> <p><i>PUCPR - CURITIBA - Parana – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo pretende investigar e estudar as variações anatômicas da veia porta hepática em cadáveres e comparar com as relatadas previamente na literatura.</p> <p>MÉTODO: A coleta de dados foi realizada no laboratório de anatomia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Dentre 48 peças e cadáveres disponíveis, 25 apresentavam todas as estruturas necessárias para o estudo. Os parâmetros analisados foram: vasos formadores da veia porta, comprimento e diâmetro da veia porta, diâmetro da veia mesentérica superior e diâmetro da veia esplênica</p> <p>RESULTADOS: A análise dos dados revelou variações anatômicas na formação da veia porta em três casos (12%, com intervalo de confiança de 95%: 0 a 25%). A Veia Porta foi avaliada sob três aspectos: formação, comprimento e diâmetro do vaso. A formação da Veia Porta foi o principal aspecto analisado neste estudo. Sendo assim, dos 25 casos analisados, três apresentaram variações anatômicas na formação da Veia Porta. Nestes três casos, a Veia Mesentérica Inferior foi tributária da Veia Mesentérica Superior. Nos demais casos a formação da Veia Porta ocorreu sob a normalidade. O comprimento médio da Veia Porta neste estudo foi de 5,1 cm, variando de 3,2 cm na peça 12 até 8,3 cm na peça 3. Em relação ao diâmetro, observa-se que a média encontrada em nosso estudo foi de 1,5 cm, variando de 0,8 cm a 2,1 cm. O diâmetro médio da Veia Esplênica foi de 0,9 cm, da Veia Mesentérica Superior foi de 0,96 cm e da Mesentérica Inferior foi de 0,6 cm.</p> <p>CONCLUSÕES: Esta pesquisa pode concluir que as variações anatômicas da Veia Porta ocorreram em 12% (n=3) dos casos, todos apresentando a junção da Veia Mesentérica Inferior com a Veia Mesentérica Superior anterior à desembocadura da Veia Esplênica.</p>

PO 617-2	PO 620-2
<p>ANÁLISE DOS RESULTADOS DE TORACOTOMIA NO TÓRAX TRAUMÁTICO</p> <p>Lara Inês Martins Dantas, Rebeca Leite de Oliveira Santos, Daiany Pereira de Castro, Bruno de Oliveira Araujo Sousa</p> <p><i>ITPAC Porto Nacional - porto nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O estudo busca analisar os resultados da toracotomia realizada em pacientes vítimas de trauma torácico, submetidos à toracotomia simples, mediana, bilateral e combinada em casos de toracotomia de reanimação, emergência e urgência.</p> <p>MÉTODO: Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica, sobre Toracotomia no tórax traumático. Para tal, realizou-se uma pesquisa e análise de artigos científicos, estudos retrospectivos e coleções de casos clínicos, nas bases de dados do PubMed e Scielo. Os descritores utilizados foram "Thoracotomy", "Thoracic Injuries" e "TraumaticThorax". Os critérios de inclusão foram: publicação com no máximo cinco anos, no idioma português ou inglês. Foram excluídos os artigos que não contemplaram situações de trauma ou os critérios de inclusão.</p> <p>RESULTADOS: O Trauma torácico pode causar lesões potencialmente letais, com níveis altos de mortalidade. Dessa maneira, 15-30 % dos pacientes, necessitam de um acesso aos órgãos intratorácicos (toracotomia). Nesse contexto, Roberto, Talini e Barbier analisaram 98 prontuários eletrônicos de pacientes vítimas de trauma torácico, 43 sofreram ferimentos abertos por arma de fogo e arma branca e 55 trauma fechado. E entre todos os pacientes, apenas 12 necessitaram de toracotomia, 31 apresentaram algum tipo de complicação e 17 foram a óbito. Nesse sentido, a pesquisa de GUIMARAES, Marcelo Beck et al. observou que a toracotomia de emergência após traumatismo contuso mostrou uma mortalidade de 100%. Enquanto pacientes com facadas teve a sobrevida de 23,5%. Assim, pode-se afirmar através dos estudos que a toracotomia é eficiente em pacientes com trauma penetrante isolado, com sinais de vida e presença de tamponamento. Entretanto, a taxa de sobrevida após a toracotomia de emergência relatada na literatura varia muito, indo de zero à 38%. Sendo que para Kútna B et al., uma indicação urgente é a hipotensão grave. Artigos também afirmam que em casos de traumas contusos, extratorácicos e com ausência de sinais vitais, é preferível uma abordagem conservadora (drenagem).</p> <p>CONCLUSÕES: Dado o exposto, a triagem é essencial para pacientes vítimas de tórax traumático, posto que é identificável a necessidade de toracotomia de acordo com a condição clínica do paciente, o mecanismo de lesão, local da lesão e a presença de tamponamento. Para que dessa forma ocorra redução dos danos aos pacientes.</p>	<p>ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CIRURGIAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DE RONDONIA - AMAZONIA OCIDENTAL</p> <p>Robson Henrique Gomes, Marcelo Regis Lima Corrêa, Wudson Henrique Alves de Araújo, Talita Bizerra Silva, Wylían Dias Cosmo de Oliveira, Horácio Tamada</p> <p><i>Centro Universitário São Lucas - Porto Velho - Rondonia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares ocorridos no estado de Rondônia, no período de Janeiro de 2008 a Outubro 2018, comparando-o com outras localidades.</p> <p>MÉTODO: Obtenção de dados secundários no período de Janeiro de 2008 a Outubro de 2018, através da plataforma DataSUS, para o Brasil e todas as unidades da federação, utilizando os seguintes determinadores: Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Internações, Média de Permanência, Taxa de Mortalidade, Óbitos e os Procedimentos Realizados.</p> <p>RESULTADOS: A região norte do país contabilizou as menores quantidades de especialistas em todas as áreas (10.766) e também a menor razão médico/paciente (1,16). Rondônia contabilizou 4% das AIH's da região Norte, correspondendo a 3.555. Tais valores são baixos em relação às outras unidades de federação, porém as doenças cardiovasculares acometem uma parcela grande da população. Em relação à média de permanência, o estado rondoniense expressou o índice de 5,9 dias. A taxa de mortalidade é a segunda menor da região norte, com 2,14, em que tal indicativo reflete a efetividade dos tratamentos cirúrgicos, entretanto, é influenciado por inúmeros fatores internos e externos. O procedimento mais realizado, em número de 180, foi o implante de marcapasso com camera dupla transvenoso, correspondendo com o segundo mais realizado no território brasileiro. Nesse viés, em relação a cirurgia mais realizada no Brasil, revascularização do miocárdio, Rondônia contabilizou 126 procedimentos. A maior dificuldade encontrada no estudo foi a falta de referências bibliográficas mais atualizadas e ausência em estudos regionais para analisar uma possível progressão.</p> <p>CONCLUSÕES: O estado de Rondônia demonstra grande potencial, evidenciado pelos resultados na efetividade dos procedimentos e na baixa taxa de mortalidade. Porém, mostra, também, uma grande necessidade de investimento em tecnologia, promovendo a atração de especialistas na área de cirurgia cardiovascular, pois os procedimentos mais complexos não são realizados.</p>
<p>PO 623-3</p> <p>UMA BREVE HISTÓRIA DA ANESTESIA</p> <p>Hugo Mirindiba Bomfim Palmeira, Luan Marra Gomes, Lucca Cardoso Damasceno, Carolina Mendonça Costa, Jordano Pereira Araújo, Rafaela Silva Schottz, Matheus Pedrosa Tavares</p> <p><i>UNICEPLAC - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer uma revisão da literatura sobre a história e evolução da anestesia como marco fundamental da Medicina moderna.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se buscas nas bases de dados MedLine e Scielo utilizando-se os seguintes descritores: "história" e "anestesia" durante o período de 3 a 5 de fevereiro de 2019.</p> <p>RESULTADOS: Dioscórides, filósofo grego, é considerado o primeiro a utilizar o termo ANESTESIA no primeiro século da era cristã descrevendo os efeitos narcóticos da planta mandrágora. No entanto, o termo anestesia como é utilizado hoje é creditado a Oliver Wendell Holmes em 1846 descrevendo um estado similar ao sono. As populações antigas utilizavam substâncias como papoula, folhas de coca, raiz de mandrágora, álcool e até flebotomia para permitir a realização de cirurgias. Os egípcios, por exemplo, utilizavam uma mistura da papoula (morfina) e hiosciamos (hiosciamina e escopolamina); uma mistura similar (morfina com escopolamina) é utilizada até hoje por via parenteral como medicação pré-anestésica. Outra forma de anestesia, utilizada pela população inca, era a folha de coca mascada que posteriormente era aplicada nas feridas operatórias como anestesia local. Crawford Williamson Long, um jovem do sul dos EUA, foi o primeiro médico a operar sem dor, realizando pequenos atos cirúrgicos sob anestesia com uso de éter. Para provar os efeitos do éter, Long teve a oportunidade de amputar dois dedos do filho de um escravo, dos quais apenas um sob efeito da anestesia. Entretanto, os procedimentos realizados por Long foram sigilosos e sem publicação acadêmica, o que posteriormente implicou em uma disputa pela primazia da descoberta com William T. G. Morton, que em 16 de outubro de 1846 na cidade de Boston no anfiteatro cirúrgico do Massachusetts General Hospital, por meio de um aparelho inalador de éter sulfúrico idealizado pelo mesmo, anestesiou e participou da cirurgia de um paciente com tumor na região cervical. O estudante de medicina por Harvard e odontologista, ao contrário de Long, teve seu feito publicado no ano de 1847, sob pressão da Associação Médica Norte-Americana, na revista "Medical Examiner".</p> <p>CONCLUSÕES: Existem registros do uso de substâncias anestésicas por vários povos ao longo da história. No entanto, o conceito atual de anestesia como conhecemos hoje data de 1846 e, apesar de Williamson Long ser o primeiro a realizar procedimentos utilizando anestesia de forma sistemática, William T. G. Morton é considerado o pai da anestesia por ser o primeiro a realizar uma publicação científica sobre este recurso cirúrgico.</p>	<p>PO 625-2</p> <p>FATORES PROGNÓSTICOS PARA A LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR.</p> <p>Yuri Nayan Kirsch, Marcus Vinicius Esteves Avelino Rocha, Victor Sandrini Silva, Rafael Quixabeira Bezerra Araujo, Pedro Luis Reis Crotti, Geraldo Messias Santos Silva</p> <p><i>Universidade de Cuiabá - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que basicamente afeta mulheres jovens no período fértil de sua vida. Clinicamente, manifestam-se através de dispnéia progressiva, pneumotórax de repetição, tosse seca e, menos freqüentemente, por quilotorax e escarros hemópticos. Essas alterações surgem devido à proliferação anormal de células de músculo liso no parênquima pulmonar, linfonodos e outros tecidos. A prevalência relatada de linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM) é de cerca de 1/1.000.000 na Grã-Bretanha (1), França (2) e Estados Unidos (3). Contudo, a prevalência real deve ser maior, principalmente pelo grande desconhecimento que há sobre a doença, o que retarda o diagnóstico. Um recente inquérito entre pneumologistas canadenses revelou que de 118 médicos, 61 nunca haviam se deparado com um caso de LAM.</p> <p>MÉTODO: Estabelecer correlação entre os fatores prognósticos clínicos e anatomopatológicos da linfangioleiomiomatose. Os autores correlacionam clínicos e laboratoriais (anatomopatológico) presentes em fragmentos de pulmão de pacientes com linfangioleiomiomatose.</p> <p>RESULTADOS: Após a determinação da fração de área nuclear e citoplasmática, obteve-se a relação núcleo-citoplasmática, onde os resultados variam de 0,09 a 0,52. Os valores de volume nuclear variam de 8,37 a 86,15 µm³. A primeira avaliação das pacientes mostrou que havia sete delas (63,6%) com sintomas leves e quatro (36,4%) com sintomas graves. Cinco pacientes (45,5%) mantiveram seu estado clínico funcional inalterado ao longo e seis (54,5%) apresentaram piora dos sintomas. Houve correlação estatisticamente significante entre cada um dos parâmetros estudados (p<0,05).</p> <p>CONCLUSÕES: A LAM é uma doença pulmonar progressiva e o presente sugere haver correlação entre as medidas obtidas por método estereológico de avaliação da musculatura lisa pulmonar e as condições clínicas e evolutivas das pacientes. A linfangioleiomiomatose pulmonar é uma doença rara que atinge basicamente mulheres em período reprodutivo, e que clinicamente se manifesta por dispnéia progressiva, tosse seca, pneumotórax espontâneo de repetição e quilotorax. Em cerca de metade das pacientes pode-se encontrar angiomiolipomas renais. Funcionalmente evolui para um distúrbio obstrutivo progressivo e os achados tomográficos são bastante característicos, demonstrando múltiplos cistos de parede fina dispersos por todo o parênquima pulmonar. Apesar da ausência de um tratamento definitivo, o uso de anti-hormonais tem, em algumas séries, retardado a progressão da perda funcional e prolongado a sobrevida das pacientes. As recentes descobertas da associação genética entre LAM e ET trazem novas perspectivas quanto ao entendimento da etiopatogenia e deve gerar novas pesquisas que avaliem a interação entre a ativação de oncogenes e o "status" hormonal.</p>

PO 625-3	PO 626-3
<p>UM IMPERADOR DEPOSTO, UM PRESIDENTE ASSASSINADO E UM MEDICO QUE SABIA BORDAR: O NASCIMENTO DA CIRURGIA VASCULAR.</p> <p>MARJORJE BEZERRA PORCIUNCULA, ANA RENATA DEZZEN GOMES, JÚLIA MARINHO RAMOS LIMA, JORDANO PEREIRA ARAÚJO</p> <p><i>UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho tem por objetivo entender as circunstâncias sociais e históricas que levaram ao nascimento da cirurgia vascular.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se pesquisa nas bases de dados Medline e PubMed utilizando-se os termos "history", "vascular surgery", "anastomoses", "Alexis Carrel" em português e em inglês.</p> <p>RESULTADOS: Quando o imperador D. Pedro II morreu exilado em Paris, o presidente francês Sadi Carnot, admirador do brasileiro, realizou um extraordinário funeral. Sadi Carnot encontrou, entretanto, uma morte trágica em 1894, durante visita à Lyon, onde foi vítima de um atentado (sofreu um ferimento por arma branca no abdome). Atendido por professores da Faculdade de Medicina de Lyon, foi realizada uma laparotomia, descobrindo-se laceração de fígado e veia porta. As tentativas de tamponar o sangramento não obtiveram sucesso, pois à época não se conheciam técnicas para suturar vasos sanguíneos (eles podiam apenas ser ligados). Intrigado com tal desfecho, Alexis Carrel, um jovem estudante de medicina, decidiu se dedicar ao problema das suturas vasculares. Quando Carrel ficou órfão, sua mãe precisou trabalhar como bordadeira para sustentar a família e a habilidade dela com finas agulhas e linhas sempre o impressionou. Buscando aprimorar sua própria técnica cirúrgica, ele se tornou aluno da melhor bordadeira de Lyon. Trabalhou no laboratório de anatomia do Professor Jean Leo Testut, onde fez inúmeros experimentos em cadáveres e animais, desenvolvendo então a técnica de anastomose vascular término-terminal (boca a boca) que é utilizada até hoje. Ele publicaria o resultado desses trabalhos em 1902. Com uma personalidade difícil, ele não encontrou acolhida no meio médico de Lyon. Mudando-se para os Estados Unidos, onde continuou o trabalho com suturas e anastomoses vasculares estendendo-o à sua consequência natural: o transplante de órgãos. O cirurgião realizou, com sucesso, o transplante de um rim no pescoço de um cachorro, sendo considerado o pai da cirurgia de transplante. Carrel foi o primeiro pesquisador trabalhando nos Estados Unidos laureado com o prêmio Nobel, "em reconhecimento por seu trabalho com sutura vascular e transplante de vasos sanguíneos e órgãos". Retornou à França durante os dois conflitos mundiais, desenvolvendo durante o primeiro a técnica de irrigação de ferida e posteriormente se interessado pela área de envelhecimento celular.</p> <p>CONCLUSÕES: A história nos mostra a sucessão de eventos que culminaram no trabalho pioneiro de Carrel, fornecendo os princípios que fomentaram o nascimento da especialidade conhecida como cirurgia vascular. Tal evolução permitiu o desenvolvimento das cirurgias de transplantes de órgãos, que já salvaram ou melhoraram a qualidade de milhões de vidas.</p>	<p>A INTRINCADA HISTORIA DA INJEÇÃO DE SUBSTANCIAS MODELADORAS E OS NARCISOS MODERNOS: UM CAMPO FERTIL PARA O CHARLATANISMO.</p> <p>MARJORJE BEZERRA PORCIUNCULA, KAROLINE LAURENTINO LOPES PINTO, ANA CAROLINA SOUZA SIZNANDO DE ARAUJO, FERNANDA DE LIMA OLIVEIRA, NATÁLIA CLARET TORRES PRAÇA, PAULA CAMPOS DE MENDONÇA, KLÉBER BABINSKI CABRAL, JORDANO PEREIRA ARAÚJO</p> <p><i>UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Fazer uma revisão da história da injeção de substâncias modeladoras para fins estéticos e uma análise crítica do uso espúrio de tais métodos ao longo do tempo.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão da literatura por meio de pesquisa nas bases de dados Medline e PubMed, utilizando os termos "Narciso", "Estética", "Substâncias injetáveis" e "História da Medicina". Buscou-se ainda na mídia leiga casos de pessoas que fizeram uso indiscriminado de tais técnicas.</p> <p>RESULTADOS: Narciso, personagem da mitologia grega conhecido pela beleza incomum, despertava paixões violentas em deuses e mortais, aos quais era, no entanto, insensível. Certo dia, parou à beira de um lago e, perplexo com a própria imagem refletida, definiu até morrer, transformando-se em uma flor. A busca pela beleza é tão antiga quanto a própria humanidade. Independentemente do gênero, as pessoas tentaram (e ainda tentam) realçar sua aparência. Porém, muitas vezes, em detrimento da própria saúde, tornam-se "vítimas voluntárias" de profissionais inescrupulosos, termo criado pelo Dr. Oppenheimer em 1920, e "escravos" da própria imagem. A injeção de substâncias variadas para "modelar" o corpo humano é antiga. No fim do século XIX, a injeção de parafina foi utilizada para preenchimento e correção de deformidades do nariz. O "nariz em sela", deformidade proveniente (entre outras causas) da sífilis-congênita era uma condição estigmatizante e foi um elemento que estimulou tentativas de correção. Já na década de 1960, a injeção de silicone líquido foi a moda, principalmente visando o aumento do volume das mamas. Apesar das boas intenções dos médicos, que realizam procedimentos em busca de melhores resultados a seus pacientes, tanto estéticos quanto de caráter emocional, as duas histórias tiveram repercussões nocivas à saúde dos pacientes. O passado, infelizmente, não serviu de lição pois, atualmente, ainda é tema de relevância e preocupação o uso indiscriminado de substâncias devido às sequelas irreversíveis e aos óbitos relacionados. Um exemplo recente de substâncias para modelagem é a injeção de polimetilmetacrilato (PMMA), que em grandes quantidades mostrou-se catastrófico. A aplicação pelos "médicos de beleza, da publicidade", em busca de altos vultos das "vítimas voluntárias" entre os leigos, ainda se faz presente, vide caso que foi amplamente divulgado no Brasil em 2018. Aqueles que continuam a utilizar a injeção de substâncias modeladoras em grandes quantidades, sem evidência científica de suporte, entram em duas categorias: são ignorantes ou simplesmente "charlatões".</p> <p>CONCLUSÕES: A injeção de substâncias modeladoras do corpo com fins estéticos remonta à antiguidade. O desejo irrefreável pela fisionomia ideal ditada pelos padrões de beleza inalcançáveis muitas vezes se sobrepõe aos possíveis riscos à saúde. Tal qual Narciso, na escolha entre a vida e a própria imagem, muitos indivíduos optam pela última. Percebe-se que a busca por "perfeição" acaba sendo nociva à saúde, o que fere o preceito de "não maleficência" da Medicina.</p>
<p>PO 627-2</p> <p>PROGRAMA DE CUIDADOS INTEGRAIS APLICADO A CIRURGIA TORÁCICA EM IDOSOS: PROJETO PILOTO E RESULTADOS INICIAIS</p> <p>Daniela Cristina Almeida Dias, Bruno Fernando Binotto, Thiago Carvalho Gáudio, Julio Mott Ancona Lopez, Andre Miotto, Pedro Augusto Antunes Honda, Marcio Botter, Jorge Henrique Rivaben</p> <p><i>Instituto Prevent Senior - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho se propõe a mostrar o desenvolvimento de um programa de cuidados integrais numa população de pacientes idosos submetidos à cirurgia torácica eletiva.</p> <p>MÉTODO: Estudo retrospectivo o qual descreve a implementação de um programa de cuidados multidisciplinar baseado nos programas de cirurgia "Fast Track" e "Enhanced Recovery" nos pacientes idosos que foram submetidos à cirurgia torácica eletiva no Hospital Sancta Maggiore Higienópolis no período de 01 de julho de 2017 até 30 de abril de 2018 que preencheram os critérios de inclusão e exclusão.</p> <p>RESULTADOS: No estudo 80 pacientes foram submetidos a cirurgia torácica eletiva no período proposto com idade entre 60 a 85 anos. Os pacientes foram avaliados e preparados no ambulatório da cirurgia torácica, avaliação pré-operatória, nutrição, participaram de reunião multidisciplinar previamente. Receberam preparo imuno-nutricional, internaram com jejum de 8 hs e 2hs antes da cirurgia receberam solução de maltodextrina. Posteriormente seguiram para o preparo pré-operatório onde eram abordados pela anestesia e medicina integrativa. Pela medicina integrativa foram utilizadas técnicas de aromaterapia, massagem, acupuntura. No intra-operatório foi reduzido uso de opióides, realizada hidratação e hemotransfusão parcimoniosas, evitado hipoglicemia, uso de meias elásticas e sala a 25°C. A cirurgia foi minimamente invasivas (videocirurgia) sempre que possível. Após a recuperação pós anestésica os pacientes foram encaminhados para o quarto, exceto os que apresentaram algum tipo de instabilidade ventilatória ou hemodinâmica foram encaminhados a UTI. No quarto foram acompanhados pela equipe médica de cirurgia torácica, geriatra, cuidados integrativos e demais equipe multidisciplinar, quando foram direcionados o mais breve possível para diversas atividades físicas e psicossociais. Quando tinham condições clínicas receberam alta hospitalar com o primeiro retorno ambulatorial com cirurgia torácica em até 10 dias.</p> <p>CONCLUSÕES: É factível e segura a implementação de programas que visam uma recuperação rápida e otimizada na população idosa que submetida cirurgia torácica eletiva. O programa forneceu uma estrutura para iniciar e protocolar medidas sistemáticas a fim de melhorar o atendimento desses pacientes e provavelmente trazer melhores resultados quanto a recuperação pós-operatória; conclusões essas que logo serão demonstradas em estudo andamento.</p>	<p>PO 627-3</p> <p>O VERDADEIRO SHERLOCK HOLMES</p> <p>MARJORJE BEZERRA PORCIUNCULA, VICTORIA MALZONI DIAS PORTO, KAROLINE LAURENTINO LOPES PINTO, ANTÔNIO CARLOS PONTES JUNIOR, FERNANDA RIBEIRO DE LIMA ALVES GUILHERME, MARIA ELISA ALCÂNTARA DA CRUZ, LUÍS OTÁVIO AMARANTE FRANCO, JORDANO PEREIRA ARAÚJO</p> <p><i>UniCEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O trabalho tem o objetivo de expor como o cirurgião Dr. Joseph Bell, com sua alta capacidade de observação e dedução, auxiliou no desenvolvimento da Medicina Forense.</p> <p>MÉTODO: Realizada pesquisa nas bases de dados Lilacs, Medline e PubMed utilizando os termos "Joseph Bell", "Sherlock Holmes", "História da Medicina", "Medicina Forense" em português e em inglês.</p> <p>RESULTADOS: O Dr. Joseph Bell (1837-1911) foi um cirurgião escocês famoso por sua capacidade de dedução. O médico era capaz de descobrir, sem qualquer relato do paciente, a doença que o trouxera à consulta, a sua origem, a sua ocupação e muitos detalhes sobre sua vida. Ele dizia: "A maioria das pessoas veem, mas não sabem observar. Olhando de relance um indivíduo, podemos identificar o país de origem por suas feições; pelas mãos, a profissão e os meios de vida; e o resto da sua história é revelado pelo modo de andar, os maneirismos, os berloques do relógio e até os fiapos que aderem às suas roupas.". Além de grande cirurgião, ele foi um dos pioneiros da medicina forense, utilizando métodos científicos na solução de crimes como o relatório sobre o caso de "Jack, o estripador" para a Scotland Yard. Arthur Conan Doyle, seu aluno de medicina e futuramente criador do Sherlock Holmes, baseou-se na figura do cirurgião para inventar o detetive mais conhecido da literatura e do cinema, famoso pelo seu raciocínio lógico. Em suma, a contribuição de Joseph Bell estendeu-se desde suas lições de anatomia e clínica cirúrgica, até sua influência para a medicina forense e para as literaturas de suspense do autor e estudante de medicina Doyle. Visto suas habilidades como um ótimo médico observador, Dr. Bell deixou seu legado para a importância de uma anamnese e ectoscopia de excelência para o diagnóstico e tratamento efetivos de seus pacientes.</p> <p>CONCLUSÕES: A história de Joseph Bell ilustra um protótipo de áreas como a medicina forense. Sua capacidade de observar detalhes e inferir, a partir dos mesmos, informações sobre o paciente é valiosa até os dias de hoje. A partir de trejeitos, olhares e fisionomias, é possível deduzir informações não ditas. A atenção aos detalhes é importante pois permite identificar estados como depressão, alcoolismo, abuso e violência doméstica. Além disso, é interessante observar o notável papel da medicina na cultura popular, sendo Sherlock Holmes mundialmente reconhecido e um dos maiores personagens de todos os tempos.</p>

PO 628-3	PO 629-1
<p>O HÁBITO DE OUVIR MÚSICA NO TRANSOPERATORIO</p> <p>Lucas Andrade Fidalgo Cunha, Bruna Castelo Branco Albuquerque, Alice Cristina Castro Silva, Carolina Mendonça Costa, Hugo Mirindiba Bomfim Palmeira, Jordano Pereira Araújo, Leticia Lara Rocha Silva, Rafaela Moreira Souza Honório</p> <p><i>UNICEPLAC e UNICEUB - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Há inúmeros trabalhos que evidenciam benefícios da utilização de música ambiente durante cirurgias. O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência do hábito de ouvir música durante as cirurgias entre médicos brasileiros e a relação deste hábito com a especialidade, o gênero e o tempo de formado do profissional.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados MedLine, Lilacs e Scielo, nas quais foram empregados os descritores: "cirurgia" e "música", e "surgery" e "music". Realizou-se também uma entrevista estruturada online, por meio da plataforma Google Docs, direcionada a cirurgiões e a profissionais da área cirúrgica entre os dias 23 de janeiro a 5 de fevereiro de 2019. Os profissionais foram convidados por mídias sociais cuja participação foi totalmente voluntária e anônima, obtendo-se um total de 131 respostas. A estatística descritiva e as análises estatísticas foram feitas pelo programa Excel®. Para testar a relação entre o tempo de formado e o hábito de ouvir música utilizou-se regressão linear. Para análise da relação entre gênero e especialidade e o hábito de ouvir música utilizou-se o teste de qui-quadrado.</p> <p>RESULTADOS: Participaram do estudo 131 profissionais, sendo em sua maioria 36,6% (48) cirurgiões gerais, 10,7% (14) cirurgiões pediátricos, 7,6% (10) cirurgiões oncológicos, 6,1% (8) obstetras e 38,9% (51) outras especialidades. A maioria (77,9% - 102) foi do sexo masculino. A maior parte dos participantes atua no Distrito Federal (68,7% - 90). O ano de conclusão da residência médica foi: 1967 a 1981 (8,39%); 1982-1996 (33,58%); 1997-2011 (38,91%) e depois de 2012 (19,08%). Em relação à frequência, 22,9% (30) disseram ouvir música às vezes, 24,4% (32) quase sempre, 18,3% (24) sempre, 20,6% (27) raramente e 13,17% (18) nunca. O motivo mais frequentemente alegado foi "sentir-se mais tranquilo". Todavia, 72,2% dos profissionais que nunca escutam música, responderam que ela pode tirar a concentração ou que não tenha grande relevância. Dos estilos musicais mais escutados, destacaram-se com igual proporção (29,8%) variedades, música clássica e rock, seguido de MPB (28,2%) e pop (23,7%). Contudo, 10 dos 131 profissionais acreditam que o ideal seja uma música suave em baixo volume. Ainda, ¼ (32) dos profissionais, em resposta pessoal, referiram a relevância da música para a harmonização do ambiente cirúrgico bem como para o agrado e relaxamento do paciente. Em relação ao gênero, 60,8% dos homens e 72,4% das mulheres disseram ouvir música sempre, quase sempre ou às vezes, apesar de que a diferença não foi significativa (p=0,25).</p> <p>CONCLUSÕES: No grupo estudado, a maioria dos médicos ouve músicas quase sempre ou sempre durante as cirurgias. Os estilos mais frequentemente ouvidos foram música clássica, rock e variedades. Não houve diferença significativa entre os gêneros e as especialidades. O motivo mais frequentemente alegado foi o fato de o cirurgião sentir-se mais tranquilo.</p>	<p>DERIVAÇÃO ESPLÉNORRENAL DISTAL E A DESVASCULARIZAÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA EM PACIENTES COM ESQUISTOSSOMOSE HEPATOESPLÊNICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>GABRIELA NETO RODRIGUES, FERNANDA DE LOURDES LIRA CORREIA ARAUJO, FIOGABERTO RODRIGUES DE LIMA FILHO, RINALDO MOREIRA PINTO FILHO, VICTOR FOGAGNOLI ARAUJO DE ALMEIDA, SILVÂNIO ARAUJO DO Ô FILHO, RAFAEL ALMEIDA DE ALMEIDA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo avaliou o impacto e a efetividade da realização de Derivação esplenorrenal distal e Desvascularização esofagagástrica associada à esplenectomia em pacientes com varizes esofágicas portadores de esquistossomose.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma pesquisa baseada na forma como a Derivação esplenorrenal distal e a desvascularização esofagagástrica associada à esplenectomia podem ser efetivas no tratamento de varizes gástricas em pacientes com esquistossomose hepatoesplênica. Essa pesquisa consistiu na busca de informações em artigos científicos cujas referências são qualificadas e reconhecidas pela comunidade médica.</p> <p>RESULTADOS: O tratamento cirúrgico na esquistossomose hepatoesplênica visa prevenir a recidiva hemorrágica, objetivando preservação da função hepática, evitar encefalopatia e tratar o hipersplenismo. Nenhuma técnica cirúrgica satisfaz todos esses objetivos, porém, a derivação esplenorrenal distal (cirurgia de Warren) e a desvascularização esofagagástrica associada à esplenectomia (DAPE) merecem atenção por serem bem aceitas pelos centros especializados. Apesar dos resultados da derivação esplenorrenal distal apresentarem bom controle das varizes com taxas de ressangramento entre 2,8 a 7%, possuem morbimortalidade considerável, variando de 4 a 15%, devido à complexidade operatória. Estudos observaram que a derivação esplenorrenal distal diminuiu o risco de ressangramento em 83% dos pacientes quando comparada à terapia endoscópica, porém não foi significativa para sobrevida tardia. A desvascularização esofagagástrica associada à esplenectomia mostrou mortalidade de 1 a 7%, tendo índice nulo em encefalopatia, já que em sua técnica não há desvio de sangue para a circulação sistêmica. Apesar de apresentar valores maiores de ressangramento quando comparada à derivação esplenorrenal distal (índice de 5 a 16%), a DAPE pode ser associada ao tratamento endoscópico pós-operatório para garantir melhores resultados com relação ao controle do ressangramento.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, tendo em vista uma menor morbimortalidade, ausência de encefalopatia e bom controle da recidiva hemorrágica, a DAPE associada à esplenectomia e à terapia endoscópica é considerada tratamento de escolha para esquistossomose hepatoesplênica. Já em situações de emergência nos casos de sangramento de varizes esofágicas, a terapia de primeira linha ainda é feita através de escleroterapia endoscópica associada à terapia medicamentosa.</p>
<p>PO 629-2</p> <p>TRATAMENTO CIRÚRGICO NAS MALFORMAÇÕES PULMONARES CONGÊNITAS</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Marcos Reis Gonçalves, Lais Albuquerque Pinto, Maria Eduarda Freitas Melo, Juliana Lima Medeiros, João Pedro Matos Santana, Maria Eduarda Prudente Künzler Alves, Igor Leão Gomes Leahy</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Determinar as principais malformações congênitas pulmonares e as indicações de tratamento cirúrgico usando como base os serviços de referência de cirurgia torácica pediátrica do Rio Grande do Sul (Santa Casa de Porto Alegre e Hospital das Clínicas de Porto Alegre), analisando seus principais achados.</p> <p>MÉTODO: Trabalho do tipo revisão bibliográfica, construído por consultas em plataformas como Pubmed e SciELO. As informações foram coletadas em artigos científicos equivalentes aos anos de 2009 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: Dos pacientes estudados (n = 35), a média de idade foi 31 meses, com sexo masculino predominante. Dispondo da ecografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, os achados anatomopatológicos foram malformação adenomatoide cística (n = 14), enfisema lobar congênito (n = 13), sequestro pulmonar (n = 8), e malformação arteriovenosa (n = 1). O tratamento das formas de malformações baseia-se principalmente na ressecção pulmonar, a qual deve ser a mais conservadora possível, sendo assim, a ressecção mais comum foi a lobectomia inferior esquerda, seguida por diferentes tipos de segmentectomia, lobectomia superior esquerda, lobectomia superior direita, lobectomia inferior direita e lobectomia média, tais procedimentos podem ser realizados através de toracoscopia ou toracotomia. Além disso, de todo o grupo, dez pacientes apresentaram complicações pós-operatórias. Não houve óbitos nesse estudo.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento cirúrgico para malformações pulmonares é o procedimento de escolha, pois é um procedimento seguro, fornece excelentes resultados a longo prazo e apresenta baixa morbidade e nenhuma mortalidade sendo este realizado em um serviço de referência para doenças pulmonares.</p>	<p>PO 629-3</p> <p>O HOMEM QUE "CUTUCOU" O PRÓPRIO CORAÇÃO</p> <p>Amanda Luíza Aguiar Taquary Alvarenga, Marcella Resende Monteiro do Prado, Amanda Cunha Gomes de Freitas, Gabriel Amaral Cavalcante, Ana Carolina da Bouza Ferreira, Leonardo Casadini da Silva, Marjorye Bezerra Porciúncula, Jordano Pereira Araújo</p> <p><i>UnICEUB - Brasília - Distrito Federal – Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho tem por objetivo analisar a história da criação do método de cateterização cardíaca.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se pesquisa nas bases de dados Medline e PubMed e Google Acadêmico utilizando-se os termos "catheterization", "cardiac catheterization", "pioneer", "cardiology", além de procura em endereços eletrônicos do prêmio Nobel.</p> <p>RESULTADOS: Durante o século XIX, o pesquisador Claude Bernard havia demonstrado (em animais) que é possível introduzir um cateter por uma veia periférica e fazê-la chegar até o coração. Mas o receio de que isto poderia resultar num evento fatal impediu que testes desse procedimento em humanos fossem realizados. Em 1929, um jovem cirurgião que trabalhava na cidade alemã de Eberswalde concluiu que as vantagens hipotéticas da cateterização cardíaca eram óbvias demais para que tal experimento fosse deixado de lado: os médicos poderiam administrar drogas diretamente no coração, injetar contraste para dar diagnóstico de doenças cardíacas e até mesmo medir as pressões sanguíneas diretamente dentro do órgão. Desta forma, Werner Forssmann (1904-1979) resolveu testar a possibilidade da cateterização cardíaca em si mesmo, contudo, era necessário auxílio. Solicitou à enfermeira Gerda Ditzen ajuda para tal experimento, porém, alarmada com os riscos possíveis e a necessidade de socorro médico, ofereceu como única alternativa a realização do experimento nela mesma. Criado o impasse, Forssmann utilizou-se de um subterfúgio para enganar a moça. Após deitá-la na mesa do centro cirúrgico, anestesiou uma região na parte anterior do seu antebraço. Enquanto a enfermeira aguardava o início do cateterismo, ele anestesiou o próprio antebraço, abriu uma veia e introduziu cerca de 60 cm de um cateter urinário em si mesmo. Quando a enfermeira descobriu o truque, não havia mais como impedi-lo. Após a realização do experimento, realizou uma radiografia de tórax, documentando a introdução do cateter no átrio direito dele. A resposta da comunidade cardiológica alemã, entretanto, foi péssima. O ato foi considerado irresponsável e rebelde, o que fez com que o médico tivesse dificuldades de encontrar trabalho na área. Ele acabou se especializando em urologia. Durante a década de 1940, André Cournand e Dickinson Richards, trabalhando no Bellevue Hospital em Nova Iorque, expandiram o trabalho pioneiro de Forssmann, realizando cateterismos em inúmeros pacientes e demonstrando a utilidade do procedimento. Em 1956, o prêmio Nobel em Medicina e Fisiologia foi concedido a Cournand, Richards e Forssmann.</p> <p>CONCLUSÕES: As técnicas de cateterização cardíaca evoluíram progressivamente, tendo já salvado ou melhorado a qualidade de vida de milhões de pessoas no mundo inteiro. Todas essas pessoas devem seu bem-estar, em parte, à coragem de Forssmann.</p>

PO 630-3	PO 631-1
<p>FREQUENCIA E SIGNIFICADO PROGNOSTICO DE ANORMALIDADES CITOGENETICAS MOLECULARES IDENTIFICADAS ATRAVES DA TECNICA DE FISH EM UMA AMOSTRA DE GLIOBLASTOMAS DE PACIENTES ADULTOS</p> <p>Cleyton Ignacio Fernandes, Raquel dos Santos Ramos, Gabriela Rangel Brandão, Fabiana Tabegna Pires, Patricia Trevisan, Carla Graziadio, Paulo Ricardo Gazzola Zen, Rafael Fabiano Machado Rosa</p> <p><i>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e Hospital Beneficência Portuguesa, Porto Alegre, RS. - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: identificar, através da técnica de hibridização in situ fluorescente (FISH), as frequências da aneuploidia do cromossomo 7, amplificação do gene EGFR, monossomia do cromossomo 10 e deleção do braço longo do cromossomo 10 envolvendo o gene PTEN em uma amostra de glioblastomas e correlacionar as anormalidades citogenéticas moleculares com o prognóstico dos pacientes afetados.</p> <p>MÉTODO: 21 pacientes adultos, operados cirurgicamente por glioblastoma, foram avaliados através de um protocolo clínico e laboratorial. As amostras tumorais destes pacientes foram analisadas através da técnica de FISH, utilizando-se de 2 sondas de DNA: LSI EGFR/CEP 7 e LSI PTEN/CEP 10. Os resultados foram comparados aos dados clínicos dos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: a maioria dos pacientes da amostra foi do sexo masculino, com idades variando entre 41 e 83 anos. Observou-se que os pacientes mais jovens foram os que apresentaram melhor prognóstico. As características clínicas e as frequências de polissomia do cromossomo 7, amplificação do gene EGFR, monossomia do cromossomo 10 e deleção do braço longo do cromossomo 10 não diferiram daquelas observadas na literatura. Amplificação do gene EGFR associada a perdas do cromossomo 10 foi observada em 38,1% dos casos, e é provável que este grupo pertença ao subtipo molecular denominado como "clássico". A deleção do gene PTEN demonstrou ser um fator de mau prognóstico para os pacientes da amostra, o que pode ser explicado pela perda da função do gene como supressor tumoral.</p> <p>CONCLUSÕES: os glioblastomas são os tumores malignos mais frequentes do sistema nervoso central e apresentam mau prognóstico. Os estudos das alterações genéticas destes tumores têm auxiliado na compreensão da fisiopatologia do glioblastoma e dos fatores prognósticos dos pacientes afetados. Os dados deste trabalho mostram que o estudo das alterações genéticas dos glioblastomas, pela técnica de FISH, é relevante e que há necessidade de ampliar as análises já realizadas.</p>	<p>OCORRÊNCIA DE CASOS DE NEOPLASIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS NO DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2018</p> <p>Rafael Fernando Castro Silva, Amanda Ribeiro Tavares, Renan Alves Rodrigues, Gabryella Silveira Cardoso, Zoroastro Henrique Santana</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O carcinoma hepatocelular (CHC) corresponde a 85 a 90% das neoplasias primárias do fígado. O colangiocarcinoma é um carcinoma epitelial que provém da árvore biliar intra e extra-hepática, sendo o mais comum do ducto biliar e a segunda malignidade hepática primária mais comum (após o CHC). O CHC apresenta diversos fatores de risco, entre eles fatores demográficos, hepatites crônicas virais, toxinas e fatores metabólicos, como Diabetes Mellitus e obesidade. A cirrose hepática corresponde ao principal fator de risco relacionado ao CHC, sendo os homens geralmente são mais suscetíveis do que as mulheres ao CHC, com relação M/F de 1,4 a 3, 3:1. É uma doença com tratamento curativo disponível (ressecção hepática, transplante hepático e tratamento percutâneo), o que pode aumentar a sobrevida desses pacientes. A colangite esclerosante primária (CEP) é um dos fatores de risco mais comuns para o colangiocarcinoma, um carcinoma agressivo, com uma sobrevida média de menos de 24 meses subsequentemente ao diagnóstico. O único tratamento potencialmente curativo é o cirúrgico. Tendo como objetivo analisar o número de internações e óbitos em pacientes a partir de 20 anos por Neoplasia do Fígado e Vias Biliares Intra-hepáticas no Distrito Federal (DF) no período de jan/2015 a dez/2018, fazendo comparativo entre os sexos.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo com análise comparativa baseado nos dados de internação e óbitos por Neoplasia do Fígado e Vias Biliares Intra-hepáticas registrados no DATASUS durante o período de jan/2015 a dez/2018 no DF. As faixas etárias analisadas foram de 20 a 29 anos (A), 30 a 39 anos (B), 40 a 49 anos (C), 50 a 59 anos (D), 60 a 69 anos (E), 70 a 79 anos (F) e 80 e mais (G).</p> <p>RESULTADOS: O número de internações por sexo foi de 275 homens e 178, totalizando 453 internações; destas 8 ocorreram na faixa etária A; 21 na B; 62 na C; 117 na D; 136 na E; 83 na F; 26 na G. Por sua vez, o número de óbitos foi de 76 homens e 40, totalizando 116 óbitos; destes 1 ocorreram na faixa etária A; 2 na B; 12 na C; 29 na D; 40 na E; 23 na F; 9 na G.</p> <p>CONCLUSÕES: No mundo, o risco de CHC é 2 a 4 vezes maior nos homens que nas mulheres, com 71% dos casos acontecendo em homens. A maior predisposição no sexo masculino parece estar relacionada à maior exposição a outros fatores de risco para o CHC, como VHC, VHB, álcool e tabagismo. Entre 52% e 54% dos pacientes com colangiocarcinoma são homens, sendo a média etária no momento do diagnóstico é de mais de 50 anos. A incidência do CHC aumenta com a idade, sendo o pico de prevalência com 65 anos. No DF, o número de internações e óbitos foram maiores em homens, na faixa etária de 60 a 69 anos, o que condiz com os estudos bibliográficos pesquisados. Muitos avanços foram conquistados no diagnóstico e do tratamento do CHC, com a realização de um amplo programa de rastreamento para detecção e diagnóstico precoce, permitindo grandes avanços em relação ao tratamento.</p>
<p>PO 632-3</p> <p>RASTREAMENTO DE GESTAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS</p> <p>MAYARA CHRIST MACHRY, FLÁVIO MACIEL DE FREITAS NETO, ESTEVAN TAUBE BORRE, FERNANDO THEODORO SEHNEM, EDUARDO JOSÉ BRAVO LOPEZ, ROBERTA DREYER FERNANDES, ALICE BIANCHI BITTENCOURT, LUIS PAULO ANDRIONI</p> <p><i>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE / UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A realizações de procedimentos durante a gravidez pode trazer riscos para a mãe e o feto, bem como implicações médico-legais para a equipe cirúrgica e hospital. Entre os riscos incluem-se toxicidade e toragenicidade medicamentosa, tromboembolismo, alterações fisiológicas maternas e parto pré termo. A recomendação é que todas intervenções eletivas sejam adiadas até a resolução da gestação. Não existe consenso a respeito da verificação de gestação durante a avaliação pré-operatória. As recomendações vigentes variam de avaliação clínica até testeagem de rotina em todas as pacientes mulheres dos 12 aos 50 anos. Entre as opções disponíveis, a escolha recairia sobre a dosagem sérica da gonadotrofina coriônica humana.</p> <p>MÉTODO: Realizada revisão narrativa de literatura referente a risco anestésico-cirúrgico em gestantes durante cirurgia não obstétrica e recomendações de verificação de gestação em avaliação pré-operatória em base de dados Pubmed e MEDLINE. Incluídos estudos entre janeiro de 2000 e junho de 2018. Selecionados artigo em inglês e português. Utilizados termos livres pregnancy test, pregnancy testing, pregnancy assessment, pregnancy screening, preoperative, preoperative care e preoperative assessment</p> <p>RESULTADOS: A avaliação pré operatória visa identificar dados que alterariam o plano cirúrgico. Assim sendo, a identificação da gestação torna imprescindível neste momento. A verificação de gestação é recomendada pela American Society of Anesthesiology para todas pacientes em idade fértil cuja gravidez alteraria o plano cirúrgico e pela Royal College of Anaesthetists para todas mulheres em idade fértil cujo status gravídico não pode ser confirmado pela paciente. A dosagem sérica quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana é precisa para a identificação precoce da gestação. Pode ser detectada entre 8 e 11 dias após a concepção. Os testes validados apresentam sensibilidade entre 25 e 30mUI/ml. Falso-positivos ocorrem entre 2 e 25mUI/ml. Níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml, positivos. Assim sendo, a dosagem do βhCG sérico no dia do procedimento ou imediatamente antes seria o método mais adequado de verificação de gravidez. Ainda assim, considerando o intervalo para positividade do exame, restaria um período de 8 a 11 dias após a concepção no qual mulheres gestantes receberiam um resultado falso-negativo, informação que deve ser abordada com a paciente durante a avaliação pré operatória. A abstinência sexual durante este período ou o uso de métodos anticoncepcionais de eficácia elevada são também são opções a serem discutidas.</p> <p>CONCLUSÕES: Conforme recomendação vigente, intervenções eletivas em gestantes devem ser adiadas até resolução da gestação. Assim sendo, a verificação de gravidez se torna processo imprescindível na avaliação pré-operatória. A escolha recai sobre o βhCG sérico no dia do procedimento, ainda assim com restrições inerentes ao teste que devem ser discutidas com a paciente antes da realização do procedimento.</p>	<p>PO 634-2</p> <p>UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE PARA AVALIAR A EFICÁCIA DA SIMPECTOMIA LOMBAR PARA HIPERIDROSE PLANTAR</p> <p>MARIA VERONICA SANTOS, RENATA LIMA BATALHA ANDRADE, RAFAEL SANTOS SILVA, AMANDA MARIA MENEZES MOURA, EDINALDO GOMES OLIVEIRA NETO, ARTHUR DEDA VALIDO, YASMIM ANAYR COSTA FERRARI, SONIA OLIVEIRA LIMA</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Objetivo: Avaliar a eficácia, segurança e efeitos colaterais da simpectomia lombar no tratamento da hiperidrose plantar primária (HPP).</p> <p>MÉTODO: Materiais e Métodos: Em 25 de julho de 2017, realizamos um extenso rastreamento de banco de dados para identificar todos os estudos publicados de janeiro de 1990 a julho de 2017. Atualizações de triagem foram realizadas até dezembro de 2017. Foram utilizados os seguintes bancos de dados: PubMed, Scielo, ScienceDirect, Library Cochrane, ClinicalTrials. Como palavras-chave incluíram "hiperidrose", "simpaticotomia ou simpectomia".</p> <p>RESULTADOS: Resultados: Uma pesquisa inicial produziu 2924 resumos dos bancos de dados rastreados e referências cruzadas que passaram pela revisão primária. Oito estudos foram incluídos na análise final. Não houve mortes e a resolução dos sintomas de HPP ocorreu em 92% dos pacientes após a simpectomia mecânica. Um total de 177 pacientes, 44%, foi relatado ter de leve a grave transpiração compensatória após uma média de 6 meses de acompanhamento. A preservação de L2 não interferiu no desfecho primário, sendo possível a realização de simpectomia lombar em homens com preservação de L2, obtendo resultados satisfatórios de cura da HPP, minimizando o risco de disfunção sexual. Não houve mortes e a resolução dos sintomas de HPP ocorreu em 10% dos pacientes após a simpaticólise química após um seguimento médio de 6 meses. Um total de 13 pacientes (12,5%) foram relatados para ter sudorese compensatória leve a grave usando a mesma técnica. A presença de neuralgia foi relatada como consequência tanto da simpectomia mecânica quanto da química com uma variação de 3 (cerca de 3%) a 38 pacientes (cerca de 42,2%), sendo em todos os casos transitórios. Os casos de disfunção sexual são raros e transitórios, com registros em 3 pacientes em torno de 3,3%.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclusão: A simpectomia lombar mecânica é eficaz e segura, melhora a qualidade de vida, avaliada pela alta resolução dos sintomas da HPP e baixa taxa de complicações. A simpaticólise química no pós-operatório imediato apresentou resultados satisfatórios, porém, mostrou-se significativamente menos eficaz do que a abordagem mecânica em um acompanhamento de pelo menos 6 meses. A sudorese compensatória e a neuralgia transitória foram as complicações mais frequentes. Os estudos selecionados tiveram 7 retrospectivos e 1 ensaio clínico randomizado, com alta variação na incidência de complicações, evidenciando a necessidade de estudos prospectivos com o uso de protocolos padronizados para melhor avaliar a simpectomia lombar no tratamento da hiperidrose plantar.</p>

PO 635-2	PO 636-1
<p>TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA NAS REGIOES BRASILEIRAS: ANALISE DOS ULTIMOS 10 ANOS</p> <p>Victória Gabriele Broni Guimarães, Rafael Reis Espírito Santos, Francisco Assis Cavalcanti Neto, Bruna Carmo Mesquita, Alan Goes Carvalho, Ana Elisa Biesek Leite, Tulio Barbosa Novaes, Adam Barros Amaral</p> <p><i>Universidade Federal do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar, comparar e descrever as variáveis envolvidas nos procedimentos de toracostomia com drenagem entre as cinco regiões brasileiras no período de 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, nos últimos 10 anos, utilizando a base de dados o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e revisão de literatura científica nas bases de dados PubMed, SCIELO e BIREME.</p> <p>RESULTADOS: A Toracostomia com Drenagem Pleural Fechada é uma prática hospitalar frequente no Brasil, com aplicação em inúmeras situações clínicas atreladas a mudanças na fisiologia respiratória, como exemplo: pneumonia com derrame pleural, Pneumotórax, Hemotórax e Pós-operatório de algumas cirurgias. Esse procedimento é realizado através de um dreno colocado dentro do tórax vinculado a um aparato capaz de exercer uma pressão negativa e puxar ar ou líquido de dentro da caixa torácica e impossibilitar que ele se acumule. O total de AIH aprovadas para toracostomia com drenagem pleural fechada no período de 2008 a 2017 foram 337.115 procedimentos, a região com maior prevalência foi a Sudeste com 34,14% (115.120) e a com menor número de procedimentos foi a Norte com 8,21% (27.704). O número de óbitos totais nesse período foi de 44.563, cerca de 13,21% dos submetidos ao procedimento. A taxa de mortalidade mais elevada foi a da região Sul 16,21 e a menor foi a da região Norte 7,18. Por fim, dos procedimentos realizados 89,20% foram de caráter de urgência, 6,34% foram eletivos, 2,90% de outras causas externas e 1,53% relacionados ao trabalho.</p> <p>CONCLUSÕES: A toracostomia com drenagem pleural fechada é um procedimento, que permite, na maioria das vezes, reestabelecer a condição respiratória adequada, muito frequente nos centros hospitalares brasileiros em números absolutos, com clara discrepância em regiões mais populosas, no caso da região Sudeste versus a região Norte. A taxa de mortalidade, expõe maior valor na região Sul ante a região Norte. O perfil do procedimento foi predominantemente de urgência, e na sua minoria, foram relacionadas ao trabalho.</p>	<p>TRANSPLANTE HEPATICO- UMA COMPARAÇÃO ENTRE DOADORES VIVOS E FALECIDOS DO BRASIL COM A CIDADE DE FORTALEZA- CEARA, DE JANEIRO DE 2014 A DEZEMBRO DE 2018</p> <p>Éilda Ferreira Lopes Landin, Nayara Pereira De Abreu, Isabella Augusta Gonçalves Cunha, Cibele de Souza Fernandes, Andrey Reis Da Fonseca, Renato Duarte Da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a quantidade de doadores vivos com os falecidos, no Brasil com a cidade de Fortaleza- Ceará, de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, de acordo com os dados do DATASUS. Visto que o Brasil é o 2º no mundo em casos de transplante Hepático, tendo o Ceará como o estado considerado com a maior taxa de transplante hepático no país.</p> <p>MÉTODO: Análise dos dados disponibilizados pelo DATASUS sobre transplante de fígado no Brasil comparando com a cidade de Fortaleza- CE a quantidade de transplantes cadavéricos e intervivos. A partir dos dados, a porcentagem foi calculada: (casos totais na região Nordeste/casos totais no Brasil) x 100. E (casos totais em Fortaleza/ casos totais no Nordeste) X100.</p> <p>RESULTADOS: Das 7968 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de transplante hepático com doador falecido no Brasil, 1774 (22,27%) ocorreram na Região Nordeste. Destes, 52,25% (927) ocorreram na cidade de Fortaleza- Ceará. Das 509 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de transplante intervivos no país, 0,78% (4) ocorreram no Nordeste, na cidade de Fortaleza.</p> <p>CONCLUSÕES: O fígado é a maior glândula e o segundo maior órgão do corpo humano. Nesse sentido, o transplante hepático é o tratamento para pacientes cirróticos, para aqueles que tenham insuficiência hepática fulminante e com carcinoma hepatocelular dentro dos critérios de Milão. O país hoje é considerado o maior sistema público de transplantes do mundo e o terceiro maior em volume de transplantes de fígado realizados. Há duas maneiras de obter o fígado para transplante, aqueles de doador cadáver; e, aqueles realizados por transplante de fígado intervivos. Foi mantida a relação de mais casos de transplantes de doadores cadavéricos em Fortaleza-CE, sendo o percentual de 52,25%. Os doadores cadavéricos precisam da equipe de suporte somente para que a retirada dos órgãos ocorra de maneira viável a adoção, logo, os gastos em um pós operatório só são necessários aos receptores, o que faz desse tipo de transplante uma opção mais acessível. Já se tratando do modo de transplante em pacientes intervivos, para a capital do Estado, o número do tipo de transplante foi pouco expressivo, sendo que 0,78% das autorizações ocorreram no Ceará. Isso se dá, devido o transplante de intervivos demandar recursos para os dois tipos de paciente. O que irá receber, que se encontra em uma situação crítica e precisa de monitoramento a todo tempo e o doador, que precisa de apoio da equipe multidisciplinar do hospital, além dos cuidados físicos, bem como todo o esclarecimento necessário sobre a doação ser de livre espontânea vontade.</p>
<p>PO 638-1</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM NEOPLASIA MALIGNA DE FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS NA REGIÃO SUDESTE</p> <p>Brenda Hosama Oliveira Coelho, Fernanda Santos Aguiar, Jessika Araújo Ferreira, Pedro Heinrich Oliveira Campos, Amanda Santos Duarte, Camila Pantoja Azevedo, Hélder Costa Ikegami</p> <p><i>UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com neoplasia maligna de fígado e vias biliares intra-hepáticas na região Sudeste entre 2013 e 2018. As neoplasias malignas de fígado e vias biliares intra-hepáticas correspondem a terceira causa mundial de óbito por câncer. O câncer mais frequente é o hepatocarcinoma (CHC), responsável por 90% dos tumores hepáticos primário, sendo o terceiro tumor em óbitos e o sexto em incidência. Os principais fatores de risco associados ao aparecimento de tumores são o consumo de álcool, hepatite B crônica, hepatite C crônica e contaminação por aflatoxina B1.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no período de 2013 a 2018. A casuística da presente pesquisa foi de, de forma que as informações captadas foram tabuladas para melhor compreensão e, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram sexo, idade, procedência, raça e o tipo de internação. O número de óbitos não participou da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do SIHSUS, no Brasil, 44585 pacientes foram internados devido a neoplasias malignas no fígado e vias biliares intra-hepáticas, do ano de 2013 a 2018. A região que mais se destacou devido ao maior número de pacientes internados, foi a região Sudeste com 22153 casos ao longo dos anos em questão. No quesito procedência, a cidade de São Paulo se destaca com o maior número de internações (13637), seguido por Minas Gerais e Rio de Janeiro, 4684 e 2496 internações, respectivamente. Dentre 21371 casos da região Sudeste, 12802 eram do sexo masculino, enquanto 9351 eram do sexo feminino. Relacionado ao critério idade, foram analisadas as faixas etárias compreendidas de 10 anos a 80 anos de idade, com o primeiro pico por volta dos 40 anos de idade, observando-se 1925 casos entre 40-49 anos, 5459 entre 50-59 anos, 7142 entre 60-69, 4160 entre 70-79 e 1368 a partir dos 80 anos. Quanto ao critério raça/cor, 12059 eram brancos, 1119 eram pretos, 6241 eram pardos, 255 eram amarelos e 2479 não possuíam informações. Em relação ao tipo de internação, 13901 foram internados em caráter de urgência e 8252 de forma eletiva. Por último, relacionado ao tipo de assistência, os dados foram ignorados pela base.</p> <p>CONCLUSÕES: De acordo com os dados apresentados a cima, conclui-se que a maior parte dos pacientes internados por neoplasia maligna de fígado e vias biliares intra-hepáticas são homens, por volta dos 60 anos, procedentes de São Paulo, brancos e que foram internados com caráter de urgência.</p>	<p>PO 638-3</p> <p>PROGRAMA DE CIRURGIA CITORREDUTORA/ QUIIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTERMICA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PERNAMBUCO: RELATO DE EXPERIENCIA</p> <p>Tarcisio Jose Cysneiros da Costa Reis, Luciana Maria Queiroz de Oliveira Borges, Carolina Carlsson Delambert Berenstein, Francisca Nattascha Mauriz Santana, Lais dos Santos Ximenes, Adélia Siqueira Valverde, Matheus Aguiar Madeiro, Francisco Victor Costa Bandeira Farias</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC) foi padronizada e difundida por Paul Sugarbaker em 1995. A despeito disso, no Brasil, este procedimento somente passou a ser incorporado após o ano 2001 por Ademair Lopes. Todavia, essa e outras poucas iniciativas brasileiras quase totalmente ocorrem em instituições privadas ou filantrópicas. A despeito da inércia dos órgãos regulatórios, centenas de pacientes por ano no Brasil precisam realizar o procedimento. O estudo teve como objetivo analisar o resultado dos pacientes do SUS após a implantação do programa de CCR/ HIPEC no Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (CEON-UPE), em março de 2015, para atendimento da demanda pública.</p> <p>MÉTODO: O estudo incluiu 50 procedimentos de Cirurgia Citorredutora (CCR) associada à HIPEC realizados no Hospital. Todos os pacientes assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para os procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Dos 50 pacientes, 32 (64%) foram do sexo feminino. Dessas, 16 (50%) com câncer de ovário estágio III-c; Entre homens e mulheres, 17 (81%) tinham câncer do apêndice ou pseudomixoma peritoneal; dois (9,5%) pacientes com mesotelioma peritoneal, 01 (4,7%) com câncer gástrico e 01 (4,7%) com câncer cólon-retal. A média dos tempos cirúrgico-anestésicos do grupo foi de 05 horas ± e a média de dias de permanência hospitalar foi de 7±. A baixa permanência hospitalar tem sido atribuída à incorporação de estratégias de otimização terapêutica, sugeridas pelo protocolo ERAS e pelo programa ACERTO, além da introdução de outros protocolos desenvolvidos no Serviço, como a introdução do anestésico Ropivacaína, gentamicina e metronidazol, por via Intrapertoneal.</p> <p>RESULTADOS: Ocorreram dois óbitos, em 30 dias, com relação direta à cirurgia (5,4%) e outros 04 (10,8%), em até 90 dias, por complicações clínicas graves ou por progressão da doença oncológica. Esses resultados se assemelham aos relatados por serviços de referência internacionais. Todos os pacientes após sua matrícula no CEON passaram a ser acompanhados por equipe multidisciplinar desde o pré-operatório, até pós-operatório tardio.</p> <p>CONCLUSÕES: Completados 04 anos do programa CCR/HIPEC do CEON-UPE, é possível se dizer que este é um sucesso. Atualmente, é o único serviço público institucional para realização da cirurgia pelo SUS, matriculando pacientes do nosso estado e vários de estados vizinhos que não dispõem de tal modalidade terapêutica.</p>

PO 639-3	PO 640-1
<p>QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A HIPEC: PONTOS CRITICOS E ESTRATEGIAS</p> <p>Tarcísio José Cysneiros Costa Reis, Luciana Maria Queiroz Borges, Adélia Siqueira Valverde, Aristone José Pacheco Marinho, Matheus Aguiar Madeiro, Mariana Machado Rêgo, Lais Santos Ximenes, Renata Stefanini Galvão Souza</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) pode promover uma melhora na sobrevida dos pacientes oncológicos com carcinomatose peritoneal, contudo, apresentam um aumento do risco de morbidade pós-operatória. O estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a este procedimento e traçar estratégias para uma melhora dos pontos críticos mais prevalentes entre estes indivíduos.</p> <p>MÉTODO: O estudo incluiu 8 pacientes que foram submetidos a HIPEC, sendo aplicados a estes o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) onde foram quantificadas as queixas mais prevalentes, foi definido como queixa prevalente as que se apresentaram em 50% ou mais dos casos.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados obtidos acerca das queixas foram classificados estatisticamente como moderadamente e muito, respectivamente: Dificuldade em fazer grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou mala 16% e 8% Dificuldade de fazer uma longa caminhada 8% e 37,5% Dificuldade de fazer curta caminhada 0% e 8% Dificuldade em trabalhar ou realizar atividades diárias 8% e 0% Dificuldade em praticar hobby ou atividades de lazer 16% e 0% Dor 0% e 16% Necessidade de repousar 37,5% e 8% Problemas para dormir 8% e 8% Fraqueza 16% e 8% Falta de apetite 8% e 8% Náusea 8% e 0% Prisão de ventre 0% e 8% Cansaço 8% e 8% Dor interfere em atividades diárias 16% e 0% Sentiu nervosismo 8% e 8% Esteve preocupado 0% e 8% Se sentiu deprimido 8% e 0% Dificuldade para lembrar das coisas 8% e 8% Condição física ou tratamento médico interferindo na vida familiar 0% e 8% Condição física ou tratamento médico interferindo na atividade social 8% e 8% Condição física ou tratamento médico trazendo dificuldades financeiras 8% e 37,5%</p> <p>CONCLUSÕES: Fica demonstrado, portanto, a necessidade identificação precoce das queixas, após a cirurgia, afim de prevenir os distúrbios mais prevalentes. Dessa forma, o médico será capaz de traçar uma linha de cuidado voltada para a realidade em que o paciente se encontra, possibilitando o acesso destes a outros centros especializados, como fisioterapia, terapia e suas demais necessidades.</p>	<p>COMPARATIVO ENTRE REALIZAÇÕES DE COLECISTECTOMIA E SEUS CUSTOS NOS ÚLTIMOS TRES ANOS NAS CIDADES DE PALMAS E GURUPI DO ESTADO DO TOCANTINS</p> <p>Brenda Caroline da Silveira Dias, Cristiane Chaves Campos, Sara de Freitas Romão, Bryam Simonsen de Oliveira, Kelvin Mendes Carvalho, Raquel Costa Batista de Queiroz, Ítalo Brito Salera, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estabelecer um comparativo entre realizações de colecistectomia e os custos dessas para o SUS nos anos de 2016, 2017 e 2018, nas cidades de Palmas e Gurupi, ambas no Estado do Tocantins, considerando que Palmas é a única cidade do estado a realizar o procedimento pelas vias convencional e laparoscópica e Gurupi sendo a terceira maior cidade do estado abarcando a demanda da região sul do estado, realiza o procedimento apenas pela via convencional. Analisar o custo-benefício da implantação do procedimento laparoscópico para a cidade de Gurupi.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional e retrospectivo através da coleta de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) nos anos de 2016, 2017 e 2018, tabulação e estatística descritiva através do programa Microsoft Excel 2010.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados 1.059 procedimentos de colecistectomia nos últimos três anos no Estado do Tocantins com o custo total de R\$ 356.732,86. Desses, 21% em Palmas, sendo 12% por via laparoscópica e 9% por via convencional, e 13% em Gurupi. Por procedimento foi gasto em Palmas a média de R\$ 1.025,84 por via convencional e R\$ 886,25 por via laparoscópica. Esta é 24% mais barata para o Sistema Único de Saúde (SUS) em comparação com a via convencional. Em Gurupi a média do custo por procedimento foi de R\$ 961,54. O tempo médio de internação em cada cidade ficou de quatro dias por procedimento em Palmas e três dias e meio em Gurupi.</p> <p>CONCLUSÕES: Palmas tem um tempo médio diário de internação por procedimento maior que Gurupi em decorrência da cirurgia tradicional ser realizada em maior quantidade, ocasionando em um aumento geral da média de tempo de internação. A quantidade de realização de colecistectomias em Gurupi é bastante significativa no âmbito estadual, o hospital atende toda a demanda da região sul, e a economia que iria gerar ao SUS com implantação do procedimento por via laparoscópica reduzindo os gastos com tempo de internação, alimentação e medicamentos, por exemplo poderia suprimir com o tempo, os gastos com o investimento inicial em equipamentos e capacitação de profissionais para o manuseio das máquinas videolaparoscópicas. Além disso, os benefícios para o paciente são maiores quando escolhido o procedimento por via laparoscópica, como, por exemplo, menor tempo de internação, menor intensidade da dor no pós-operatório, menos medicações profiláticas e menor resposta endócrino metabólica ao trauma gerado pelo ato cirúrgico. Somando todos esses benefícios, confirma-se a necessidade da implementação da cirurgia por videolaparoscopia na unidade de Gurupi – Tocantins, tanto no ponto de vista econômico ao SUS, como no que seria melhor para o paciente.</p>
<p>PO 646-2</p> <p>TRATAMENTOS CIRURGICOS NA SINDROME DO DESFILADEIRO TORACICO NEUROGENICO: UMA REVISAO DE LITERATURA</p> <p>Leticia Palloma Moreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Apriégio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) tem a forma neurológica como a mais frequente, chegando a representar 98% dos casos. Os sintomas neurológicos são originados em 90% dos casos por envolvimento das raízes C8-T1, causando variadas manifestações. O tratamento conservador é recomendado para a maioria dos doentes, porém, quando se verifica ausência de resposta após 3 a 6 meses, é indicado tratamento cirúrgico, o qual contempla a descompressão nervosa local. Assim, o trabalho atual objetiva-se em revisar a literatura e apresentar os métodos de tratamento cirúrgico da SDT neurológica.</p> <p>MÉTODO: Foi produzida uma revisão de literatura de artigos disponibilizados nas bases de dados eletrônicos PubMed e Redalyc. Foi adotado critério de inclusão definido por artigos publicados nos últimos 10 anos.</p> <p>RESULTADOS: Foram utilizados 20 artigos nessa revisão. Quando é possível comprovar o comprometimento neural mediante estudo neurofisiológico (sugestivo comprometimento quando há diminuição na velocidade de condução no nervo), a síndrome do desfiladeiro torácico é dita neurológica (SDTn). A base do tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro torácico é a ressecção da primeira costela, podendo associar-se à escalenectomia ou ainda à ressecção de costela cervical, uma costela anômala com origem no processo transversos de C7 ou T1. Esta última é feita tradicionalmente por meio de um acesso supraclavicular, sendo mais complicado. Já a abordagem transaxilar na descompressão do desfiladeiro torácico oferece vantagem de menos manipulação do plexo braquial e dos nervos associados, podendo resultar em menor incidência de complicações, como lesões nervosas. Sobre as técnicas modernas, a toracosopia videoassistida para ressecção da primeira costela é um método minimamente invasivo e potencialmente eficaz, entretanto, há poucos casos relatados na literatura. A excisão posterior da costela superior também foi demonstrada como opção cirúrgica viável e efetiva em 9 de 9 pacientes submetidos, que evoluíram com melhora de sintomas e qualidade de vida. A ressecção da primeira costela não está associada a um risco aumentado de complicações médicas ou cirúrgicas, estas estão mais associadas ao aumento do escore ASA (American Society of Anesthesiologists) do paciente e maior tempo operatório do procedimento.</p> <p>CONCLUSÕES: A forma neurológica da Síndrome do desfiladeiro torácico requer auxílio de estudo neurofisiológico para confirmação diagnóstica e, posterior implementação de tratamento cirúrgico com tratamento conservador prévio falho. Em relação aos tratamentos cirúrgicos disponíveis, pode-se concluir que há métodos bem definidos e em uso de forma segura e eficaz, contudo, estes são de difícil execução. Por esse motivo, existe necessidade progressiva de adesão de métodos menos trabalhosos e, da mesma forma, seguros e eficazes, fato este que vem sido descrito na literatura.</p>	<p>PO 646-3</p> <p>ESTRATEGIAS PARA REDUÇÃO DO USO DE HEMODERIVADOS EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR</p> <p>Clara Demeneck Pereira, Maria Paula Meireles Fenelon, Thiago do Amaral Cavalcante, Marjorie Thomaz Moreira, Leonardo Jadyr Silva Rodrigues Alves, Helmgton Jose Brito de Souza, Ricardo Barros Corso, Isaac Azevedo Silva</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar as estratégias adotadas por nossa equipe para reduzir o uso de sangue e hemoderivados em pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular.</p> <p>MÉTODO: Entre out/2005 e jan/2007 foram operados 112 pacientes. Destes, 58 (51,3%) do sexo masculino e 54 (48,2%) do sexo feminino. A idade variou de 13 a 82 anos (média de 50,99 anos). A estratégia utilizada consiste em: Uso de antifibrinolíticos, hemodiluição normovolêmica e reposição total do perfusado.</p> <p>RESULTADOS: A transfusão de sangue se relaciona com ocorrência de reação transfusional, transmissão de infecção, aumento de morbidade e mortalidade pós-operatório, risco de imunossupressão, além do custo de internação, tornando o uso de hemoderivados um fator de risco independente de infecção pós-operatória. Diversas causas expõem os pacientes a desenvolverem maior sangramento e possível necessidade de hemotransfusão. Dentre elas: 1. Cirurgia de urgência; 2. Choque cardiogênico; 3. Baixo IMC; 4. Disfunção severa de ventrículo esquerdo (FE<30%); 5. Idade < 74 anos; 6. Sexo feminino; 7. Hematócrito e hemoglobina baixas no pré-operatório; 8. Comorbidades ; 9. Creatinina > 1,8mg/dl; albumina < 4g/dl; 10. Reoperações; 11. TP baixo no pré-operatório; 12. Tempo de CEC. Dentre todas, a CEC é apontada como potencializadora para sangramento pós-operatório, por aumentar o consumo de fatores de coagulação, hemodiluição, hipotermia e a resposta inflamatória. Hoje, propõe-se estratégias para reduzir o sangramento pós-operatório e minimizar a utilização de sangue e hemoderivados. Entre elas observa-se: 1. O preparo pré-operatório, com administração de eritropoietina ou ferro antes da cirurgia cardíaca e a coleta de sangue autólogo antes do procedimento cirúrgico; 2. Redução do volume do prime, utilização de hemoconcentradores, cell saving e BioPump, hipotermia moderada (30°-32° C), reinfusão de todo o sangue do circuito de CEC e uso de antifibrinolíticos, como aprotinina, ácido tranexâmico e ácido épsilon aminocaproico, bem como reinfusão do sangue coletado pela drenagem do mediastino nas primeiras seis horas de pós-operatório. A média de utilização de hemoderivados por paciente foi de 1,33 UI de CH; 0,71 UI de PF; 0,8 UI de Crioprecipitados e 1,29 UI de Plaquetas. Em 68 pacientes (60,7%) não foram usados hemoderivados e somente 12 pacientes (10,7%) usaram mais de 04 UI de CH. Dos 27 pacientes cujo tempo de CEC excedeu os 120 minutos (24,1%), 16 (59,3%) necessitaram de hemotransfusão. Apenas 3 (2,7%) desenvolveram coagulopatia, sendo 2 (1,75%) reoperados por sangramento. De três pacientes que desenvolveram coagulopatia, dois pertenciam ao subgrupo de pacientes idosos.</p> <p>CONCLUSÕES: Na série apresentada, as medidas adotadas conseguiram reduzir a necessidade de hemotransfusão no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Pacientes com tempo de CEC maior que 120 minutos tenderam a necessitar de hemotransfusão. A associação de cirurgia em pacientes idosos e tempo de CEC superior a 120 minutos ocasionaram maior utilização de sangue e hemoderivados no pós-operatório.</p>

PO 647-2	PO 649-2
<p>USO DE OXIBUTININA EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA E SOBREPESO</p> <p>Ernesto Neto Evangelista Neto, Eduardo Iwanaga Leão, Luiz Hirotoishi Ota, João Aléssio Juliano Perfeito, Jose Ernesto Succu, Luiz Eduardo Villaça Leão, Ivan Hong Jun Koh</p> <p><i>UNIFESP-EPM - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Os indivíduos com sobrepeso e portadores de hiperidrose primária fazem parte de um grupo de pacientes onde o tratamento cirúrgico parece ser inadequado, pois apresentam um quadro de desconforto relacionado à sudorese compensatória muito mais intensa, após a simpatectomia, que os indivíduos com IMC normal. Portanto, apresentam maior insatisfação ao tratamento cirúrgico. Até o presente momento, a falta de opções terapêuticas eficientes para tratamento de hiperidrose em pacientes acima do peso ideal deixou esta população sem perspectiva de melhora na qualidade de vida. De uma forma geral, a adequação terapêutica da hiperidrose nos pacientes com sobrepeso, continua sendo um desafio científico. Neste trabalho o objetivo foi avaliar o efeito da Oxibutinina no tratamento da hiperidrose primária em pacientes com sobrepeso (IMC>25) de forma quantitativa através da medida de Perda Transepidermica por Evaporação de Água (PTEA).</p> <p>MÉTODO: Quarenta e dois pacientes foram convocados no ambulatório de hiperidrose da disciplina de Cirurgia Torácica da UNIFESP / HU / EPM, no período de janeiro a junho de 2015. Estes pacientes foram divididos em dois grupos de estudo: Grupo controle (IMC<25): pacientes com hiperidrose primária e com IMC menor ou igual a 25 (n=22), Grupo experimento (IMC ≥25): pacientes com hiperidrose e com IMC maior ou igual a 25 (n=20). No momento do estudo estes indivíduos foram acomodados em sala climatizada, com temperatura controlada ao redor de 20 a 22 graus centígrados. Permaneceram sentados confortavelmente por no mínimo quinze minutos. Após este período iniciavam-se os monitoramentos. Os dois grupos foram avaliados através de método quantitativo da sudorese pela medida de Perda Transepidermica por Evaporação de Água (PTEA) nas regiões das mãos, pés, tórax, costas e abdome. Posteriormente receberam terapêutica com oxibutinina por 30 dias. Após este período de tratamento foram novamente submetidos à avaliação quantitativa de sudorese pelo método de Perda Transepidermica por Evaporação de Água (PTEA) nas regiões já descritas.</p> <p>RESULTADOS: Após o tratamento com a oxibutinina, a avaliação quantitativa realizada com medidas da PTEA mostrou melhora da sudorese nas mãos e nos pés em ambos os grupos. Houve melhora no abdome, porém sem significância estatística. No tórax e na região das costas houve piora da sudorese.</p> <p>CONCLUSÕES: O tratamento da hiperidrose primária com a oxibutinina mostrou redução expressiva da sudorese nas mãos e nos pés, e exacerbação no tórax e nas costas. Ocorreu também redução da sudorese no abdome. A oxibutinina pareceu mostrar-se eficaz no tratamento da hiperidrose em pacientes obesos (IMC>25) no grupo estudado.</p>	<p>ESTENOSE AORTICA EM PACIENTES INOPERÁVEIS: NOVA ALTERNATIVA PARA MANEJO DO PACIENTE</p> <p>Ana Luísa Malta Dória, Ana Carolina Oliveira da Silva, Beatriz Camargo SORDRÉ, Marcelle Baracuchy Sodré de Mello, George Harley Cartaxo Neves Filho, Emily Gomes Couto FIGUEIREDO, Sabrina Bastos e Costa, Giordanny Alencar de Sousa SILVA</p> <p><i>FAMENE - JOAO PESSOA - Paraiba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A estenose aórtica (EAO) é a obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo pela calcificação das estruturas valvares, associada ou não à fusão das comissuras da valva aórtica. O tratamento indicado para EAO grave é cirúrgico: a troca da valva aórtica por uma prótese, biológica ou metálica. Todavia, pacientes com comorbidades que aumentam o risco cirúrgico tornam-se inviabilizados dos benefícios da cirurgia por via aberta, devido ao alto índice de complicação intra e pós operatória, apresentando-se como alternativa terapêutica o implante por cateter de bioprótese valvar. Esse procedimento vem ganhando adesão, fazendo-se necessário uma comparação com o método clássico e análise de sua eficácia.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura após a seleção de 6 artigos científicos encontrados no banco de dados do PubMed, Scielo, nas línguas inglesa e portuguesa, através da busca com as seguintes palavras chaves: estenose aórtica, troca valvar e valvulopatia aórtica.</p> <p>RESULTADOS: O implante por cateter de bioprótese valvar é um procedimento seguro e eficaz para tratamento do grupo de paciente com comorbidades que resultam em alto risco cirúrgico para troca de valva aórtica por via aberta. De acordo com Gaia (2010), estudos com uso de protótipos em casos considerados sem alternativa cirúrgica convencional foram conduzidos em 2003 e 2004, sob os nomes de I-REVIVE (Initial Registry of Endovascular Implantation of Valves in Europe) e RECAST (Registry of Endovascular Critical Aortic Stenosis Treatment). Nesse estudo, o sucesso inicial do procedimento foi de 75%, com elevação da área valvar de 0,6 cm² para 1,6 cm², redução do gradiente transvalvar médio de 37 para 9 mmHg e melhora da fração de ejeção de 45% para 53%. A mortalidade em 30 dias foi de 23% e a taxa de eventos cardiovasculares maiores de 26%. A partir disso, já possível perceber os avanços quanto ao benefício da intervenção, ainda que e as taxas de insucesso sejam relevantes. No estudo randomizado PARTNER, utilizando a bioprótese Edwards-SAPIEN, os resultados são animadores, a mortalidade após um ano de tratamento em pacientes inoperáveis foi reduzida de aproximadamente 50% com o tratamento clínico convencional para 30% com o implante por cateter de bioprótese. Nos casos considerados de alto risco cirúrgico, o implante por cateter apresentou mortalidade após um ano equivalente àquela obtida com o tratamento cirúrgico, demonstrando que o implante por cateter é uma excelente opção terapêutica para essa população.</p> <p>CONCLUSÕES: A substituição valvar aórtica por via percutânea é o procedimento de escolha em pacientes portadores de estenose valvar aórtica ou disfunção de biopróteses sintomáticas e com gradiente transvalvar elevado. Este procedimento é muito bem determinado na literatura e seus resultados consistentes e favoráveis, mesmo em grupos etários elevados e pacientes com múltiplas comorbidades.</p>
<p>PO 649-3</p> <p>DOS "PULMOES DE AÇO" AS TRAQUEOSTOMIAS: COMO UMA OPERAÇÃO SIMPLES SALVOU MILHARES DE VIDAS</p> <p>Ludimila de Macedo Dalla Corte, Bruno Antonio Gonçalves Fleury, Ellen Tiekko Tsugami Dalla Costa, Alisson Juliani, Celeste de Santana Oliveira, Thayse Lassance de Souza, Yanka Simiema de Oliveira, Jordano Pereira Araújo - TCBC</p> <p><i>UNICEUB - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados no mundo inteiro. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da história da literatura sobre a história da traqueostomia.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma busca nas bases de dados Medline e Scielo com os seguintes descritores (em inglês e português): "traqueostomia", "história da traqueostomia". Trata-se de uma revisão não sistemática, por isso não utilizou-se critérios de inclusão ou exclusão.</p> <p>RESULTADOS: Idade Antiga. A palavra traqueostomia (TQT) surgiu em 1649, no Libri Chirurgiae XII de Fienus, porém hieróglifos de 3100 a.C sugerem o uso da técnica desde o Egipto antigo. O livro hindu, Rig Veda, de 2000 a.C.; o Ebers Papyrus, de 1550 a.C. e obras de Homero, no século VIII a.C, também sugerem o uso TQT. Galeno e Hipócrates notadamente reconheceram a utilidade da TQT. A primeira TQT realizada de forma eletiva ocorreu em 100 a.C., por Asclepiades, considerado o pai da TQT. Idade Moderna. Na idade média há poucas referências sobre a TQT. Já Na Renascença, a Medicina voltou a se desenvolver e, após revolucionar o conhecimento sobre anatomia humana, Vesalius manteve ventilação e pulso em animal cujo tórax estava aberto ventilando-o através da traqueia. Já em 1546, foi documentado o primeiro caso de TQT realizada em humanos com sucesso. Em 1620 foram descritos casos de TQT salvando vidas. Após introdução da TQT para ressuscitação neonatal em 1754, seu uso foi estendido para a ressuscitação de vítimas de afogamento. Porém, sua implementação seguiu errática por longo período, como a exemplo da decisão médica de não intervir quando o presidente dos EUA, George Washington, apresentou obstrução de vias aéreas por difteria, em 1799, resultando no seu óbito. Idade Contemporânea. Em 1883, com a epidemia da difteria, a TQT foi usada nos casos de emergência de obstrução da via aérea superior, com êxito de 25%. Em 1909, Jackson padronizou a incisão longa, evitando a cricóide e o anel traqueal. No século XX, com a epidemia da poliomielite, crianças que adquiriram paralisia bulbar tinham perda progressiva do controle dos músculos da respiração. Nesta época, o controle da ventilação do paciente, era feita pelo "pulmão de aço", um tanque com pressão negativa intermitente, onde o doente ficava apenas com a cabeça de fora. No mesmo período, o anestesista Ibsen sugeriu realizar ventilação com pressão positiva através da TQT e conseguiu restabelecer o estado respiratório de diversos pacientes com sucesso. Uma das grandes limitações na TQT, é o comprometimento da fala. Diversas técnicas foram desenvolvidas, dentre elas, o tubo com válvula de flutter, desenvolvido no início do século XXI, que permite a respiração, reduz o espaço morto e possibilita o paciente falar.</p> <p>CONCLUSÕES: A importância da TQT é reconhecida desde a Idade Antiga. A técnica cirúrgica foi sendo aperfeiçoada e sua importância adquiriu caráter essencial na unidade hospitalar para o tratamento de pacientes que cursam com emergência de vias aéreas superiores.</p>	<p>PO 650-1</p> <p>INDICAÇÃO DE RASTREIO DO HEPATOCARCINOMA</p> <p>RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, GUILHERME FERRARINI FURLAN, CARLOS EDUARDO MATEUS, RAFAEL AUGUSTO IORIS, EDILAINE APARECIDA ORCHEL, CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR, MARIA LYGIA MINNEY TEIXEIRA, GUILHERME DIAS FRANZEN</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE DE CURITIBA - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar a revisão bibliográfica do rastreamento do carcinoma hepatocelular, de forma a sugerir uma padronização no seguimento de pacientes cirróticos e não cirróticos.</p> <p>MÉTODO: O presente estudo foi realizado baseado em revisão das condutas das principais sociedades mundiais que buscam padronizar o rastreo do hepatocarcinoma. Foram selecionados artigos que embasam as mudanças propostas pelas sociedades e analisados os principais tópicos.</p> <p>RESULTADOS: O rastreo do CHC tem o objetivo de aumentar a sobrevida, dessa forma todos os pacientes que não são candidatos a medidas terapêuticas não devem ser rastreados. Se as comorbidades ou idade são clinicamente impactantes o rastreo pode ser descartado. O rastreo realizado a cada seis meses leva à redução de mortalidade de cerca de 37%. São indicações formais de rastreo, Child-Pugh A ou B, Child-Pugh C em lista de transplante hepático, Hepatite B em atividade sem cirrose, Hepatite C com estágio avançado de fibrose (F3 na classificação de METAVIR) sem cirrose. O método de escolha para o rastreo do CHC é a ultrassonografia abdominal, não sendo justificável o uso de outros métodos de imagem (13). É importante destacar que a associação com a dosagem do marcador bioquímico alfafetoproteína (AFP) não modifica a taxa de detecção do ponto de vista custo-benefício.</p> <p>CONCLUSÕES: Com o diagnóstico confirmado o tratamento de escolha no CHC é a ressecção cirúrgica na ausência de cirrose no na cirrose compensada. Se cirrose descompensada o transplante hepático é uma opção terapêutica. As terapias ablativas têm potencial curativo, sendo melhor a ablação térmica se comparada à injeção de etanol. Quando não abordado o tumor tende a crescer, substituindo massa hepática funcional, o que leva a falência hepática, e gerando metástases intra e extra-hepáticas, que contraindicam ressecção e transplante. A mortalidade é geralmente por caquexia, hemorragia (de varizes esofágicas ou gástricas), insuficiência hepática ou ruptura do tumor com hemoperitônio. Em pacientes com doença extra-hepática ou com disfunção hepática a sobrevida é em média de 10 meses. A importância no rastreo aplicado de maneira padronizada é justificada quando analisado o dado de que a redução de mortalidade chega a 37%. Até que ocorra mudança no protocolo a ultrassonografia isolada segue sendo método adequado para o acompanhamento dos pacientes em grupo de risco de evolução com hepatocarcinoma.</p>

PO 651-1	PO 654-2
<p>ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA POR COLELITÍASE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA</p> <p>GUILHERME FERRARINI FURLAN, CARLOS EDUARDO MATEUS, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, RAFAEL AUGUSTO IORIS, GIOVANA LANDAU DE ALMEIDA LOBO, GUILHERME ANDRADE COELHO, EDILAINÉ APARECIDA ORCHEL, GUILHERME DIAS FRANZEN</p> <p><i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE - CURITIBA - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Verificar a quantidade de crises de dor em pacientes com colelitíase, anteriores à cirurgia.</p> <p>MÉTODO: Foram estudados 385 pacientes com colelitíase, tratada no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, entre 2012 e 2018. Os dados obtidos foram analisados por gráficos e tabelas de frequência. Para cálculos de associação serão feitos os testes t de student para observações independentes e qui quadrado. Significância adotada: 5%.</p> <p>RESULTADOS: Dos pacientes entrevistados, 69% são mulheres, enquanto 31% são do sexo masculino. Em média, os pacientes têm 50,5 anos. A grande maioria vive na Grande Curitiba. Cirurgias urgentes foram realizadas em 44% dos pacientes, enquanto eletivas ocorreram em 56% dos casos. Mais da metade dos pacientes teve mais de 3 crises de dor, antes de serem operados. Aproximadamente, 35% deles sofreu de 1 a 3 crises antes da cirurgia. Somente 5% foram operados sem crises de dor. Em média, decorreram 9,44 meses entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico dos pacientes. Quase que a totalidade dos pacientes realizaram ecografias para o diagnóstico da colelitíase. Proporcionalmente, mais homens foram operados imediatamente após o diagnóstico do que mulheres (p=0,001). Pacientes que passaram por mais de um hospital fizeram, proporcionalmente, mais ecografias que os pacientes que foram atendidos apenas pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (p=0,003).</p> <p>CONCLUSÕES: Pelos resultados obtidos, pode-se estabelecer que os pacientes operados pelo HUEC, em âmbito de SUS, passam muito tempo aguardando a operação. É prudente considerar a opção cirúrgica, para evitar complicações que levem o paciente a ser operado emergencialmente.</p>	<p>AValiação DA QUALIDADE DE VIDA PÓS SIMPATECTOMIA LOMBAR NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PLANTAR</p> <p>MARIA VERONICA SANTOS, VANESSA ROCHA SANTANA, RENATA LIMA BATALHA ANDRADE, CARLA VIVIANE FREITAS JESUS, YASMIM ANAYR COSTA FERRARI, CICERA SOUZA SILVA, EDNA SANTOS DIAS, SONIA OLIVEIRA LIMA</p> <p><i>UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - Sergipe - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com hiperidrose primária plantar antes e após a realização da cirurgia de simpatectomia lombar retroperitoneoscópica.</p> <p>MÉTODO: Estudo longitudinal, realizado através da avaliação dos prontuários de 58 pacientes submetidos a simpatectomia lombar retroperitoneoscópica de outubro de 2005 a outubro de 2014, realizado na cidade de Aracaju/SE. todos os pacientes haviam sido submetidos previamente a simpatectomia torácica a pelo menos 6 meses. No período pré-operatório, os pacientes relataram os distúrbios causados pela hiperidrose primária plantar. No pré-operatório e no pós operatório após trinta dias e aos doze meses da simpatectomia lombar retroperitoneoscópica, aplicou-se o questionário validado de qualidade de vida. Avaliou-se a recorrência e os efeitos adversos da simpatectomia lombar retroperitoneoscópica. O nível de satisfação foi analisado com base no relato dos pacientes no pós-operatório, considerando se eles se arrependem da cirurgia ou se eles a recomendariam para outros pacientes com hiperidrose primária plantar. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2015 a abril de 2016</p> <p>RESULTADOS: Dos 58 pacientes entrevistados, 36 (62,1%) foram do sexo feminino e 22 (37,9%) do sexo masculino. A qualidade de vida foi descrita no período pré-operatório como muito ruim em 89,8% dos casos e ruim em 10,2%. Foram realizadas 116 simpatectomias lombar retroperitoneoscópica e após trinta dias da cirurgia, houve resolução de hiperidrose primária plantar em 100% dos pacientes. Três (5,2%) relataram nevralgia transitória da coxa e dezoito (32,7%) apresentaram parestesia transitória nos membros inferiores e não houve relatos de ejaculação retrógrada. Após 12 meses da simpatectomia lombar retroperitoneoscópica, 49 dos 58 pacientes preencheram adequadamente o questionário de acompanhamento e referiram aumento leve a moderado na sudorese compensatória pré-existente. Após seis meses da cirurgia, um paciente teve recorrência. A melhora na qualidade de vida foi relatada em 98% dos pacientes operados.</p> <p>CONCLUSÕES: O método da simpatectomia lombar retroperitoneoscópica é seguro e eficaz para o tratamento da hiperidrose primária plantar em ambos os sexos. Ocorreu um aumento leve a moderado na hiperidrose compensatória em aproximadamente metade dos pacientes, mas sem efeito negativo no nível de satisfação por ter sido submetido ao procedimento cirúrgico e uma melhora importante na qualidade de vida.</p>
<p>PO 656-3</p> <p>REVISÃO EPIDEMIOLÓGICA DE MICROCEFALIA E/OU ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC) DE 2016 A 2018 NO ESTADO DE GOIÁS</p> <p>Lara Dias Castro Cavalcante, Gabriel Chiarotti da Costa, Rafaela Aparecida Dias de Oliveira, Taylane Kemelly Macedo Lemes, Vergílio Pereira Carvalho</p> <p><i>Univ - RIO VERDE - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A microcefalia é uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve adequadamente e o perímetro cefálico apresenta medida menor que dois desvios-padrão abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. Considera-se microcefalia grave quando a medida dessa circunferência é menor que três desvios-padrão (CABRAL et. Al, 2015). Perímetro cefálico abaixo da média pode ser cognitivamente normal. Contudo, a maioria dos casos é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo que ocorre em cerca de 90% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Dentre os agentes biológicos, destaca-se a infecção por Zika vírus. Este trabalho tem como objetivo descrever as características epidemiológicas dos casos de microcefalia em nascidos vivos no estado de Goiás e calcular as prevalências em seus municípios.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo de prevalência, observacional-transversal, tendo como enfoque os casos microcefalia e suas características epidemiológicas entre 2015 até o dia 26 de Maio de 2018 no estado de Goiás, Brasil. O seguinte estudo foi realizado por meio de dados coletados através das informações de notificações disponíveis no CONECTASUS.</p> <p>RESULTADOS: O CONECTASUS apontou um total de 329 notificações de microcefalia em 2015 a 2018 no dia 26 de Maio. 2016 foi o ano de maior número de casos com um total de 187, (56,83%), seguido por 2017 com 69 (20,97%) e 2018 com 56 (17,02%) notificações. Em relação aos municípios que efetivaram as notificações em 2015, Goiânia se destacou por representar 29 casos dos 56 notificados e Aparecida de Goiânia (AG) com 7 casos. Em 2016 Goiânia registrou 60 casos das 187 notificações deste ano, seguida por AG com 22 casos. Em 2017, dos 69 casos, Goiânia relatou 23 casos e AG 12 casos. Em 2018 até dia 26 de Maio, 17 notificações já foram realizadas, sendo AG responsável por 6 casos e Goiânia por 2. Em relação ao Gênero dos recém-nascidos com microcefalia e/ou alterações do SNC em 2015, 8 (4,1%) dos casos eram do sexo feminino e 9 (5,2%) do sexo masculino. Em 2016, 18 (9,6%) não foram informados o sexo, 57 (30,5%) eram sexo masculino e 112 (59,9%) sexo feminino. Em 2017, do total de casos, 3 (4,3%) não foram informados o gênero, 24 (34,8%) eram sexo masculino e 42 (60,9%) sexo feminino. Em 2018, até a data analisada, 9 (52,9%) dos casos eram sexo masculino e 8 (47,1%) sexo feminino. Dos 37 casos confirmados de infecção por Zika Vírus, 33 (89,19%) ocorreram no ano de 2016 e os outros 4 (10,81) em 2017.</p> <p>CONCLUSÕES: Ressalta-se que a prevalência de microcefalia atinge uma variedade de municípios do Estado de Goiás, tendo como maior número de notificações a cidade de Goiânia e Aparecida de Goiânia. Atinge todos os sexos e tem sua prevalência e incidência elevada devido ao vírus Zika.</p>	<p>PO 658-1</p> <p>PAPEL DO SHUNT TRANSJUGULAR INTRA-HEPÁTICO PORTOSSISTÊMICO (TIPS) E DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA</p> <p>Diandra Alcântara Jordão, Fernanda Melo Oliveira, Letícia Lima Oliveira, Maria Eduarda Freitas Melo, Maria Eduarda Fragos Calado Barbosa, Bianca Sampaio Tavares, Arsênio Jorge Ricarte Linhares, Glauber Schettino Silva</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o papel do Shunt Transjugular Intra-Hepático Portossistêmico (TIPS) e da abordagem cirúrgica no tratamento da Hemorragia Digestiva Alta (HDA) varicosa, estabelecendo o fluxo de esquema terapêutico disponível na abordagem emergencial deste quadro e analisando as condições clínicas que direcionam a escolha de cada procedimento.</p> <p>MÉTODO: O presente trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica que reuniu oito periódicos, nos idiomas: português e inglês do período de 2001 a 2018, disponíveis nas bases de dados do Scielo, PubMed e ScienceDirect.</p> <p>RESULTADOS: Um terço das mortes secundárias à cirrose hepática com hipertensão portal se deve à rotura e ao sangramento das varizes esofágicas. A terapêutica endoscópica associada à farmacoterapia é resolutive no controle da hemorragia em mais de 90% dos casos. Entretanto, nos casos onde ocorre falha terapêutica, sendo mais frequente em pacientes com função hepática descompensada, a utilização do TIPS através da radiologia intervencionista é o procedimento padrão e tem como principal vantagem a menor morbimortalidade quando comparado aos shunts realizados por via cirúrgica. Outrossim, no tratamento de resgate de pacientes cirróticos a utilização do TIPS possibilita controle imediato de sangramento em mais de 90% dos casos e nos pacientes Child B, Child C com sangramento ativo e gradiente de pressão da veia hepática \geq 20mmHg. O uso dessa técnica nas primeiras 72h melhora os resultados no controle de sangramento e mortalidade quando comparado com as demais opções terapêuticas. Contudo, o TIPS e a criação de derivações portossistêmicas cirúrgicas apresentam taxas de complicações de 10% a 30%, dentre elas a encefalopatia hepática, a hemorragia intra-abdominal e a morte. Ademais, o TIPS pode não estar imediatamente disponível fora de centros especializados. O tratamento cirúrgico tem sido reservado para os casos refratários às medidas clínicas, endoscópicas e endovasculares. Em pacientes cirróticos, as derivações portossistêmicas calibradas (portocava e mesocava) são os shunts mais utilizados em situações emergenciais e têm como vantagem o controle eficaz da hemorragia com menor índice de encefalopatia hepática e menor deterioração da função hepática em longo prazo, além disso, essas técnicas também podem ser empregadas em casos refratários sem outras opções terapêuticas.</p> <p>CONCLUSÕES: O TIPS tem como principal vantagem a menor morbimortalidade quando comparado aos shunts cirúrgicos e é utilizado quando os tratamentos endoscópicos e a farmacológicos não são resolutivos. Todavia, em pacientes com alto risco de falha terapêutica, seu uso precoce é importante no controle do sangramento e da mortalidade. Enquanto isso, a abordagem cirúrgica é reservada para os casos em que a administração das medidas clínicas, endoscópicas e endovasculares forem refratárias.</p>

PO 660-1	PO 662-2
<p>TRATAMENTO DA ATRESIA DE VIAS BILIARES: PROCEDIMENTO DE KASAI OU TRANSPLANTE DE FIGADO?</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Leticia Lima Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Diandra Alcântara Jordão, Fernanda Melo Oliveira, Fernanda Melo Oliveira, Yanka Maria Leite Santos, Yanka Maria Leite Santos, Taciane Marques Cavalcante, Taciane Marques Cavalcante, Arsênio Jorge Ricarte Linhares, Arsênio Jorge Ricarte Linhares, Andrea Marques Vanderlei Ferreira, Andrea Marques Vanderlei Ferreira, Rodrigo Santana Luna Batista, Rodrigo Santana Luna Batista</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar as duas principais formas de tratamento da atresia biliar, causa mais comum de colestase em crianças, sendo o distúrbio colestatóico com maior risco de vida se não tratado – leva à morte dentro de cerca de dois anos -, elencando as possíveis indicações de cada método.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através da análise de doze periódicos disponíveis da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com o cruzamento dos descritores "atresia das vias biliares", "tratamento" e "procedimento de Kasai" por meio do operador AND.</p> <p>RESULTADOS: A atresia biliar tem sua incidência de 0,3 a 3,7 em cada 10.000 nascidos vivos e cursa como uma patologia fibrótica progressiva dos ductos biliares intra-hepáticos ou extra-hepáticos em graus variantes, sendo a indicação mais comum do transplante hepático pediátrico. Kasai propôs um sistema que classifica o acometimento anômico da atresia biliar: no tipo III a atresia está ao nível da porta hepática ou acima dela, portanto foi referida como forma "incorrível", entretanto tipo I (limitada ao ducto biliar comum) e tipo II (ductos biliares hepáticos) podem ser corrigidos cirurgicamente através da portoenterostomia de Kasai, visto que existem ductos patentes de anastomose cirúrgica, esse procedimento pode prevenir ou adiar o transplante hepático. Esta intervenção é melhor realizada nos primeiros dois meses de vida devido a possibilidade de retardar a progressão da fibrose. O transplante de fígado pode ser necessário caso a portoenterostomia não restaure o fluxo biliar e/ou se ocorrer evolução para cirrose, além disso, o transplante primário sem tentativa anterior do procedimento só está indicado nos casos de diagnóstico tardio da patologia e nos casos em que as manifestações clínicas da hipertensão portal já estão presentes. Pacientes mais jovens (com menos de dois anos) têm uma lista de espera maior para o transplante hepático resultando em maior mortalidade, além de piores resultados após o transplante.</p> <p>CONCLUSÕES: É preciso a identificação precoce da atresia biliar para que seja realizado o procedimento de Kasai no intuito de retardar ou prevenir o transplante hepático, tendo a finalidade, portanto, de reduzir os altos índices de mortalidade associados à essa condição.</p>	<p>ANÁLISE QUALITATIVA DA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA NA ESTENOSE TRAQUEAL</p> <p>João Felipe Carvalho Rodrigues, Caio Vitor Saunders Barreto, Francisca Dayanne Barreto Leite, Lucas Nunes Ferreira Andrade, Israel Lopes Medeiros, Matheus de Souza Mendes, João Carlos Fecine Machado</p> <p><i>UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os desfechos do tratamento endoscópico na terapêutica da Estenose Traqueal (ET) na literatura científica, identificando fatores influenciadores.</p> <p>MÉTODO: Trata-se uma de revisão da literatura, com busca ativa de informações nas bases de dados do PMC e MEDLINE, além da biblioteca virtual SciELO. Os descritores utilizados foram: Tracheal stenosis; Outcomes; Laryngotracheal stenosis. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados entre 2014-2019, dos tipos descritivos e intervencionista. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão, relatos de caso ou artigos que não abordem assuntos discutidos nos objetivos.</p> <p>RESULTADOS: Alguns benefícios evidenciados no tratamento endoscópico foi em um estudo realizado na Austrália, que os pacientes ficaram, em média, 26 dias a menos internados no hospital com o tratamento endoscópico. No estudo citado foi estimado uma economia de \$31.000 dólares australianos (equivalente a 65.100 reais). Na literatura, evidencia-se que esse método gera menores complicações para o paciente, já que no procedimento endoscópico há uma menor morbimortalidade e menos transtornos na voz do paciente, significando uma percepção do paciente e dos familiares bem mais positiva quanto ao tratamento. É nesse contexto que se entende que o procedimento aberto é mais destinado para casos refratários de ET ou por preferência do doente, além do que após o procedimento aberto, o seguimento do paciente costuma durar mais. Associado a isso, a presença de comorbidades cardíacas, pulmonares e neurológicas é um forte indicador de preferência pela via endoscópica. Entretanto, o procedimento endoscópico também tem suas desvantagens e riscos, por exemplo, em pacientes possivelmente operáveis, pode provocar um aumento do comprimento da estenose quando se aplicam stents, impedindo cirurgias curativas futuras, por isso é fundamental uma abordagem multidisciplinar para seleção do método mais apropriado para o paciente. Outro ponto é que a via endoscópica pode não ser resolutiva, principalmente em casos mais complexos, além do que, diferentes métodos têm taxas de recidiva diferentes, nos casos mais complexos, por exemplo, taxa de recidiva após a dilatação e a dilatação assistida por laser é de 90%, enquanto a colocação de stents fornecem uma cura em 17,6% dos casos. A própria utilização de dilatação endoscópica com balões de estenose subglótica vem sendo usada a bastante tempo em crianças e adultos para causas benignas e malignas de ET, sendo um método seguro, mas temporário, necessitando de avaliação por parte do cirurgião.</p> <p>CONCLUSÕES: Por ter menos complicações e ser mais seguro, abordagem endoscópica gera benefícios não só para o paciente, que poderá retornar às suas atividades rapidamente, mas também para a saúde coletiva, pois diminui os custos hospitalares. Entretanto, devidos às taxas de recidivas apresentadas, ainda é comum a traqueoplastia como método de escolha no tratamento de ET.</p>
<p>PO 662-3</p> <p>ENSINO DA VIDEOCIRURGIA PARA ACADÊMICOS ATRAVÉS DE UM CURSO TEÓRICO-PRÁTICO</p> <p>Douglas Marques Ferreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Lara Poti Nobre, Afonso Nonato Goes Fernandes, Cláudio Matias Barros Júnior, Tulio Timbo Arruda, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia videolaparoscópica está cada vez mais presente nas rotinas de centros cirúrgicos, porém não houve o mesmo crescimento nos centros de ensino. O treinamento cirúrgico deve ser gradual na complexidade dos procedimentos a serem realizados, permitindo tempo de treinamento suficiente. Atualmente no Brasil, ainda há uma forte necessidade de treinamento da videocirurgia nas múltiplas especialidades. Dessa forma, o atual trabalho justifica-se em avaliar a percepção de alunos de medicina acerca de um curso complementar de videocirurgia.</p> <p>MÉTODO: O curso foi realizado na Universidade de Fortaleza, sendo organizado pela Liga de Cirurgia Geral (LICIG). Participaram 23 alunos de 7 faculdades diferentes sendo em média, aproximadamente, do 3º semestre e foi dividido em 2 momentos: as aulas presenciais seguidas com a prática em simuladores e, após as aulas, questões acerca das atividades estudadas e a disponibilização de artigos. Teve duração total de 4 dias e, ao final, foi solicitado que os alunos respondessem um questionário acerca das atividades realizadas.</p> <p>RESULTADOS: Dos 23 alunos inscritos, apenas 18 responderam o questionário de percepção sendo que 10 alunos (55,6%) já haviam tido contato com alguma temática abordada no curso. A proposta do curso era criar um ambiente satisfatório para introdução à videocirurgia. Quando questionado acerca da eficácia em realizar essa introdução, os alunos deram nota média de 9,7. Acerca da metodologia utilizada: 11 (61,1%) manteriam o formato empregado, 6 (33,3%) gostariam de mais horas presenciais e 1 (5,6%) gostaria de mais momentos à distância. Questionou-se também se a presença dos simuladores foi auxiliar no processo de aprendizagem, obtendo 100% de aprovação. Por fim, quando questionado sobre a presença da videocirurgia em algum momento da grade curricular, 12 (66,7%) relataram não saber e 6 (33,3%) afirmaram não ter.</p> <p>CONCLUSÕES: Em síntese, foi possível observar o desejo dos acadêmicos pelo aprendizado na área da videocirurgia e a importância da introdução do assunto de maneira precoce na formação do profissional de saúde. Em adição, também foi possível evidenciar a importância da utilização de novas metodologias de ensino para adaptar a forma em que o conteúdo é passado, sendo o EAD e as atividades prática utilizando simuladores formas eficazes para tal.</p>	<p>PO 663-2</p> <p>INDICAÇÃO DO USO DE DRILL PARA TRATAMENTO DE ESTENOSE TRAQUEAL</p> <p>João Felipe Carvalho Rodrigues, João Carlos Fecine Machado, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Bianca Batista Diniz Freitas, Israel Lopes Medeiros, Lara Poti Nobre</p> <p><i>UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Atualmente, o tratamento de primeira linha para estenose traqueal simples é por via endoscópica, podendo ser realizado a ressecção e anastomose primária. Entretanto, são possíveis, também, alternativas de tratamento, como o uso de um Stent, dilatação mecânica, uso da terapia a laser e a técnica drill, que se baseia na perfuração da estenose em três locais (às 12, 3 e 9 horas) com um aplicador de algodão endoscópico (Karl Storz GmbH & Co.) adaptado, em seguida, tesouras endoscópicas fazer cortes radiais guiados pelas perfurações e, por fim, a dilatação, usando um broncoscópio rígido. Este trabalho objetiva reconhecer a técnica drill como sendo válida ou não para tratamento de estenose de vias aéreas.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um artigo de revisão, com metodologia a busca ativa de informações nas bases de dados do PMC, MEDLINE e PUBMED. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Tracheal stenosis; Endoscopic hand drill. Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados em 2014-2019, dos tipos descritivos e intervencionista. Os critérios de exclusão foram artigos de revisão ou artigos que não abordem assuntos discutidos nos objetivos.</p> <p>RESULTADOS: Os pacientes aptos para o procedimento deveriam estar contraindicados para cirurgia, ter uma estenose de extensão menor que 1cm, não possuir traqueomalácia e não possuir envolvimento da parede traqueal. Foram analisados 6 casos de pacientes submetidos à essa técnica, onde 4 eram homens e 2 eram mulheres. A média da idade é de 46,6 anos, excluindo-se um dos pacientes que era uma criança de 4 anos. Os pacientes tinham entre 2 e 3 reestenoses. Dos 6 casos, em 3 a estenose era na traquéia cervical, 1 na traquéia torácica e 2 tinham estenose subglótica. O tempo operatório médio foi de 10,2 minutos. Obteve-se uma dilatação em média de 4,8 centímetros. Todos os pacientes tiveram resolução completa dos sintomas e sem retorno da estenose em até 28 meses nos casos mais antigos. Essa técnica, além de possuir menores custos, não necessita de equipamentos que podem não ser de fácil disponibilidade, se comparado com o tratamento a Laser e não gera riscos de lesões termiais. Além disso, quando comparado com outros instrumentos frios, como a utilização apenas de tesouras, a técnica Drill é mais fácil de executar e mais segura.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar de poucos casos relatados, a técnica Drill se mostrou útil em pacientes com estenose simples, reduzindo a taxa de recorrência, sendo mais barata em comparação à laser, além de menos arriscada em comparação à técnica com tesouras. Superior pelo curto tempo de operação, sem complicações intra e pós operatórias, bem como sem casos de reestenose. Ressalta-se a necessidade de mais trabalhos serem publicados a respeito desta técnica.</p>

PO 663-3	PO 664-3
<p>APLICAÇÃO DE SIMULADOR DE BAIXO CUSTO DA TÉCNICA FECHADA DO PNEUMOPERITÔNIO</p> <p>Douglas Marques Ferreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A cirurgia videolaparoscópica está cada vez mais presente nas rotinas de centros cirúrgicos, porém não houve o mesmo crescimento nos centros de ensino. Para a realização da videocirurgia o conhecimento acerca da correta técnica de manufatura do pneumoperitônio e seus testes confirmatório torna-se essencial para a realização de um procedimento seguro. O atual trabalho busca avaliar a percepção de estudantes de medicina acerca de um simulador de baixo custo para treino da técnica fechada de pneumoperitônio.</p> <p>MÉTODO: As atividades foram realizadas por 16 alunos, que participaram do curso teórico prático de iniciação a cirurgia e videocirurgia, cujas aulas foram ministradas por alunos da liga acadêmica de cirurgia (LICIG) da universidade de fortaleza (UNIFOR). O simulador consistia em uma caixa de acrílico com tampa verde que impedia a visualização de seu interior, no topo da caixa havia um buraco que era recoberto com duas camadas de papel celofane, em baixo do buraco era colocado um recipiente vazio ou um cheio de líquido com corante. O participante então introduzia a agulha de Veress, quando escutava o duplo click pelas camadas de papel celofane e prosseguia a realizar os testes confirmatórios: aspiração, resistência, recuperação e gotejamento, testes estes que dariam positivo ou negativo a depender do recipiente colocado dentro da caixa. Após a prática, foi solicitado que os alunos respondessem um questionário que avalia a atividade com base na escala Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5 (1 - discordo completamente; 2 - discordo parcialmente; 3 - indiferente, 4 concordo parcialmente; 5 - totalmente de acordo).</p> <p>RESULTADOS: Dos 16 alunos que responderam o questionário de percepção, nenhum teve contato previamente com a técnica de manufatura de pneumoperitônio. Quando questionados acerca da importância em realizar essa introdução, os todos declararam considerar de extrema importância essa técnica. Em relação a efetividade do simulador, todos os 16 alunos consideraram que o simulador foi capaz de reproduzir corretamente todos os testes, mostrando, assim, a eficácia do equipamento. Já quando questionados se o simulador deve ser mais utilizado, todos os participantes, com base na escala Likert, responderam que concordavam totalmente, evidenciando que o simulador conseguiu obter o sucesso em seu objetivo didático e uma alta aceitação pelos alunos.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, concluímos que o modelo de simulação de baixo custo da técnica fechada do pneumoperitônio obteve um alto grau de satisfação pelos alunos, comprovando, assim, sua eficácia e importância para um maior contato com essa técnica. Portanto, evidencia-se que ferramentas como esta servem de auxílio à aprendizagem e à fixação desse manejo pelos alunos.</p>	<p>PERCEÇÃO ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE UM SIMULADOR DE APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DE BAIXO CUSTO EM ESTUDANTES DE MEDICINA</p> <p>Rodrigo Teófilo Parente Prado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Lara Poti Nobre, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Com o aparecimento das técnicas de cirurgia minimamente invasiva, durante o século XX, surgiram também alguns outros desafios, principalmente, com relação à parte de ensino. Nessa cirurgias, apareceram problemas como a percepção da profundidade, a orientação espacial e a limitação de espaço para as manobras, levantando a necessidade de se procurar maneiras para auxiliar o treinamento dessas habilidades psicomotoras, além do estudo da técnica cirúrgica em si. Dessa forma, o trabalho atual justifica-se na avaliação da percepção de alunos de medicina acerca de um modelo de baixo custo de apendicectomia.</p> <p>MÉTODO: O treinamento do procedimento cirúrgico foi realizado em um modelo, que imitava o Intestino Delgado, Intestino Grosso, o Apêndice e a Arteria Apendicular. Os órgãos foram desenhados em feltro e preenchidos com espuma para almofadas, depois costurados na forma do órgão, o apêndice foi feito separado do intestino grosso e sua ligação foi feita a partir de velcro, já o mesoapêndice foi feito com um saco plástico preenchido com a mesma espuma e com uma corda vermelha para representar a artéria apendicular, depois esse material foi colocado ao redor do apêndice.</p> <p>RESULTADOS: Desse, 7 (50%) já haviam tido contato com a laparoscopia. Quando perguntados sobre a ergonomia proporcionada pelo simulador, todos os 14 (100%) participantes responderam que concordavam, pelo menos parcialmente, que o simulador se mostrou ergonomicamente confortável. No que diz respeito à possibilidade do simulador reproduzir os movimentos realizados com as pinças, 100% dos participantes concordaram, de maneira, ao menos, parcialmente, com a afirmação. Outra assertiva que foi questionada, foi a questão do campo visual proporcionado pelo simulador, nesse ponto, 10 (71,4%) concordaram que ele permitiu a execução da tarefa, no entanto, outros 3 (21,4%) discordaram parcialmente da afirmação. Nesse contexto, quando perguntados a respeito da qualidade dos materiais que constituíam o simulador, 8 (57,1%) concordaram totalmente que ele foi construído com materiais de qualidade satisfatória e outros 5 (35,7%) dos estudantes concordaram parcialmente com o tema. Quanto a facilidade de reprodução do simulador 10 (71,4%) responderam concordaram totalmente com o fato de o simulador poder ser facilmente reproduzido. Já quando questionados sobre a possível utilização do simulador para o treinamento do procedimento e sobre a capacidade do simulador de se aproximar ao procedimento real, todos os 14 (100%) dos estudantes responderam que concordavam, pelo menos parcialmente, com essas assertivas.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do exposto, houve a comprovação de que o procedimento simulado conseguiu unir qualidade de materiais, baixo custo de produção, reprodutibilidade e uma similaridade com o procedimento real, na visão dos estudantes de medicina.</p>
<p>PO 666-2</p> <p>SÍNDROME DA CIMITARRA</p> <p>Rodrigo Teófilo Parente Prado, Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Apriégio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Síndrome da Cimitarra (SC) ou Venolobar ou ainda Síndrome do Pulmão hipogenético é uma condição genética rara relacionada ao retorno venoso pulmonar, nela a Veia Pulmonar direita drena de maneira anômala para a Veia Cava Inferior (VCI). Dessa forma, o trabalho atual justifica-se por realizar uma revisão de literatura acerca da clínica e do tratamento da SC.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão da literatura dos últimos 20 anos, utilizando os descritores "Scimitar Syndrome", "treatment". Foram aceitos tanto em inglês quanto em português. Nas bases de dados SciELO e PUBMED Central, tendo sido excluídos artigos de revisão e artigos que não abordassem temas coerentes com os objetivos deste trabalho.</p> <p>RESULTADOS: A SC recebe esse nome devido a sua semelhança radiológica com um estilo de sabre oriental, sendo uma curva descendente, vertical e com banda paralela ao diafragma. É uma condição clínica incomum, visto que representa somente cerca de 3% dos casos de drenagem anômala das veias pulmonares, além de ser encontrada em cerca de 0,4 a 0,7% das autópsias em adultos. Foi encontrada ainda uma maior prevalência no sexo feminino. A sintomatologia é escassa, podendo apresentar sintomas como: dispneia leve, baixo desenvolvimento da estatura e do peso e pneumonias de repetição. A literatura ainda divide a SC em duas formas, a infantil, ocorrendo em crianças que tenham menos de um ano de idade e a forma adulta. A primeira, geralmente, cursa com hipertensão pulmonar, enquanto a outra forma na maioria das vezes ocorre de forma assintomática, sendo muitas vezes um achado incidental em exames de rotina. Os sintomas decorrem, na maioria das vezes, de malformações cardíacas, sendo a SC associada em um terço dos casos com anomalias cardíacas congênitas, tais como: defeito do septo atrial e/ou ventricular, persistência do ducto arterial, coarctação da Artéria Aorta e Tetralogia de Fallot. Ainda não foi descrito na literatura o tratamento mais efetivo. Possui indicações cirúrgicas nos casos em que o paciente possui shunt E-D maior que 50%, apresenta infecções pulmonares recorrentes, hemoptises, malformações cardíacas e SC infantil sintomática. Acerca da abordagem cirúrgica, foram encontrados poucos artigos que estudaram esse tema, onde as técnicas encontradas foram: toracotomia mediana transternal, onde foi realizado uma comunicação interatrial ao nível da fossa oval, onde através de retalho utilizando PTFEE, fez-se um túnel conectando a veia anômala com o átrio esquerdo (AE) através da nova comunicação interatrial. Outras técnicas encontradas foram: anastomose da veia anômala ao AE através do defeito do septo atrial e, por último, divisão e reimplantação da veia anômala para o átrio direito com desvio para redirecionar o fluxo para o AE.</p> <p>CONCLUSÕES: Devido à ausência de um protocolo de tratamento bem estabelecido, é necessário um maior número de estudos na área, principalmente no quesito cirúrgico, para evitar com que haja um tratamento tardio, piorando as condições clínicas do paciente.</p>	<p>PO 667-1</p> <p>CORRELAÇÃO ENTRE A DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA E A SMET: UMA ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO PREVENTIVO EM PACIENTES DE RISCO MODERADO.</p> <p>Leticia Lima Oliveira, Fernanda Melo Oliveira, Diandra Alcântara Jordão, Glauber Schettino Silva, Higor José Silva Leal, Paulo André Duque Wanderley Filho</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar os dados epidemiológicos, colhidos na cidade de Maceió, referente a doença hepática gordurosa não alcoólica e a SMet, correlacionando-os.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo do tipo transversal, contemporâneo, caso-controle, na cidade de Maceió, Alagoas. A população pesquisada consistiu de dois grupos de indivíduos com idade >30 anos e <65 anos, de ambos os sexos: Grupo Caso, indivíduos com SMet, diagnosticada através dos critérios da versão harmonizada da e um Grupo controle.</p> <p>RESULTADOS: Os dados demográficos do presente estudo utilizados para caracterização da amostra demonstram a maior predominância no sexo feminino em ambos os grupos estudados. No Grupo SMet, 18 dentre os 24 (75%) eram do sexo feminino, enquanto no Grupo Controle 13 dentre os 18 (72,23%) eram também do sexo feminino. Quando observamos a idade, o Grupo SMet (50,17 ± 8,27 anos) apresenta uma maior média de idade em relação ao Grupo Controle (45,50 ± 7,45 anos). Para os indivíduos do Grupo SMet, os parâmetros peso, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), relação cintura-quadril (RCQ) e circunferência do pescoço (CP) mostraram-se aumentados quando comparado com grupo controle, apresentando uma diferença estatisticamente significativa. Na avaliação das enzimas hepáticas AST e ALT, no grupo SMet, os dois parâmetros hepáticos apresentaram aumento quando comparado com o grupo controle, com diferença estatística significativa. Interessantemente, a relação AST/ALT apresentou redução no grupo SMet em relação ao grupo Controle.</p> <p>CONCLUSÕES: No presente estudo os marcadores de lesão hepática (ALT e AST) apresentaram-se aumentados no grupo SMet, o que podemos considerar importante dano hepatocelular. Quando observamos a relação AST/ALT <1 no grupo de SMet, é possível destacá-lo como um indicador de doença hepática gordurosa não alcoólica. Interessantemente, em ambos os grupos, na análise das correlações observa-se uma correlação positiva entre os referidos marcadores enzimáticos. Diante disto podemos destacar a importância de marcadores precoces não invasivos de baixo custo como uma forma de rastreamento preventivo.</p>

PO 667-3	PO 673-2
<p>CUIDADOS E COMPLICAÇÕES NO PRE E POS OPERATORIO</p> <p>Karem Yapuck Pereira de Almeida, Victor Reis Santos, Edson Freire Fonseca</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar os cuidados pré e pós-operatórios que podem contribuir significativamente com a redução de complicações pós-cirúrgicas.</p> <p>MÉTODO: Revisão nas bases de dados BVS/BIREME, LILACS, MEDLINE e SciELO, utilizando os termos: "Complicações Pós-Operatórias", "Avaliação cirúrgica" e "Cuidados pós-operatórios".</p> <p>RESULTADOS: Ao realizar uma cirurgia, a equipe pré e pós-operatória deve sempre estar atenta aos cuidados no período cirúrgico a fim de prevenir complicações. O paciente que necessita de intervenção deve ter seu estado hemodinâmico avaliado cautelosamente, levando em consideração o seu estado nutricional, bem como balanços hidroeletrólitos e ácido-básicos. Além disso, o cirúrgico deve ter como prioridade pós-operatória a avaliação rotineira do estado de consciência, as condições de hidratação e balanço hídrico, o estado das condições de ventilação e oxigenação, das condições hemodinâmicas e a observação do estado das cicatrizes cirúrgicas e o funcionamento de drenos, sondas e cateteres. As complicações cirúrgicas podem ser diferenciadas em três tipos: as gerais, que podem acontecer em qualquer indivíduo independentemente do setor a ser operado, as específicas, que estão diretamente relacionadas ao sítio da operação e as especiais, que dependem das afecções clínicas preexistentes. Para realização de um procedimento cirúrgico deve-se sempre avaliar o estado de vulnerabilidade do paciente o qual será submetido ao procedimento operatório a fim de minimizar complicações que possam retardar a sua recuperação. Distúrbios que variem negativamente o estado hemodinâmico do paciente, como alterações hidroeletrólitos e distúrbios ácido-básicos podem ser a gênese de complicações cirúrgicas que tem a capacidade de tornar-se fatais ou não, por isso devem ser tratados. Desta forma, deve-se compreender os fatores modificáveis e os não modificáveis que irão interferir ativamente no processo operatório, como doenças de base, medicações, infecções e desnutrição. Além disso, as demandas pós-operatórias necessitam de rigorosa avaliação a fim de contribuir com a diminuição das complicações. O controle da dor deve ser estabelecido, pois o quadro algico pode dificultar a mudança de decúbito, que previne atelectasias e acúmulo de secreções. A elevação da temperatura também é de crucial relevância, pois nas primeiras 24 horas pode ser consequência da elevação do metabolismo e trauma cirúrgico, mas após esse período deve ser realizado o diagnóstico diferencial com infecções, principalmente na presença de fatores sistêmicos como desnutrição, obesidade, infecção concomitante, depressão da imunidade, uso de corticosteróides e citotóxicos, diabetes melitos, hospitalização prolongada e doenças debilitantes e consumptivas como neoplasias.</p> <p>CONCLUSÕES: Os cuidados pré e pós-operatórios são cruciais para que se obtenha êxito em procedimentos cirúrgicos, pois eles influenciam diretamente na recuperação e redução das complicações após uma cirurgia.</p>	<p>IMPACTO E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM HIPERIDROSE PRIMÁRIA SUBMETIDOS A SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA.</p> <p>Luiza Rossi Pettinelli, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Tuany Oliveira Dornelles, Leonardo Castilho, Franciele Perondi, Leandro Vicente Zoehler, Eduardo Fontena</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida antes e após a realização de simpatectomia por videotoroscopia para tratamento de hiperidrose primária.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal analítico que avaliou pacientes submetidos à simpatectomia por videotoroscopia para tratamento de hiperidrose primária no período de julho de 2015 a junho de 2017. O desfecho foi avaliado através de um único questionário sobre qualidade de vida relacionada à hiperidrose, avaliando o antes e no mínimo 18 meses após o procedimento. Para comparação da qualidade de vida foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas e teste de qui-quadrado para avaliação da relação entre hiperidrose compensatória e qualidade de vida pós-operatória.</p> <p>RESULTADOS: Entre os 21 participantes, a maioria era mulheres (57,1%), com hiperidrose de manifestação na região axilar (61,9%) e palmar (42,8%). Apesar da hiperidrose compensatória permanecer durante 3 meses em 85,7% dos pacientes, houve uma redução de 14,3% após 18^o mês, havendo remissão completa em 3 pacientes. Dez pacientes entre os que ainda apresentavam hiperidrose compensatória após 18 meses (66,7%) a classificaram como aceitável, três pacientes classificaram-na como limitante (20%) e dois pacientes (13,3%) a classificaram como incapacitante. Antes da cirurgia, a qualidade de vida dos pacientes eram, 19,1% aceitável, 23,8% ruim e 57,1% péssima, visto que nenhum paciente referiu boa ou excelente. No pós-operatório (no mínimo 18 meses após), 57,1% referiram muita melhora da qualidade de vida, 28,6% pouca melhora, 4,8% igual a antes do procedimento, 4,8% um pouco pior e 4,8% muito pior. A média da qualidade de vida relacionada à hiperidrose, em um escore de 1 a 5, sendo 1 excelente e 5 péssima, foi 4,38 antes da cirurgia e 1,71 depois, com significância estatística (p<0,001). Depois da operação, a média do escore em pacientes com hiperidrose compensatória foi 1,93 enquanto nos pacientes que não apresentaram hiperidrose compensatória, a média ficou em 1,16 (p>0,05) (IC: 95%).</p> <p>CONCLUSÕES: Esse estudo corrobora com a literatura mundial, pois permite a percepção de que a simpatectomia por videotoroscopia melhora a qualidade de vida dos pacientes com hiperidrose primária, sustentando-se ao longo do tempo. A hiperidrose compensatória ocorreu na maioria dos pacientes, todavia não influenciou de maneira significativa na qualidade de vida.</p>
<p>PO 674-3</p> <p>FREQUÊNCIA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA SUPRAPANCREÁTICA E INTRAPANCREÁTICA E SUA RELEVÂNCIA CIRÚRGICA</p> <p>Isadora Rubira Furlan, Edmundo Vieira Prado, Luis Felipe Becker, Isabela Almeida Tiveron, Karina Boaventura Martinelli</p> <p><i>Universidade de Marília - Marília - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O baço é irrigado exclusivamente pela artéria esplênica, que é o maior ramo do tronco celiaco. A artéria esplênica também envia vários ramos para o pâncreas e envia artérias gástricas curtas para o estômago, que se ramificam da própria artéria esplênica. Sua topografia próxima ao estômago e pâncreas lhe dá importância cirúrgica adicional, além dos procedimentos esplênicos. A partir dessa importância clínico-cirúrgica, o objetivo dos autores descrever a topografia mais comum da artéria esplênica (supra ou intrapancreática) e seu significado clínico-cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão descritiva de estudos primários nas base de dados Pubmed e Scielo em Janeiro de 2019. Na estratégia de busca, utilizaram-se os descritores MeSH/DeCs: human, splenic artery, spleen, artery, anatomy, variation, e anatomic variation em associação com operadores booleanos combinados entre si. Os descritores foram adaptados como MeSH, mas não foram restritos visando a aumentar a sensibilidade; também foi realizada busca com "All fields". Utilizaram-se os critérios de exclusão: relatos de caso, estudos secundários, estudos em animais, artigos com metodologia não explícita, ausência de descrição estatística. Utilizaram-se os critérios de inclusão: Artigos completos em inglês, espanhol ou português, humanos, estudos cirúrgicos, em exames de imagem ou em cadáveres. Não houve limitação quanto ao ano de publicação. Na busca inicial, foram encontrados 91 artigos no Pubmed, Com base nos critérios de exclusão/inclusão, 53 artigos foram excluídos e restaram 38 após a primeira seleção pela leitura de título. Após a segunda seleção mediante leitura de resumo, 35 foram excluídos. Foram analisados 3 artigos finais e os textos de suas respectivas referências bibliográficas.</p> <p>RESULTADOS: penas 2 dos 3 trabalhos finais foi incluído, bem como 3 outros artigos de suas referências bibliográficas. Em apenas um estudo, o trajeto da artéria esplênica foi suprapancreático em 66,7% dos casos e intrapancreático em 33,3%. Estes dados diferem daqueles apresentados por Lippert e Pabst, 1985 (padrão suprapancreático em 80%, intrapancreático em 8%) e por Pandey et al.; 2004 (suprapancreático 74,1%, intrapancreático 4,6%).</p> <p>CONCLUSÕES: Apenas 2 dos 3 trabalhos finais foi incluído, bem como 3 outros artigos de suas referências bibliográficas. Em apenas um estudo, o trajeto da artéria esplênica foi suprapancreático em 66,7% dos casos e intrapancreático em 33,3%. Estes dados diferem daqueles apresentados por Lippert e Pabst, 1985 (padrão suprapancreático em 80%, intrapancreático em 8%) e por Pandey et al.; 2004 (suprapancreático 74,1%, intrapancreático 4,6%).</p>	<p>PO 676-3</p> <p>A CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO NO SUS</p> <p>Sara de Freitas Romão, Brenda Caroline da Silveira Dias, Cristiane Chaves Campos, Dayanne Cristine de Oliveira, Thallyson Ruan Brilhante Porto, Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Rayana Vaz Manzi, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Mostrar uma retrospectiva, a despeito da funcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre os procedimentos de transgenitalização nos últimos 5 anos, instituído pela portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, considerando sua eficiência em relação à demanda da população transexual.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática de artigos, protocolos e plataformas digitais (DATASUS e Bireme) sobre a funcionalidade do SUS no processo Transsexualizador, em especial nos cuidados cirúrgicos, pré e pós-operatórios.</p> <p>RESULTADOS: Apesar do Conselho Federal de Medicina (CFM) autorizar as cirurgias de mudança de sexo há mais de 20 (resolução nº 1482/97) e de serem contempladas pelo SUS desde 2008 (Portaria nº 1.707 de 18/08/2008 e da Portaria nº 457 de 19/08/2008), a transexualidade foi considerada um transtorno mental até 2018 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente enquadrada na categoria de "saúde sexual", a incompatibilidade de gênero é uma problemática que abrange questões emocionais e sociais; assim, seu tratamento incorpora a psicoterapia, a hormonioterapia e a cirurgia. Uma vez feito o diagnóstico correto, o indivíduo deve iniciar o processo de psicoterapia. Concomitantemente, é iniciada a hormonização, com bloqueio androgênico associado à estrogênio para transexuais masculinos e androgenoterapia para transexuais femininos. Em seguida, realiza-se a cirurgia de transgenitalização, a qual não promove a "mudança de sexo", mas adequa os genitais ao gênero do paciente. Devido à irreversibilidade, esses procedimentos podem ser realizados apenas após dois anos de psicoterapia e hormonização, a fim de evitar arrependimento e aprimorar os resultados. Não existem dados nacionais fidedignos sobre a quantidade de pessoas transexuais no Brasil, porém a estimativa é que seja em torno de 1% da população geral, ou seja, cerca de 2 milhões de cidadãos. Segundo o Ministério da Saúde, desde a criação do processo transsexualizador no país, foram feitas 243 cirurgias nos 5 hospitais habilitados pelo SUS, contemplando uma parcela de 8,2% da população transexual. Nesses hospitais a cirurgia é gratuita, mas a fila de espera é imensa, o que torna a procura pelo tratamento muito mais trabalhosa, levando alguns transexuais a desistirem de realizar o procedimento.</p> <p>CONCLUSÕES: A discriminação, violência e a incompreensão tornam as pessoas transgêneros um dos grupos mais vulneráveis ao suicídio no mundo. A literatura mostra que os transexuais buscam a cirurgia e todo tipo de transformação corporal não somente para estabelecer a unidade entre corpo/mente e entre suas identidades, mas, primordialmente, para alcançar o reconhecimento do seu pertencimento à humanidade, reconhecimento social de sua condição humana. Mesmo após dez anos de inserção do processo de transição sexual, a parcela da população atendida é ínfima e não corresponde à realidade do Brasil, considerando que menos de 9% desse grupo já passou por algum procedimento cirúrgico pelo SUS.</p>

<p style="text-align: center;">PO 678-3</p> <p>INTERAÇÕES CAUSADAS POR COMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA MÉDICA E CIRÚRGICA NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2014 A 2018</p> <p>Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Rayana Vaz Manzi, Caique Ferreira de Sousa, Raitton Dias Gomes, Dayanne Cristine de Oliveira, Meire Aparecida Jacinto Gundim, Sara de Freitas Romão, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Apresentar informações que aponte uma má política de intervenção do Sistema Único de Saúde na problemática das complicações causadas no momento da assistência médica e cirúrgica ao cliente. E levantar questionamentos com enfoque na negligência ao notificar tal morbidade.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva-descritiva desenvolvida a partir de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados registros na categoria de causas externas no Grupo de: Complicação médica e cirúrgica no estado do Tocantins ressaltando sua evolução em número de internações, faixa etária e sexo mais acometido entre 2014 a 2018. Com isso, elencou-se um comparativo entre o número de internações por municípios e sua população. Com enfoque nos quatro maiores municípios, segundo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que é Palmas, Araguaina, Gurupi e Porto Nacional, respectivamente.</p> <p>RESULTADOS: No período de intervalo entre 2014 e 2018 foram totalizadas 510 internações provenientes de complicações médicas e cirúrgicas no estado. Deste total, o maior número de internações se concentra em Palmas, com 344 casos, seguidos de Porto Nacional, com 51 e Araguaina, com 42. Gurupi, que é a terceira maior cidade do estado aparece apenas com uma internação notificada por esta causa. Ficando atrás de municípios com pouco mais de 6 mil habitantes como Arapoema que possui 5 notificações no mesmo período. A faixa etária mais acometida é entre 70 e 79 anos, com 71 casos. Seguida da faixa de 60 a 69 anos, com 68 casos e de 20 a 29 anos, com 59 agravos. De acordo com o sexo, dos 510 registros, 266 são do gênero masculino (52,15%).</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se número significativo de agravos que provocaram internações por motivos de assistência médica e cirúrgica indevida, o que demonstra que faltam políticas públicas ou melhorias das já existentes para amenizar essa morbidade e consequente benesse na diminuição de custos na manutenção destes pacientes no Sistema Único de Saúde. Evidencia que a população idosa é a mais acometida, seguida da população jovem adulta. Expõe, de forma intrínseca, a falta de suporte dos profissionais que atuam no sistema, falta de reciclagem e aprimoramento de condutas médicas e protocolos vigentes. Elucida que Palmas é o município com mais internações por esta causa, seguindo a lógica, por ser o de maior população, mas Gurupi, terceira maior cidade do estado em habitantes, notifica apenas uma internação no período estudado o que levanta questionamentos quanto às notificações no município.</p>	<p style="text-align: center;">PO 679-3</p> <p>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUNDO O CARATER DE ATENDIMENTO</p> <p>Meire Aparecida Jacinto Gundim, Laylla Lúcia Borges Pinheiro, Dayanne Cristine de Oliveira, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Bryam Simonsen de Oliveira, Nathalia Tararam Zanetti, Luísa da Silva Ferreira, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os procedimentos cirúrgicos realizados entre janeiro e dezembro de 2018 segundo o caráter de atendimento a nível Nacional. A emergência definida como constatação de agravo a saúde que implique sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento imediato e a urgência caracterizada como ocorrência imprevista de agravo a saúde com necessidade de assistência médica imediata tem prioridades temporal no atendimento e apresentam peculiaridades como maior tempo de recuperação e pior prognóstico (BRASIL, 2014). Já o procedimento cirúrgico eletivo definido como atendimento prestado em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de cirurgia no qual há a possibilidade de agendamento prévio, apresenta contrariamente à conjectura emergencial um expectativa mais positiva ao paciente e ao serviço de saúde (BRASIL, 2011). Surge-se então a necessidade indagativa de se conhecer a realidade dos atendimentos cirúrgicos no país.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva-descritiva desenvolvida a partir de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados as cirurgias realizadas de acordo com o caráter de atendimento em âmbito Nacional no período de janeiro a novembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: No período analisado foram realizados 4.370.044 procedimentos cirúrgicos, sendo 1.798.890 em caráter eletivo, 2.512.302 em caráter de urgência, 12 por acidente de trabalho, 3 por acidente no trajeto para o trabalho, 22.097 por acidentes de trânsito e 36.740 por outros tipos de lesões e envenenamentos por agentes químicos e físicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Observou-se um número expressivo de cirurgias realizadas no país, sendo a maioria com atendimento de emergência (57,4%) em detrimento das cirurgias de caráter eletivo (41,16%). Haja vista que se preza por realização de procedimentos eletivos, tais dados certificam uma incoerência na assistência, o que aventa um funcionamento inadequado do sistema, uma vez que cirurgias eletivas podem ter se tornado de urgência em função do congestionamento e filas de espera, da demora ou ineficácia no diagnóstico na Atenção Primária à Saúde (APS). Tal contexto sugere um olhar mais cuidadoso por parte da política de saúde, uma vez que o procedimento cirúrgico que pode ser realizado de forma eletiva, quando se torna caráter de urgência aumenta o risco para o paciente, as complicações e o tempo de permanência hospitalar onerando ainda mais o sistema.</p>
<p style="text-align: center;">PO 684-2</p> <p>ANÁLISE COMPARATIVA DO SANGUE PROVENIENTE DA TORACOSTOMIA COM DRENAGEM TORÁCICA FECHADA COM SANGUE VENOSO DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO COM VISTAS A AUTOTRANSFUSÃO</p> <p>Samuel Cristaldo Dominguez, Osmar Nunes da Silva D'Abadia, Rodolfo Pacheco Quidá, Paulo Eduardo Zanoni, Carlos Augusto Cadamuro Kumata, Daniel Augusto Mauadi Lacerda, Carlos Antonio Stabel Daut</p> <p><i>Hospital Municipal São José - Joinvil - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: •Análise comparativa do sangue coletado através de toracostomia com drenagem pleural fechada com sangue venoso em pacientes que sofreram hemotórax traumático na chegada ao pronto socorro. • Avaliar a possibilidade de reinusão do sangue drenado por toracostomia com drenagem pleural fechada em pacientes vítimas de hemotórax traumático; • Analisar a influência do delta do trauma e mecanismo do trauma sobre o aspecto do sangue a ser reinfundido.</p> <p>MÉTODO: Estudo tipo descritivo, prospectivo, realizado no Hospital São José – Joinville/SC, com intuito de análise da viabilidade sanguínea coletado em Hemotórax Traumático, classificados como fechados e/ou abertos, para posterior realização de transfusão autóloga.</p> <p>RESULTADOS: Este estudo apresentará um número de 11 (onze) pacientes estudados, nos quais apresentaram diagnóstico de hemotórax traumático. Sendo realizado coleta do sangue de forma estéril em frasco coletor após toracostomia com drenagem pleural fechada e encaminhada para análise com bioquímica e cultura do sangue coletado, comparado com amostra de sangue venoso periférico do próprio paciente. A autotransfusão é um método terapêutico, que consiste na reintrodução do sangue do paciente em suas próprias veias, ou seja, é uma transfusão autóloga. Ela difere das transfusões sanguíneas comuns realizadas com o sangue de outros seres humanos: transfusões homólogas. A autotransfusão é prática muito valorizada atualmente por seus benefícios econômicos e, principalmente, por sua maior segurança clínica. Os graves riscos das transfusões homólogas reforçam o valor e a importância da autotransfusão.</p> <p>CONCLUSÕES: Embora reduzida em comparação com o sangue venoso, sangue proveniente de hemotórax fornece uma concentração suficiente de células sanguíneas para uso de autotransfusão, no entanto, o sangue pleural é extremamente deficiente nos fatores de coagulação. O sangue do Hemotórax pode ser útil para a ressuscitação aguda, mas exigiria reposição concomitante de fatores de coagulação conforme já preconizado na atualização mais recente do ATLS24. A análise de dados, não revelou uma associação fortemente significativa relacionando o tempo do trauma, assim como o mecanismo do trauma com a qualidade do sangue, isso nos mostra que há outros fatores associados a serem investigados.</p>	<p style="text-align: center;">PO 685-3</p> <p>COMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA MÉDICA E CIRÚRGICA</p> <p>Bryam Simonsen de Oliveira, Ítalo Brito Salera, Caio Felipe Damasceno Tavares, Raquel Costa Batista de Queiroz, Fernanda Gomes Dal Pra Gradin, Rayana Vaz Manzi, Brenda Caroline da Silveira Dias, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o número de indivíduos internados por complicações decorrentes de intervenções médicas, correlacionando com os valores gastos nos serviços hospitalares prestados e com o número de evoluções para óbito no mesmo período.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico, retrospectivo, com abordagem quantitativa do número de internações por complicações na assistência médica e cirúrgica (correspondentes ao CID Y40)</p> <p>RESULTADOS: No período analisado, as complicações por assistência médica foram responsáveis por 734 internações, sendo o sexo masculino o de maior prevalência, equivalendo a 53,27% dos casos. O ano com maior número de internações foi 2016, apresentando 146 casos, seguido pelo ano de 2017, com 113 complicações. As faixas etárias apresentaram grandes variações de valores: a maior prevalência se deu entre os adultos com 20 a 29 anos, correspondendo a 14,30% dos casos, seguidos pelas faixas de 30 a 39 anos, com 13,35%, e 40 a 49 anos, apresentando 12,94% das complicações. De todas as internações, 15 evoluíram para óbito, o que corresponde a 2,04% de todos os casos, sendo 11 desses pacientes do sexo feminino. O gasto com serviços hospitalares prestados a esses pacientes durante o período foi de 1.373.584,60 reais, sendo que desse valor 773.052,22 reais foram direcionados para pacientes do sexo masculino, o que equivale a mais de 56 % do valor total.</p> <p>CONCLUSÕES: As complicações na assistência médica e cirúrgica, como apresentadas, demonstram uma baixa prevalência de mortalidade, porém atingem principalmente a população considerada como adultos jovens, causando morbidade nessa faixa etária. Por se tratar da população economicamente ativa, existe um fator financeiro pela internação desses pacientes, pois isso pode influenciar no seu ganho salarial e ônus para o Estado. A busca pelas causas dessas complicações, como por exemplo a quebra da técnica cirúrgica durante o ato operatório ou o bom questionamento quanto as alergias a drogas conhecidas pelos pacientes poderiam vir a evitar novas internações dispendiosas e malefícios para os indivíduos acometidos.</p>

PO 686-2	PO 686-3
<p>PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TORACOTOMIA EXPLORADORA NO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA</p> <p>Gabriela Silva Esper, Carla Paulinelli Seba, Gabriel Veloso Cunha, Ettore Mendes Azenha, Lucas Benfica Paz, Rosalvo Streit Junior, Danielle Rabelo Gonzalez Veldman, Pablo Borges Leal</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a toracotomia exploradora no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) durante o ano de 2018, levantando dados que permitem uma melhor compreensão sobre esses pacientes e que possibilitarão posteriores estudos epidemiológicos e análises aprofundadas, associando exposições e efeitos para visualizar possíveis intervenções significativas na realidade local, pois trata-se do território do Distrito Federal (DF) com maior densidade urbana, apresentando-se como a região mais populosa do DF. Isso faz com que exista uma grande diversidade populacional exigindo atenção à saúde diversificada, principalmente para a prática da violência e a sua necessidade de um cuidado especializado pelos profissionais de saúde.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de prontuários médicos de todos os pacientes submetidos a toracotomia exploradora entre janeiro e dezembro de 2018 no Hospital Regional da Ceilândia, somando-se um total de 9 pacientes. Foram observados a história natural e os determinantes do tratamento cirúrgico, gerando o levantamento de dados como idade, sexo, efeito causal, necessidade de cirurgia de urgência ou eletiva e a frequência desses.</p> <p>RESULTADOS: Fizeram parte do estudo 9 pacientes submetidos a toracotomia exploradora, com predomínio de vítimas jovens com idade média de 37 anos - sendo a mínima de 23 e a máxima de 50 anos - e apresentando como principal agente causal a perfuração por arma branca (PAB), que acometeu 7 dos pacientes (78% dos casos), enquanto 1 paciente foi acometido por perfuração por arma de fogo (PAF) (11%), e 1 paciente foi vítima de queda de telhado (11%). Observou-se que o sexo feminino foi menos atingido, representando apenas 22% dos casos, enquanto o masculino representou 78% das vítimas. A cirurgia de urgência ocupou 89% dos casos, sendo os pacientes levados diretamente ao centro cirúrgico, enquanto a menor porcentagem foi de cirurgia eletiva devido a complicação de drenagem torácica. As principais incisões torácicas realizadas foram antero-laterais. Desses pacientes, uma das vítimas de PAB foi à óbito durante a internação hospitalar.</p> <p>CONCLUSÕES: Considerando que as perfurações por armas branca e de fogo ocupam a maior parte dos fatores causais da toracotomia no estudo, é possível observar que a prática da violência ainda é um fator de grande relevância nos acometimentos torácicos que exigem abordagem cirúrgica, gerando impacto tanto social quanto nas instituições de saúde, pois torna frequente o atendimento dessas vítimas nas emergências hospitalares. Indivíduos jovens, com faixa etária de até 50 anos de idade, do sexo masculino, predominaram entre os pacientes toracotomizados na amostra do estudo.</p>	<p>SILDENAFIL COMO UM MEDIADOR VASODILATADOR NO TRATAMENTO DE SEPSE ABDOMINAL.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Dened Myller Barros Lima, Irami Araújo-Neto, Amália Cinthia Meneses Rêgo</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os efeitos do tratamento prévio com sildenafil em ratos com sepse abdominal induzida por ligadura e punção do ceco.</p> <p>MÉTODO: Ratos Wistar foram distribuídos aleatoriamente em 3 grupos de 6 animais cada. Grupo Sham(GS): Animais submetidos a laparotomia sem indução da sepse; grupo LPC/sil: Ratos submetidos à ligadura e punção do ceco (LPC) tratados com sildenafil 1mg/kg via oral por gavagem, 60 minutos antes da indução da sepse; grupo LPC: realização de sepse, sem uso do sildenafil. Após anestesia e técnica asséptica, foi realizada laparotomia mediana e LPC. Dor pós-operatória controlada com xilometazolol 0,3 mg/kg. Os animais foram observados até completar 24 horas, estágio tardio e hipodinâmico da sepse abdominal polimicrobiana. Foram analisados: Peso dos animais, leucograma, dosagem sérica de proteína C reativa, TNF-α, IL-1β, IL-6 e IL-10. Análise estatística pelo ANOVA e teste de Tukey, significância $p < 0,05$.</p> <p>RESULTADOS: Redução de 12% do peso dos animais do grupo LPC quando comparado com grupo sham ($p < 0,05$). Comparação entre o grupo sham LPC/sil revelou diferença significativa. A quantificação de leucócitos totais e neutrófilos revelou aumento significativo nos animais do grupo LPC quando comparado com o grupo sham ($p < 0,05$). No grupo LPC/sil houve redução de leucócitos totais e neutrófilos, comparando-se com o grupo LPC ($p < 0,05$). Houve redução dos níveis de proteína C reativa no grupo LPC/sil, em comparação com o grupo LPC ($p < 0,05$). Redução significativa da expressão de TNF-α, IL-1β e IL-6 no grupo LPC/sil em comparação com os animais não tratados ($p < 0,05$). O aumento de IL-10 no grupo LPC/sil em comparação com o grupo LPC sugere efeito protetor do vasodilatador sobre o quadro séptico.</p> <p>CONCLUSÕES: Os dados permitem afirmar que o pré-tratamento da sepse abdominal com o vasodilatador sildenafil influenciou a evolução favorável da inflamação e da resposta imune em ratos.</p>
<p>PO 687-3</p> <p>TELECIRURGIA NA FACULDADE DE MEDICINA E NO HOSPITAL DE ENSINO</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima, Irami Araújo-Neto</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A telecirurgia foi anunciada para aumentar a eficiência, ampliando o escopo da prática cirúrgica, melhorando os resultados da cirurgia e reduzindo os custos no sistema de saúde. O objetivo deste artigo é descrever alguns aspectos importantes da telecirurgia nas escolas de medicina, incluindo os requisitos de telecomunicação, o impacto da falta de feedback tátil, a adaptação dos cirurgiões, questões éticas e médico-legais.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão na plataforma eletrônica Pubmed e Scielo, e um total de 20 artigos representativos foram identificados e constituem a base dessa revisão.</p> <p>RESULTADOS: Nesta revisão descrevemos os termos básicos sobre telemedicina e telecirurgia. Também descrevemos os guias para o estabelecimento de redes de telecirurgia conectando vários hospitais e centros no mundo, permitindo a disseminação rápida e segura de novas técnicas cirúrgicas. A telemedicina tem sido usada para ler exames de imagem, interpretar testes, consultas, cirurgia convencional, laparoscópica e telerobótica, gerenciar o diabetes e gerenciar o acompanhamento pós-operatório de locais remotos. Reduções no tempo perdido do trabalho, custos de transporte, maior eficiência para os prestadores de serviços de saúde e redução dos custos médicos foram sugeridos como benefícios da telemedicina.</p> <p>CONCLUSÕES: Apesar das informações publicadas sobre telemedicina e telecirurgia, esta tecnologia tem se mostrado altamente importante em escolas de medicina em hospitais rurais e ambientes de guerra, com benefícios inequívocos. Investigações adequadamente estruturadas serão necessárias para determinar o papel da telecirurgia no futuro. Interprete testes, consulta, cirurgia convencional, laparoscópica e telerobótica, administre o diabetes e faça o acompanhamento pós-operatório em locais remotos. Reduções no tempo perdido do trabalho, custos de transporte, maior eficiência para os prestadores de serviços de saúde e redução dos custos médicos foram sugeridos como benefícios da telemedicina.</p>	<p>PO 688-3</p> <p>DEISCENCIA DA ANASTOMOSE DO TRATO GASTROINTESTINAL E FISTULAS DIGESTIVAS.</p> <p>IRAMI ARAÚJO-FILHO ARAÚJO-FILHO, Aldo Cunha Medeiros, Gabriela Lima Nóbrega, Senival Alves de Oliveira Júnior, Guilherme Bastos Palitot de Brito, Carlos Antonio de Souza Filho, Antônio Braz da Silva Neto, Dened Myller Barros Lima</p> <p><i>UFRN - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A perda da integridade de uma anastomose, ainda é uma complicação comum que resulta em altas taxas de mortalidade. Diversas técnicas têm sido desenvolvidas na anastomose intestinal, seja com suturas artesanais como mecânicas, mas ainda com alta prevalência de deiscência e fistula. Fistulas gastrointestinais são definidas por ductos anômalos que se comunicam com a estrutura intestinal do corpo, que pode ser uma víscera intra-abdominal, cavidade abdominal, pele ou qualquer outro órgão subjacente. As fistulas geralmente decorrem de complicações cirúrgicas, mas também podem ser resultado de algum processo inflamatório patológico. Às vezes, as fistulas podem ter alta gravidade, o que resulta em hospitalização prolongada, bem como distúrbios orgânicos e emocionais para o paciente.</p> <p>MÉTODO: As referências para este artigo foram selecionadas através de busca em bases de dados utilizando Medline, Pubmed e Up to Date, utilizando as seguintes palavras-chave: fistulas digestivas, fistulas gastrointestinais, revisão. Artigos em língua inglesa e portuguesa publicados nos últimos 10 anos, sobre fistulas e cuja acesso ao texto completo isfree foram incluídos. Destes, foram selecionados artigos que expuseram definição, fatores de risco, classificação, diagnóstico e tratamento das fistulas digestivas. Artigos em outros idiomas e tempo maior que 10 anos foram excluídos.</p> <p>RESULTADOS: VERIFICAR DURANTE A APRESENTAÇÃO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE CARACTERES.</p> <p>CONCLUSÕES: As fistulas digestivas são de etiologia multifatorial e podem afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. Espera-se que tenham manifestações diversas entre os pacientes, uma vez que estes também podem apresentar comorbidades variáveis. Assim, esses fatores dificultam a coesão das medidas em um protocolo rígido, capaz de abranger todas as diversidades. Portanto, fistulas digestivas é um vasto campo de pesquisa para melhorar, não só o diagnóstico e tratamento, mas principalmente sua prevenção.</p>

PO 689-3	PO 690-3
<p>HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA: UM COMPARATIVO ENTRE A ABORDAGEM DIAFRAGMÁTICA E A ABORDAGEM ABDOMINAL, SOB A PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Lucas Nunes Ferreira Andrade, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a hernioplastia diafragmática, entre as abordagens torácicas e abdominais, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde.</p> <p>MÉTODO: Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), com período de tempo escolhido entre janeiro de 2015 e novembro de 2018. Os procedimentos escolhidos foi a hernioplastia diafragmática através de duas diferentes abordagens: via abdominal (VA) e via torácica (VT).</p> <p>RESULTADOS: No período entre janeiro e novembro de 2018, foram realizadas 1.686 VA e 818 VT. Acerca do valor médio de internação, que é o custo total do procedimento dividido pelo número de procedimentos, a VA obteve valor médio de R\$ 3.289,75 e a VT R\$ 4.845,46. Sobre a média de permanência hospitalar, a VA obteve 9,4 dias, enquanto a VT obteve 12,8 dias. E por fim, quando analisado a taxa de mortalidade, a VA possuiu 7,00 e a VT possuiu 7,82. Dessa forma, esses resultados encontrados confirmam o que foi encontrado na literatura, pois a abordagem abdominal permite uma melhor redução da hérnia, avaliação de defeitos adicionais contralaterais e, simultaneamente, o reparo de patologias intra-abdominais. Além disso, a principal indicação da abordagem torácica é a facilidade de dissecar o saco herniário do mediastino e estruturas pleurais. Para muitos cirurgiões, o manejo do saco herniário é um ponto fundamental para decidir qual abordagem escolher. Ademais, é importante ressaltar que foi observado durante nossa pesquisa na literatura uma carência na produção de trabalhos que compararam esses procedimentos, principalmente em relação à literatura brasileira e que nas informações fornecidas pelo DATASUS, não havia diferenciação entre os tipos de hérnias diafragmáticas.</p> <p>CONCLUSÕES: As diferentes abordagens possuem vantagens diferentes, entretanto, segundo o Sistema Único de Saúde, a VA possuiu menor taxa de mortalidade, menor tempo médio de internação e menor valor médio o que condiz com a literatura. Portanto, é necessário um maior número de pesquisas, principalmente em território brasileiro, para que o assunto possa ser mais esclarecido na literatura, permitindo, assim, a escolha do melhor procedimento para o paciente e para a saúde coletiva.</p>	<p>O PASSADO E PRESENTE DO INSTRUMENTO DOS CIRURGIÕES</p> <p>Arthur de Melo Monteiro Bastos, Ana Clara Fernandes Belchior, Luis Otavio Amarante Franco, Gabriela Strini Pereira, Anaa Luiza Antony Gomes de Matos Costa Silva, Kamila Catta Preta Carneiro Souza, Jordano Pereira Araujo, João Gabriel da Silva Lourenço</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O bisturi é um instrumento essencial à prática cirúrgica e um dos emblemas do cirurgião. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão histórica do desenvolvimento desse instrumento.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma busca nas bases de dados Medline, Scielo e Google Scholar os seguintes termos (em português e inglês): "Scalpel History", "História do Bisturi" e "Surgical Blade".</p> <p>RESULTADOS: Estudos sugerem que em 10.000 anos a.C iniciou-se a utilização de materiais afiados para realização de procedimentos. Para tal, eram usados como conchas, pedaços de plantas afiados e unhas para venossecção e circuncisão de recém nascidos. Com o passar dos anos, esses materiais foram sendo substituídos por metais como cobre (3.500 a.C), seguido de bronze e ferro (1.400 A.C). No entanto, apenas em 400 A.C, Hipócrates descreveu o que seria o primeiro bisturi, apresentando os mesmos aspectos essenciais dos instrumentos usados atualmente. Em Roma, Galeno utilizou o bisturi para viviseções, incisões e drenagens. Com a queda de Roma, o material foi aperfeiçoado na época de ouro do Islã, com a presença de lâminas retráteis. Durante a Renascença, Ambroise Paré e Guy de Chaulic utilizavam bisturis ornamentados com desenhos artísticos apreciados por todos da época, caindo em desuso com o advento da assepsia e antissepsia. Uma grande inovação surgiu no século XX, quando John Murphy sugeriu a ideia de lâminas descartáveis e intercambiáveis, apesar da necessidade de materiais auxiliares. Em 1914, Morgan Parker desenvolveu o bisturi de duas partes que conhecemos atualmente, aumentando a produção substancialmente. Atualmente, tem-se melhorado esse material com metais mais leves e carbono, conferindo melhor durabilidade e resistência desse material. Além disso, o chamado bisturi harmônico ou ultrassônico ganha cada vez um uso mais difundido.</p> <p>CONCLUSÕES: A evolução do bisturi guarda íntima correlação com o desenvolvimento da própria cirurgia. Houve mudanças importantes no conceito e na forma do instrumento, que evoluíram de acordo com as tecnologias disponíveis. Apesar de toda a evolução tecnológica, a imensa maioria dos atos cirúrgicos ainda se iniciam, nos dias de hoje, com a incisão feita por um bisturi.</p>
<p>PO 692-2</p> <p>A RELEVÂNCIA DO TRANSPLANTE UTERINO COMO ALTERNATIVA A INFERTILIDADE – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</p> <p>Ingla Bitarães Pereira, Beatriz Pereira Magalhães, Leonardo Sousa Mundoco, Marcelo Albuquerque Rocha Aquino, Marina Santos Menezes, Lucas Albuquerque Aquino</p> <p><i>Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - Porto Nacional - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Revisar artigos originais que relatam transplantes uterinos (TU) realizados no mundo nas últimas duas décadas para identificar os principais pontos dos procedimentos e a evolução destes, além do impacto da técnica na vida das paciente inférteis.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo bibliográfico, retrospectivo, descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em janeiro de 2019. A coleta de dados deu-se através do uso das bases de dados Scielo, Lilacs, The Lancet e PubMed, a partir dos descritores de saúde: útero, transplante de órgãos e infertilidade. Foram excluídos artigos de revisão e artigos que não relatavam caso de transplante uterino. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 20 anos.</p> <p>RESULTADOS: Através dos descritores utilizados, foram encontrados 484 artigos, dentre estes, foram selecionados seis que melhor se relacionavam com os objetivos deste trabalho. Os artigos selecionados relatam seis experiências de TU no mundo. Entre os anos 2000 e 2010 foi encontrado apenas um trabalho, que relata experiência não bem-sucedida, com perda do órgão três meses após o transplante por trombose aguda dos vasos do corpo uterino. Entre 2011 e 2019 foram encontrados cinco trabalhos, estudos clínicos coletivos e individuais, bem-sucedidos, sem perda do enxerto na maioria dos casos. Dentre os relatos, 66% são com doadoras vivas e 33% com doadores pós morte. A imunossupressão foi realizada em todos os casos e reverteu rejeição subclínica em 66% deles. 33% relataram fertilização, com gestação e recém-nascidos saudáveis. As intercorrências mais frequentes foram: Trombose aguda de artérias uterinas (33%), Pré-eclâmpsia (16%) e Aborto (16%).</p> <p>CONCLUSÕES: Uma em cada 500 mulheres no mundo sofrem com IFU (Infertilidade causada por fatores uterinos), tendo como únicas alternativas a adoção ou útero de substituição. Diante disso, reconhece-se a importância do transplante de útero como opção, uma vez que esse procedimento traz às mulheres que lidam com essa realidade, a possibilidade de viverem uma gravidez. Este trabalho ratifica a viabilidade do transplante uterino, pois 83% dos casos apresentados foram bem-sucedidos, além disso, o número de gestações que deram certo em razão da tentativa foi de 66%. Uma perspectiva positiva apresentada por esta revisão é a possibilidade de doadores pós - morte, já que os riscos cirúrgicos para esses são nulos, o que não acontece em doadores vivos. Além disso, em todos os casos que apresentaram rejeição, os imunossupressores foram capazes de reverter o quadro, comprovando a sua eficiência diante dessa possibilidade pós-operatória. Portanto, diante dos dados epidemiológicos e científicos, faz-se necessário o incentivo ao estudo dessa técnica, para que os cirurgiões se familiarizem com este procedimento, tornando-o cada vez mais seguro e acessível.</p>	<p>PO 694-2</p> <p>AUMENTO DA EFETIVAÇÃO DE DOADORES</p> <p>Walquíria Santos Davi, João Marcos Ribeiro Paiva Xavier, Waldman Santos Davi, ANDERSON JÚNIOR BORGES REZENDE, MARIANA CRUZ ANDRADE, Gustavo Augusto Mota Fitz, Joselio Emar Araújo Queiroz, VÂNIA MEIRA SIQUEIRA CAMPOS</p> <p><i>UNEMAT - Cáceres - Mato Grosso - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o aumento da efetivação de doadores de órgãos no estado de Goiás frente a estruturação e profissionalização dos integrantes envolvidos com a rede de procura e doação estadual.</p> <p>MÉTODO: Estudo analítico do aumento no número da efetivação de doadores de múltiplos órgãos no estado de Goiás, notificados às centrais estaduais de transplantes no período de 2013 a 2017. Os dados foram obtidos a partir da série histórica de transplantes realizados no estado, disponibilizada pelo Ministério da Saúde e também pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Além disso, também foi realizada um estudo descritivo sobre a importância da estruturação e a profissionalização da rede de procura e doação (CIHDOTT e OPO), com dados obtidos a partir do livro Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos, de Clotilde Druck Garcia, Japão Dröse Pereira e Valter Duro Garcia. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica AMIB e ABTO e legislação brasileiras regulatórias do processo de doação e transplantes.</p> <p>RESULTADOS: De acordo com os dados obtidos, no período de 2013 a 2017, o número de potenciais doadores (PD) aumentou notavelmente neste período, indo de 232 PD em 2013 para 373 em 2017. No mesmo período, os dados relativos aos doadores efetivos, aqueles em que foi iniciada a cirurgia de incisão para a retirada dos órgãos, também revelam uma evolução exponencial nessa variável, indo de 24 doadores em 2013 para 71 em 2017, classificando o estado do Goiás com 10,6 doadores PMP. Em porcentagem, esses dados representam um aumento de 42,8% na efetivação de doadores neste intervalo de tempo, sendo que esse número evoluiu de 13,3% em 2013 para 19% em 2017.</p> <p>CONCLUSÕES: O processo de doação e transplantes é muito complexo e sensível. A efetivação de doadores para transplante depende de uma sequência de sucesso desde a identificação de potenciais doadores, a manutenção hemodinâmica e consentimento familiar. A crescente do número de doadores no estado de Goiás, acompanha o cenário do Brasil nos últimos anos é um reflexo de investimento na estrutura, educação e profissionalização da rede envolvida nas ações de procura e doação de órgãos e tecidos para transplantes.</p>

<p style="text-align: center;">PO 695-3</p> <p>A TÉCNICA NO-TOUCH PARA ABDORAGEM DA VEIA SAFENA EM CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA - ACCBC</p> <p>MICHAELA LONGONI MANFROI, HELMGTON JOSÉ BRITO DE SOUZA</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever o método e os resultados sobre a técnica no-touch de retirada da veia safena para utilização como enxerto, em oposição à técnica tradicional.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma revisão de literatura abordando trabalhos encontrados nas plataformas PubMed, Google Scholar e Scielo com artigos publicados entre 2008 e 2018. Os principais descritores utilizados para pesquisa foram "no-touch technique", "cardiovascular surgery", "bypass grafting".</p> <p>RESULTADOS: Doenças isquêmicas do coração representam uma das maiores causas de morte global, sendo a revascularização do miocárdio uma das operações mais realizadas no mundo. Defende-se o uso de enxertos arteriais, principalmente pelas diferenças estruturais com os venozos, além de terem uma maior patência – em 10 anos, notou-se que a arterial seja de 90% comparada com 60% das venozas – e necessitem de menos reintervenções. No entanto, a veia safena é muito usada em pacientes que se submetem a essa cirurgia, por sua disponibilidade e fácil extração, apresentando, como um dos maiores desafios, manter sua patência prolongada. A técnica no-touch para a veia safena consiste em retirá-la completamente com o pedículo do tecido adjacente, protegendo-a de espasmos e evitando necessidade de dilatação. Estudos sobre o no-touch apresentam uma patência de longo termo e menor progressão aterosclerótica, tudo isso dependente da técnica, que prega a preservação do vaso vasorum e um endotélio intacto, que previne isquemia. O tecido perivascular adjacente, incluindo gordura, forma um stent externo natural, garantindo um suporte mecânico que impede o enxerto de dobrar. A preparação da veia safena exerce grande influência na sua qualidade; ao preservar a integridade da parede da veia, observa-se uma patência superior, preservação da função do ventrículo esquerdo e melhor resultado clínico. Isso é fundamental, pois as artérias torácicas internas, primeiras opções arteriais, possuem o endotélio protegido durante toda a operação, enquanto a veia safena sofre grandes lesões e traumas durante o procedimento, criando um falso potencial trombogênico, que pode ser evitado com a preparação correta. A atividade da enzima precursora do óxido nítrico, eNOS, no endotélio e na adventícia, sugere que a disponibilidade do NO é mantida pelos enxertos que utilizam no-touch. Em biópsias post-mortem, foi notado que a técnica tradicional apresentou maior aterosclerose, comparado com a no-touch. A técnica possui dados sobre oclusão de 15-30% no primeiro ano após a cirurgia, chegando a 50% em 10 anos.</p> <p>CONCLUSÕES: A integridade endotelial apresenta melhor resultado com o uso da técnica no-touch. O pedículo possui propriedades mecânicas e funcionais que protegem a veia safena de espasmo e isquemia, além de resguardar os enxertos longos contra torções. O óxido nítrico é um fator responsável pelo aumento da patência dos enxertos. A técnica no-touch tem vantagens evidenciadas sobre outras técnicas de dissecação da safena, no entanto, é necessária maior aceitação advinda do âmbito médico.</p>	<p style="text-align: center;">PO 698-1</p> <p>ENTERITE NECROSANTE EM ADULTOS</p> <p>Valter Nilton Felix, Ioshiaki Yogi, Daniel Senday, Kauy Victor Martinez Faria, Ayrtton John Macedo Gonzalez, Lucas Monteiro Dionysio, Yuri Tebelskis Nunes Dias, Jacob Kiderlen Fritz</p> <p><i>Núcleo de Cirurgia Geral e Especializada de São Paulo - São Paulo - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Enterite necrosante ocorre quando a inflamação intestinal é acompanhada de áreas de necrose. A afecção é mais frequente em RN prematuros. No adulto é rara e grave doença. O objetivo do trabalho é relatar diagnóstico e tratamento de enterite necrosante em adultos.</p> <p>MÉTODO: Cinco adultos (quatro homens e uma mulher, com média de idades de 45,4 +/- 8,4 anos) foram admitidos em Unidade de Emergência após um a três dias de distensão abdominal e vômitos, dois deles apresentando também diarreia. Peritonismo e sinais sépticos (hipotensão, taquicardia, oligúria e febre) eram comuns a todos. Não havia antecedentes clínicos ou cirúrgicos relevantes. Alimentos potencialmente contaminados foram referidos por todos os homens e a mulher vinha de tratamento de implante dentário infectado até há dois dias. Apresentavam leucocitose de 14500 +/- 1220 céls/mm3, Proteína C elevada (54,2 +/- 23,3 mg/L) e lactato sérico aumentado (34,8 +/- 5,2 mg/dL), com demais parâmetros bioquímicos normais. Tomografia computadorizada do abdome revelou distensão de alças delgadas, vasos mesentéricos patentes e pequena quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. Receberam cristaloides na ressuscitação, ceftriaxone e vancomicina empiricamente, e foram submetidos a laparotomia; 115,2 +/- 42,4 cm de jejuno/íleo foram ressecados, com necrose em amplas áreas, apesar da manutenção de batimentos arteriais junto às alças e ausência de estase venosa macroscópica. Não havia ainda sinais de perfuração nem de peritonite. A seguir foi realizada anastomose primária término-terminal, reconstruindo o trânsito digestivo.</p> <p>RESULTADOS: Não houve óbito. As culturas bacteriológicas a partir dos segmentos ressecados, já sob antibioticoterapia de amplo espectro, não foram capazes de revelar os germes envolvidos. Extensas áreas de necrose foram o único destaque ao exame anátomo-patológico. Os pacientes reassumiram alimentação oral em 3+/- 1 dias. O tempo médio de internação em unidade de terapia intensiva foi de 2 +/- 1 dias e alta hospitalar ocorreu do oitavo ao décimo dia pós-operatório. A função digestiva permaneceu preservada em todos e RX contrastado efetuado em torno de três meses depois não revelou alterações de intestino delgado.</p> <p>CONCLUSÕES: O diagnóstico e o tratamento cirúrgico precoces da enterite necrosante, antes que perfurações e peritonite se instalem, parecem decisivos para a obtenção de bons resultados. A etiologia permanece controversa, mas a ação local de germes de grande potencial ofensivo é fortemente sugerida.</p>
<p style="text-align: center;">PO 698-2</p> <p>UMA ANÁLISE CIRÚRGICO-TECNOLÓGICA E ÉTICA DOS TRANSPLANTES COM BASE NA CIÊNCIA APLICADA NA OBRA DE FRANKENSTEIN, DE MARY SHELLEY</p> <p>Clara Demeneck Pereira, Marcella Resende Monteiro Prado, Raphael Camargo Jesus, Mariana Oliveira Santana, Vitor Teixeira Holanda Chaves Macedo, Rafael Campos Guedes, Luis Otavio Amarante Franco, Jordano Pereira Araujo (TCBC)</p> <p><i>Uniceub - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar os aspectos tecnológicos e éticos dos transplantes de órgãos com a contemporaneidade científica e moral inserida na obra Frankenstein, de Shelley.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de uma análise cirúrgico-tecnológica e ética da realização de transplantes com base na obra Frankenstein. Realizou-se uma busca nas bases de dados SCIELO e PubMed, entre janeiro e fevereiro de 2019, com os descritores "cirurgia", "transplante" e "ética". Realizou-se também uma análise tanto da obra literária "Frankenstein" como de textos críticos sobre ela.</p> <p>RESULTADOS: Transplantes são procedimentos complexos, que exigem recursos materiais, humanos especializados, e alto nível técnico. Sua efetivação envolve várias etapas, desde a identificação e manutenção de um paciente com os critérios de morte encefálica até a continuidade dos tratamentos com imunodepressores. No Brasil, os transplantes de órgãos iniciaram-se na década de 60. Por quase 30 anos, de 1968 a 1997, a atividade era desafiadora aos médicos que se arriscavam, remetendo ao heroísmo do movimento literário vigente à época de Frankenstein, o Romantismo – Victor tentou, como o herói mitológico, alcançar segredos proibidos: inverter os processos da morte, coletando e juntando peças anatômicas humanas para restaurar a vida de onde ela desapareceu, com técnicas como galvanismo, uso ilegal de cadáveres em estudos e vivissecções. Historicamente, os transplantes foram regulamentados no Brasil em 1977. Desde então, a medicina tem constantemente ampliado seu arsenal tecnológico, tornando possível, e de notória eficácia, a reparação/substituição de órgãos e utilização de próteses. Tal contexto permitiu manter com vida muitos pacientes que não tinham possibilidade de sobreviver a patologias. Segundo Shelley, a descoberta que Victor faz do segredo da vida depende essencialmente da tecnologia aplicada às ciências médicas – a animação do corpo no monstro é descrita como um mero truque de tecnologia (on the working of some powerful engine). Do ponto de vista ético-moral, a Science de janeiro de 2018 traz uma proposta interessante de Jon Cohen: supondo um Frankenstein real, questionam-se quais seriam ou se haveriam a sua época avaliações éticas de seu procedimento. Trazendo a atualidade, nota-se que o processo de doação de órgãos – algo comprovadamente benéfico – está permeado por questões que envolvem a moral humana. Os relatos apontam para um processo difícil, marcado por conflitos com o significado da morte, o conhecimento sobre o processo de doação de órgãos, legislação referente e a humanização do processo.</p> <p>CONCLUSÕES: A obra Frankenstein aborda tópicos relevantes na medicina atual, contemplando os âmbitos cirúrgico-tecnológico e ético, além de variáveis comportamentais. Dentro deste, nota-se uma inversão de valores: o que antes criou um monstro, hoje é fundamento de uma das mais apreciadas técnicas médicas – a transplantação.</p>	<p style="text-align: center;">PO 699-2</p> <p>ANÁLISE COMPARATIVA DA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA OSSEA ENTRE APARENTADOS VERSUS NÃO APARENTADOS NO BRASIL</p> <p>Gabriela Conceição Gomes, Fernanda Helena Baracuchy da Franca Pereira, Lucas Roberto da Silva Barbosa, Gabriela Medeiros Formiga Moreira, Giovanna da Conceição Gomes, Elisa Biesek, Aline da Costa Gobbi, Jose Leidson de Almeida Holanda</p> <p><i>CESMAC - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Delinear uma análise comparativa dos índices de transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea entre doador aparentado versus não aparentado no Brasil, nos últimos 5 anos, de acordo com a distribuição geográfica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2014 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma medida terapêutica potencialmente curativo para uma grande variedade de doenças malignas hematológicas e outras desordens não hematológicas. Do total de 2.323 mil de transplantes alogênicos realizados, 1.581 (68,1%) provém de doadores da família. A região sudeste possui a maior prevalência (63%), tendo um total de 997, seguida pelo sul com um total de 352 (22,2%). As regiões que relataram menor prevalência foram nordeste (12,9%) com 204 e centro-oeste (1,7%) com 28 transplantes realizados. Em contrapartida, o número de transplantes alogênicos entre não aparentados é de 742(31,9%). O sudeste lidera (59,7%), total de 443, seguido pela região sul (31,2%) com 232. A região nordeste vem em seguida com 8,6%, e centro-oeste com 0,4%, total de 64 e 3 transplantes, respectivamente. Não existem dados da região norte na base de dados.</p> <p>CONCLUSÕES: Nota-se maior prevalência de transplantes alogênicos entre aparentados. A região Sudeste lidera o número de transplantes alogênicos de células-tronco hematopoéticas de medula óssea tanto nos transplantes entre aparentados como também em não aparentados.</p>

PO 700-2	PO 702-2
<p>NEOPLASIAS MALIGNAS DE PELE EM PACIENTES TRANSPLANTADOS HEPATICOS</p> <p>Renata Pereira Fontoura, Felipe Marques da Silva Araújo, Laura Viana de Lima, Eduardo Resende Sousa e Silva, Lucas Machado da Rocha Tarlé, André Luis Conde Watanabe, Natália de Carvalho Trevizoli, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A ocorrência de neoplasias tem sido cada vez mais reconhecida como uma complicação tardia importante dos transplantes de órgãos sólidos. Ratificar que o uso de medicamentos imunossupressores é o principal fator predisponente ao desenvolvimento destas neoplasias, sendo os diferentes tipos de câncer de pele e as doenças linfoproliferativas os tipos mais frequentes em pacientes transplantados, foi o objetivo deste trabalho</p> <p>MÉTODO: Levantamos os dados de 300 pacientes submetidos a transplante hepático em acompanhamento ambulatorial em um mesmo serviço, selecionando aqueles que apresentaram algum tipo de neoplasia de pele após a realização do transplante.</p> <p>RESULTADOS: De 300 paciente analisados, encontramos 5 casos de neoplasias malignas da pele, detectadas em 4 pacientes. Os pacientes são todos do sexo masculino, com idades variando de 53 a 61 anos. Na classificação dos fototipos de Fitzpatrick, dois apresentavam fototipo 1 e dois apresentavam fototipo 2. Nenhum deles realizava uso regular de protetor solar. Os tumores encontrados foram 4 carcinomas basocelulares e 1 carcinoma de células escamosas da pele. As localizações dos tumores eram nariz (1), outras regiões da face (3) e ombro (1). 4 lesões foram retiradas com margens cirúrgicas livres, e um paciente que apresentou margens cirúrgicas comprometidas foi submetido à ampliação das margens em novo procedimento. 2 lesões apresentavam lentigo solar associado, e outras duas apresentavam ceratose actínica na pele adjacente.</p> <p>CONCLUSÕES: Pacientes receptores de transplantes de órgãos sólidos apresentam risco até 7 vezes maior do que a população geral de desenvolverem câncer, devido à imunossupressão e consequente redução dos mecanismos imunológicos de eliminação de células neoplásicas. As neoplasias constituem hoje a segunda causa de mortalidade em receptores de órgãos sólidos na Europa e Estados Unidos. As neoplasias malignas de pele possuem alta incidência em países tropicais como o Brasil, e a sua incidência nos pacientes receptores de transplantes de órgãos sólidos também é elevada. Na série analisada, nenhum dos pacientes diagnosticados com neoplasia de pele utilizava o protetor solar. Embora a importância do uso do protetor solar seja enfatizada para todos os pacientes transplantados no momento da alta hospitalar e posteriormente reforçada nas consultas de retorno, existem barreiras econômicas e culturais que dificultam a aderência desse cuidado por parte dos pacientes.</p>	<p>PANORAMA DA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO</p> <p>Stephanie Auxiliadora Campos Costa, Jussara da Cruz Jardim, Nazaré Pellizzetti Szymaniak</p> <p><i>UFMT - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O transplante de órgãos é a única possibilidade terapêutica para portadores de insuficiência funcional terminal de órgãos essenciais, porém ainda existe grande desproporção no Brasil e em outros países, entre a fila de espera e o número de transplantes efetivados (WESTPHAL, 2016). Em 2015, o Brasil apresentou índice anual de nove transplantes por milhão de habitantes. No Brasil o índice de captação anual de órgãos é insuficiente para suprir a demanda, comparado a países mais desenvolvidos que alcançam números superiores a 22 doadores por milhão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPORTE DE ÓRGÃOS, 2015; MELO, 2012). Diante da desproporção entre oferta e demanda de órgãos no país, justifica-se a necessidade do conhecimento da realidade da busca ativa da doação de órgãos e tecidos para transplantes em um hospital público. O objetivo deste estudo é delinear o panorama da busca ativa da doação de órgãos e tecidos para transplantes em um hospital público.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de análise documental de dados estatísticos relativos ao período de 2006 a 2015, de acesso público e divulgados pela Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CIH-DOTT-HC-UFTM), sem possibilidade de identificação individual. Os dados foram coletados no site da CIH-DOTT-HC-UFTM e compilados no Excel 2010, com posterior análise descritiva, baseado em números absolutos e percentuais.</p> <p>RESULTADOS: Os resultados quanto ao número de busca ativa e doações autorizadas são pertinentes à Instituição de estudo, entretanto, o número de transplantes realizados obedece à permuta regional, estadual ou do país. Entre os anos de 2006 a 2015 a CIH-DOTT-HC-UFTM efetuou 6184 (100%) ações de busca ativa de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Entre essas, ocorreram 993 (16,06%) entrevistas junto aos familiares e 274 (4,43%) doações autorizadas. No período de 10 anos aumentou o número de entrevistas realizadas de 78 (1,26%) para 133 (2,15%) sem acompanhar o número de doações autorizadas de 34 (0,55%) para 17 (0,27%). Na Instituição de estudo, nos anos de 2006 a 2015, o número de doadores de córnea foi 286 (85,89%) e 47 (14,11%) de múltiplos órgãos. No decorrer de dez anos ocorreu captação de 664 (100%) órgãos ou tecidos, especialmente córnea (84,80%) e rim (13,25%), sendo incomum ainda a obtenção de fígado (1,80%) e pâncreas (0,15%).</p> <p>CONCLUSÕES: Ao longo de 10 anos aumentou consideravelmente a busca ativa, entretanto com redução das doações autorizadas. O número de doadores de tecidos, especificamente córnea, ultrapassa os doadores de múltiplos órgãos, porém os doadores de córnea diminuíram ao longo dos anos. No decorrer de dez anos ocorreu captação, especialmente de córnea e rim, sendo incomum ainda a obtenção de fígado e pâncreas. O panorama de 10 anos mostra 286 doadores de córnea e de múltiplos órgãos, 17 implantes de esclera e limbo, 664 órgãos captados e 537 transplantes realizados..</p>
<p>PO 703-2</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO ENTRE OS TRANSPLANTES DE ORGAOS REALIZADOS E A NECESSIDADE ESTIMADA NO ESTADO DO PARÁ, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2017</p> <p>Victória de Jesus Athayde Amin, Matheus Gonçalves Maués, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Alessandra Barros Dysarz</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico comparativo entre os transplantes de órgãos realizados e a necessidade estimada no Estado do Pará, no período de 2015 a 2017.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo Registro Brasileiro de Transplantes – RBT, através da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A casuística da presente pesquisa foi de 4.684, de forma que as informações tabuladas foram, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram córnea, rim, fígado, coração e pulmão.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do RBT, da necessidade estimada de 4.684 transplantes, 2.208 eram de córnea, 1.471 de rim, 613 de fígado, 196 de coração e 196 de pulmão. Quanto ao número de transplantes realizados, foi encontrado um valor de 680 transplantes de córnea, 182 de rim e nenhum transplante de fígado, coração e pulmão.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que a maioria dos transplantes de órgãos realizados no Estado do Pará eram de córnea seguido de rim, 78,89% e 21,11%, respectivamente. Evidenciando também, que não foram realizados transplantes de fígado, coração e pulmão. Sabe-se que, a doação de órgãos no Brasil requer agora o consentimento familiar, o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral e confirmação de que a doação representa a vontade do doador. Com o consentimento da família, a infra-estrutura do sistema de saúde deve ser capaz de absorver as demandas técnicas do processo de doação. Contudo, constatou-se que o número de transplantes de córnea realizados foi de 30,8% em relação à necessidade estimada, ao passo que os de rim, foi de 12,4%, revelando que a recusa familiar, a contraindicação médica e demais impedimentos ainda tornam a quantidade de transplantes realizados insuficiente para atingir a necessidade estimada.</p>	<p>PO 703-3</p> <p>ESTUDO SOBRE OS MEMBROS DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES</p> <p>Reni Cecília Lopes Moreira, Eduardo Nacur Silva, Stephanie Vigil Verastegui Silva, Taynná Ferreira Arantes Costa</p> <p><i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões-Instituto Mário Penna-Santa Casa de Misericórdia - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O Estudo foi realizado entre os membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e objetiva traçar sua trajetória da graduação em Medicina, treinamento profissional em Cirurgia Geral e Especialidades, conhecer onde e como trabalha e suas dificuldades no cotidiano. Também indagamos as áreas onde gostariam de maior atuação e representatividade do CBC.</p> <p>MÉTODO: O CBC possui 6595 membros em diversas categorias. A plataforma SurveyMonkey foi utilizada para o envio de convites, coleta e análise de dados. As identidades dos respondentes foram preservadas. Informamos que os dados coletados poderiam ser utilizados para apresentações e ou publicações científicas e obtivemos o consentimento informado. Definimos o nível de confiança padrão, 95%, margem de erro de 5% e a plataforma calculou que uma amostra de 364 respostas seria representativa da população em questão</p> <p>RESULTADOS: Recebemos até o momento, 1255 respostas com dados sobre idade, sexo, geografia, graduação, formação profissional, assédio na graduação e ou residência, exercício da Cirurgia Geral e Especialidades, estresse e expectativas em relação ao CBC. A Cirurgia e suas especialidades tem predominância masculina. Em relação ao assédio informaram ocorrer durante a graduação 11,6% dos homens(104) e 34,8% das mulheres(54). Na residência os números passam, respectivamente para 15,38%(138) e 43,0% (62). O Brasil possui dimensões continentais e a migração dos médicos para graduação, formação cirúrgica e ou para o exercício de trabalho mostra a necessidade de estabelecer melhores políticas de saúde. Questionamos sobre problemas relacionados às grandes filas cirúrgicas no SUS e os principais escores foram: Má remuneração da Tabela SUS (66,9%), dificuldade dos pacientes para propedêuticas em unidades básicas (57,84%), falta de acesso da população às tecnologias de tratamento (55,28%) e a burocracia do SUS (49,35%). Apenas 26,31 % dos respondentes nunca sentiram sintomas de estresse associados ao exercício da Cirurgia. Sintomas mais frequentes: distúrbios do sono (52,51%), dores musculares crônicas (46,6%), depressão (21,87%), 9,36% relataram afastamento do trabalho. Os setores do CBC que devem ampliar sua atuação do CBC são: Remuneração profissional, Condições para o exercício da Cirurgia e Educação Continuada. Apesar das dificuldades no exercício da Cirurgia 98,7% dos cirurgiões trabalham com o que gostam, 63,95 vivem dentro das expectativas que planejaram, 77,46 escolheriam a Cirurgia Geral de novo e 71,53% indicariam a especialidade para um amigo ou parente.</p> <p>CONCLUSÕES: Os membros do CBC são bem formados, atualizados, gostam do que fazem e entendem sua importância para a população. O CBC deve ampliar sua atuação para captar membros junto ao público feminino, público crescente na Medicina, Cirurgias e suas Especialidades, e participar ativamente em assuntos relativos à remuneração profissional e condições de trabalho dos cirurgiões.</p>

PO 704-2	PO 705-2
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DOADORES DE ÓRGÃOS NO ESTADO DO PARÁ, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2017.</p> <p>Victória de Jesus Athayde Amin, Matheus Gonçalves Maués, Michelle Gonçalves Maués, Einar Afonso Fried dos Santos, Alessandra Barros Dysarz</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico dos doadores de órgãos no Estado do Pará, no período de 2015 a 2017.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo Registro Brasileiro de Transplantes - RBT, através da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos - ABTO, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A casuística da presente pesquisa foi de 79, de forma que as informações tabuladas foram, posteriormente, analisadas. As variáveis do trabalho abordaram gênero, causa do óbito, faixa etária e tipo sanguíneo.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do RBT, dos 79 doadores, 65 eram do gênero masculino, enquanto 14 eram do gênero feminino. Quanto ao critério idade, foi encontrado um pico entre os 18 a 34 anos, obtendo-se um total de 43 doadores. Na variável causas do óbito, o Estado do Pará apresentou um maior número em casos de TCE, totalizando 60, seguido por outras causas e AVC, 11 e 8 doadores, respectivamente. Em relação ao tipo sanguíneo, 22 eram tipo A, 1 do tipo AB, 10 do tipo B e 46 do tipo O. Por fim, quanto ao tipo de raça/cor, os dados foram ignorados pela base.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que a maioria dos doadores de órgãos no Estado do Pará eram homens, entre 18 e 34 anos de idade, decorrentes de TCE, do tipo sanguíneo O.</p>	<p>TRANSPLANTE DE FIGADO: PANORAMA BRASILEIRO DE 2007 – 2017</p> <p>Luiz César de Camargo Ferro, Ricardo Vieira Teles Filho, Lucas Henrique Souza de Azevêdo, Victória Coelho Jacome Queiroz, Isabella Mendes de Souza Jorge</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: No Brasil o transplante (TX) hepático foi realizado pela primeira vez em 1968, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. E em 1989, já tomava destaque internacional com a publicação da primeira técnica de TX hepático com enxertos provenientes de doadores vivos, na Lancet. Tal importância se manteve até os dias atuais, com o Brasil sendo o segundo país que mais realiza TX de fígado, atrás apenas dos Estados Unidos. Objetiva-se nesse trabalho trazer um panorama numérico dos TX hepáticos no Brasil no período de 2007-2017.</p> <p>MÉTODO: Procedeu-se a leitura e análise do registro brasileiro de transplantes, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, buscando dados consolidados do número de TX realizados e documentados a cada edição publicada do registro. Obteve-se a análise do número de procedimentos no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017, assim como tipo de doador e seus números por região do país. Não se incluiu na análise o ano de 2018 por não possuir números finais consolidados.</p> <p>RESULTADOS: No acumulado do período o país já realizou 17311 TX hepáticos. O número absoluto de TX cresceu quase 110%, de 1007 em 2007 para 2019 em 2017. O principal tipo de doador, foi durante o período, ano após ano o Doador Falecido com 15827 TX desse tipo no período, em seguida vem o Doador Vivo que se diferencia em Parente e Não Parente com números respectivos de 1288 e 195 TX. A pesar do número sempre crescente de TX, o número de equipes ativas caiu de 71 em 2007 para 69 em 2017. A região que lidera o número de TX é a região Sudeste que atingiu o número de 1089 no ano de 2017, crescimento de 79% em relação a 2007 (609 TX). A lista de espera por um TX em dezembro de 2017 era de 1101 pacientes, só no estado de São Paulo 583 pacientes. O TX hepático foi realizado nas cinco regiões, em 12 estados e no DF. Em 2017 o TX de fígado com doador vivo cresceu 15,9%, correspondendo a 8,6% dos TX (0,9 pmp). É interessante observar que, em SP 22,2% dos TX hepáticos, em 2017, foram com doador vivo (3,4 pmp); esse estado foi responsável por 85% dos TX com doador vivo no país. O DF e dois estados (PR e CE) ultrapassaram a barreira dos 20 TX pmp e estão próximos de atingir a meta de 30 pmp. Com 1.927 TX com doador falecido, a taxa de aproveitamento de fígado foi de 56%.</p> <p>CONCLUSÕES: Desde que foi realizado pela primeira vez, em 1963 pelo Dr. Thomas Starzl, o TX de fígado passou por diversos avanços que garantiram a difusão da técnica para diversos centros em todo o mundo. No Brasil o TX de Fígado encontrou solo fértil, como na análise feita do período, em que o número de procedimentos foi crescente. Porém, o número de TX ainda não alcança um terço dos TX realizados nos EUA, 7842. Todavia a fila de espera no Brasil é menor que nos EUA, que tinha 13726 candidatos a espera, em 2016. Desafios persistem como a implantação de equipes em estados que ainda carecem, a redução da fila de espera pelo procedimento, e a melhora da sobrevida do paciente.</p>
<p>PO 706-2</p> <p>ANÁLISE DAS TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO DO URETER NO TRANSPLANTE RENAL EM ADULTOS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO</p> <p>Cristiano Souza Leão, Petrus Lima, Clarissa Soares Porto, Natália Nascimento d'Azevedo, Ângelo Gomes, Maria Eduarda Carneiro, George Darce</p> <p><i>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a frequência das complicações de um transplante renal, correlacionando com as técnicas usadas para a reconstrução do ureter, os fatores que influenciaram na evolução clínica dos pacientes e observar a ocorrência de complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico.</p> <p>MÉTODO: Estudo desenvolvido no modelo de coorte retrospectivo, realizado no setor de transplante renal de um hospital terciário de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada no período entre agosto de 2017 e março de 2018 e a amostra foi composta por pacientes adultos de ambos os sexos que foram submetidos ao procedimento cirúrgico para transplante renal no serviço de Transplante Renal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) no período de janeiro de 2015 a maio de 2017, com total de 545 pacientes. Todos os eventos considerados para a pesquisa ocorreram em até 6 meses após a cirurgia e as informações foram extraídas do sistema de dados do serviço, somado ao prontuário dos pacientes. Foram coletadas variáveis do doador, como idade e vitalidade e, em caso de doador falecido, a causa mortis; e do receptor, que incluíam idade, sexo, comorbidades, hábitos de vida, como tabagismo e etilismo, e a doença de base que levou ao transplante. Adicionalmente, foram incluídas as técnicas utilizadas para o transplante e o tempo de cirurgia, além das complicações sistêmicas e urológicas pós-cirúrgicas, dentre elas estenose, fistula e necrose do ureter. Os dados foram criteriosamente selecionados e mantidos em sigilo pelos pesquisadores. A pesquisa não ofereceu risco aos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 545 pacientes, cuja idade média foi de 43,9 anos e observou-se prevalência do sexo masculino (58,5%). As anastomoses avaliadas foram ureterovesical (UV), ureteroureteral término-lateral (UU TL) e ureteroureteral término-terminal (UU TT). Ao todo, foram relatadas 34 complicações urológicas, dentre elas, a fistula (26,5%) mostrou-se a principal causa de reabordagem cirúrgica ou perda de enxerto. No que se refere às anastomoses primárias, a UU TT apontou menor taxa de complicações (4,1%). Constatou-se que as complicações urológicas não se mostraram associadas estatisticamente ao tempo de isquemia total, contudo, apresentou associação significante com o tipo de anastomose.</p> <p>CONCLUSÕES: As abordagens ureterais apresentaram taxas de complicações urológicas inferiores à técnica ureterovesical, especialmente a UU TT. Visto que o resultado é compatível com a literatura internacional, a aplicação destas anastomoses primárias deve ser considerado em outros serviços. Faz-se necessário a realização de estudos multicêntricos para confirmação da tese.</p>	<p>PO 707-2</p> <p>CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE MORTE ENCEFÁLICA E ÍNDICE DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM UM HOSPITAL GERAL DA BAIXADA FLUMINENSE</p> <p>Edarlan Barbosa dos Santos, Katticy Gabrielle da Silva Brito, Roberta Carvalho de Jesus, Thiago Matos Barcellos, Jean Max Figueiredo, Tatiane Fernandes da Fonseca Gaban, Antonio Marcos da Silva Catharino</p> <p><i>UNIG - Nova Iguaçu - Rio de Janeiro - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As doações de órgãos no Brasil crescem a cada ano. Entretanto, se por um lado ainda é pouco compreendido pela população em geral, por outro está envolto em diversas e complexas questões que, têm atingido os que necessitam do transplante de órgãos como única possibilidade terapêutica. O diagnóstico de morte encefálica (ME) reduz a distância, a angústia que envolve os familiares dos pacientes nessa situação, os gastos com recursos aplicados indevidamente na manutenção cardiopulmonar, além de possibilitar o aumento da doação de órgãos e tecidos. O objetivo deste trabalho é determinar a prevalência de ME, caracterizar, identificar suas causas e determinar o índice de doação e captação de órgãos e tecidos no município de Nova Iguaçu-RJ.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, observacional e quantitativo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, através da plataforma Brasil e aprovado com parecer nº 2.959.277, CAAE 91194318.9.0000.8044. A coleta de dados foi realizada através da revisão dos prontuários de todos os pacientes com o diagnóstico de ME no Hospital Geral de Nova Iguaçu no ano de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Em 2018, tiveram 36 notificações de ME, dessa 78% foram do sexo masculino e 22% do sexo feminino. 47% tinham mais de 50 anos, 22% entre 40 e 50 anos, 17% entre 20 e 30 anos, 11% entre 30 e 40 anos, 3% entre 10 e 19 anos. Tiveram 10 doações, 8 com captação e 2 sem captação, por inviabilidade dos órgãos. Os meses de maiores notificações foram junho, fevereiro e outubro. Vinte e seis notificações (72,2%) não realizaram doação, dessas 9 por negativa familiar, 9 por parada cardiopulmonar antes da remoção, 4 por contraindicação absoluta (neoplasia, HIV, sorologias positivas), 3 por contraindicação médica (doença crônica, degenerativa e infecção grave) e 1 ME não confirmada. Dentre as negativas familiares os motivos declarados foram: doador contra em vida; convicção religiosa; serem contra doação; familiares desejarem o corpo inteiro; receio da demora da liberação do corpo; não saber o desejo do potencial doador. Dentre as contraindicações médicas, 75% foram por infecção grave e 25% por doença degenerativa/crônica. As infecções graves abrangeram cerca de 57% das contraindicações absolutas, as demais foram por neoplasia e infecção por HIV/HTLV. As causas das notificações de morte encefálica foram 39% trauma crânio Encefálico (TCE), 36% foram acidente vascular encefálico hemorrágico, 11% foram por perfuração com arma de fogo, 11% por acidente vascular encefálico isquêmico e 3% pós-operatório de tumor cerebral. Todos os pacientes foram diagnosticados com dois exames clínicos, realizados por profissionais diferentes, realizado teste da apneia e finalizado o protocolo com eletroencefalograma. Todos os pacientes realizaram tomografia computadorizada de crânio.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que teve como predominância sexo masculino (77%), terem mais de 50 anos (47%), causa do óbito TCE (39%) e negativa familiar como causa de não doação.</p>

PO 707-3	PO 708-2
<p>PIODERMA GANGRENOSO COMO SERIA COMPLICAÇÃO NO POS OPERATORIO</p> <p>Lorena Torres Andrade da Nóbrega, Arthur Guilherme Dantas de Araújo, Brenda Ribeiro Siqueira, Juliane Freire Madruga Viana, Maria Beatriz Henrique Borba, Maria Carolina Sarmento de Matos, Mariane Costa Dias Lins, Anderson de Azevedo Damásio</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Trabalho objetivado na discussão sobre o Pioderma Gangrenoso aliado a sua configuração mediante procedimentos cirúrgicos invasivos.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se estudos bibliográficos na forma de revisão literária, através de artigos indexados em base de dados, SciELO e Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, e de conceitos estabelecidos em livros. Como amostra final tem-se 8 artigos e 2 livros.</p> <p>RESULTADOS: O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma patologia cutânea inflamatória de incidência rara e diagnóstico extremamente desafiador, descrita pela primeira vez na década de 30 por Brunsting et al. Possui um caráter obscuro, com etiologia desconhecida, curso crônico e comportamento imprevisível (SOUZA et al., 1993). Atualmente, são reconhecidas quatro formas clínicas principais: ulcerativas, pustulosas, bolhosas e vegetantes, que evoluem para lesões destrutivas, apresentando centro necrótico, com sangue e pus. O PG acomete principalmente adultos jovens entre 25-50 anos, sendo mais frequente em mulheres e raramente se manifestando em crianças. Em cerca de 50% dos casos estão associados a comorbidades, destacando as doenças inflamatórias intestinais, doenças reumatológicas, doenças hemáticas e neoplásicas. Relatos publicados em revistas científicas fazem referência a seu desenvolvimento também, em pacientes imunodeprimidos. Constitui-se em um diagnóstico diferencial importante das infecções de pele e rara complicação de vários procedimentos cirúrgicos, sendo descrita na literatura com maior frequência após mamoplastias redutoras. Estima-se uma incidência de 1 a 1,5:100.000 novos casos por ano e apesar de raro, constitui-se em um obstáculo para os cirurgiões, uma vez que estas ulcerações podem surgir como uma grave complicação, causando perdas cutâneas devastadoras. O diagnóstico depende exclusivamente da observação de suas características clínicas, do seu curso evolutivo e exclusão de outros agentes causais, uma vez que não existem exames laboratoriais específicos. O tratamento não é bem estabelecido e existem controvérsias quanto à eficácia terapêutica disponível. Entretanto, o uso de antibioterapia de amplo espectro, corticóides, imunossuppressores e imunomoduladores, pode apresentar bons resultados e deve estar associado a analgésicos e antissépticos tópicos.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante sua complexidade, observou-se que o pioderma gangrenoso é uma doença rara, de início súbito. Aliado à traumas e doenças sistêmicas, assim como a não responsividade à antibioterapia isolada, pode ser identificado tardiamente, ou seja, em seu curso evolutivo. Sendo assim, como forma de evitar identificações tardias, é preciso a análise crítica do profissional ao defrontar-se com tais lesões, a fim de que condutas sejam tomadas em períodos hábeis. Uma conduta justificada e certificada nos artigos seriam a associação dos antibióticos de amplo espectro, corticóides e imunoglobulina intravenosa.</p>	<p>DOAÇÃO DE ORGAOS E POTENCIAL DOADOR: CONHECIMENTO DOS ACADEMICOS DE MEDICINA DA USCS</p> <p>Soraia Quaranta Damião, Giovana Agar di Gesu, Cintia Lopes De Moraes, Keity Veloso Fernandes, Regina Albanese Pose</p> <p><i>Universidade Municipal de São Caetano do Sul - São Caetano Do Sul - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As diretrizes curriculares nacionais de 2014, do Brasil, não preconizam que competências específicas relacionadas ao contexto de transplante de órgãos e fluxo de notificação e procedimentos seja desenvolvido em cursos de medicina. Desta forma, o profissional recém-graduado pode sofrer uma defasagem quanto ao tema, resultando no difícil e falho diagnóstico da Morte Encefálica, diminuindo o número de potenciais doadores de órgãos. Este estudo pretende compreender aspectos referentes ao conhecimento dos estudantes de medicina sobre o processo de doação de órgãos e potencial doador.</p> <p>MÉTODO: Estudo descritivo-exploratório, desenvolvido na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), com uma amostra de 374 estudantes (95% IC e margem de erro de 3%), por meio de um instrumento com 15 itens. A amostra é composta por 66,84% estudantes do sexo feminino, com idade mínima de 22 anos.</p> <p>RESULTADOS: Foi feita uma randomização para a entrega dos instrumentos impressos em papel. Os resultados foram digitados em planilha eletrônica e as estatísticas foram realizadas no software R. 44% dos estudantes receberam alguma informação sobre o processo de doação de órgãos durante a graduação; 91% afirmam que o tema deveria ser obrigatório na graduação; 81% acreditam não estarem aptos a repassar informações sobre o tema e 53% não sabem conceituar morte encefálica. Foram calculadas as correlações (Spearman) entre: o conhecimento referente ao tema (ruim, regular, bom e ótimo) e estar apto a repassar informações sobre o tema (0,5 p-valor < 1% para o 7º semestre de curso); saber conceituar e caracterizar morte encefálica (0,4 p-valor < 1% para o 6º semestre de curso); ter o tema discutido no curso (0,4 p-valor < 1% para o 5º semestre de curso).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a instrução e capacitação dos estudantes de medicina e da equipe médica para a condução da conversa com os familiares do doador é uma alternativa para aumentar a taxa de doação de órgãos e o entendimento sobre a relação doação e transplante.</p>
<p>PO 709-2</p> <p>A CONTRIBUIÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ NOS TRANSPLANTES HEPATICOS BRASILEIROS</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Lara Poti Nobre, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Francisco Julimar Correia de Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Atualmente, são mais de 1000 transplantes realizados por ano no mundo, o Brasil ocupa 3º colocado com o maior número de transplantes hepáticos. Dentro desses números, o Ceará ocupa a 4ª colocação no número de transplantes hepáticos. O presente estudo tem como objetivo analisar quantitativamente a quantidade de transplantes hepáticos realizados no Brasil e no estado do Ceará entre janeiro de 2017 a junho de 2018.</p> <p>MÉTODO: Para essa revisão, foi utilizado os dados apresentados no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) referente ao período de janeiro de 2017 até junho de 2018. Após coleta dos dados, os mesmo foram inseridos e analisados no programa Microsoft Excel 2010.</p> <p>RESULTADOS: Durante o ano de 2017, foram realizados um total de 2.109 transplantes hepáticos no Brasil. Nesse período, o Ceará realizou 201 transplantes hepáticos, sendo este número responsável por aproximadamente 9,5% da quantidade total nacional, representando o 4º estado com maior quantidade de transplantes hepáticos. Quando analisado transplante por milhão de população em números totais, por estado, durante o ano de 2017 o Ceará representa o 3º estado com maior número de transplantes, ficando acima da média nacional. É importante ressaltar que como nem todos os estados brasileiros realizam transplantes hepáticos, a média brasileira é bastante reduzida. No ano de 2018, entre janeiro e junho, houve um total de 1087 transplantes hepáticos no Brasil. O estado do Ceará contribuiu com 121 transplantes (12% da quantidade nacional), sendo o 4º estado brasileiro com maior número absolutos de transplantes. Comparando o período de janeiro a junho em 2017 e em 2018, houve um aumento na quantidade absoluta de transplantes realizados no Brasil de 1.019 (2017) para 1.087 (2018), apresentando uma taxa de crescimento de 6,67%. O estado do Ceará, na mesma comparação de tempo, cresceu de 99 (2017) transplantes para 121 (2018), apresentando uma taxa de crescimento de 22,2%.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos dados coletados, é perceptível que o estado do Ceará foi um dos maiores contribuintes para a formação do número total de transplantes hepáticos no Brasil durante janeiro de 2017 e junho de 2018, sendo representado nas 4 primeiras posições que mais influenciaram a quantidade nacional. Sob essa perspectiva, é preciso maiores estudos acerca do dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado, para que assim seja possível tornar mais uniforme a distribuição de transplantes pelos estados brasileiros.</p>	<p>PO 710-2</p> <p>O CONHECIMENTO ACERCA DA DOAÇÃO DE ORGAOS SEGUNDO ESTUDANTES DE MEDICINA</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Douglas Marques Ferreira de Lima, Lara Poti Nobre, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Matheus de Souza Mendes, Túlio Timbó Arruda, Matheus Jorge Pires Lima, Francisco Julimar Correia De Menezes</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o conhecimento acerca da doação de órgãos segundo estudantes de medicina.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal quantitativo. Foi utilizado questionário que analisou o conhecimento dos alunos acerca do transplante de órgãos. Os critérios de inclusão foram alunos de medicina do 1º ao 9º semestre. Os critérios de exclusão foram alunos que não estivessem com a matrícula efetiva durante a aplicação da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: A pesquisa foi respondida por 37 alunos, onde 10 alunos (27%) eram do primeiro semestre, 5 (13,5%) eram do segundo semestre, 7 (18,9%) do terceiro semestre, 6 (16,2%) do quarto semestre, 5 (13,5%) do quinto, 1 (2,7%) do sexto e 3 (8,1%). Quando questionados se um paciente em coma era potencial um doador imediato, 19 (51,4%) alunos afirmaram ser falso, enquanto 18 (48,6%) afirmaram ser verdadeiro. Acerca do conhecimento da Lista Única, que é um programa constituído pelo conjunto de potenciais receptores inscritos para o recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, 26 (70,3%) afirmaram não conhecer e 11 (29,7%) conheciam o programa. Sobre o método de diagnóstico de morte encefálica, foi perguntado na questão se o diagnóstico de morte encefálica era realizado por meio de exames específicos e pela avaliação de dois médicos, com intervalo de 6 horas entre as avaliações, 34 (91,9%) acreditavam que era uma informação correta e 3 (8,1%) acreditavam estar incorreto. Ainda nesse aspecto, 31 (83,8%) dos entrevistados afirmaram que não era possível realizar o diagnóstico de morte encefálica apenas por exame clínico. Isso demonstra uma carência no conhecimento dos alunos sobre o assunto. Em relação ao contato com transplantes de órgãos durante a grade curricular, 36 (97,3%) dos alunos afirmaram não terem tido contato. Por fim, quando perguntado sobre a importância desse conteúdo na prática médica, 32 (86,5%) concordam totalmente nessa importância, 2 (5,4%) concordam parcialmente, 2 (5,4%) foram neutros e 1 (2,7%) discordam parcialmente. Essa carência não está limitada aos alunos, pois, em um estudo realizado com médicos intensivistas e professores de faculdade de medicina, foi observado que a maioria deles tinham dificuldade em responder sobre o diagnóstico de morte. Problemas relativos a desinformação transplante e doação podem ser encontrados em estudos de outros países, como observado em estudos no México.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base no que foi encontrado nos resultados, foi possível observar que houve uma prevalência na falta de conhecimento de estudantes de medicina acerca do conteúdo de transplante de órgãos e, de certa forma, a ausência desse conteúdo na grade curricular seria uma possível justificativa para um baixo conhecimento no assunto. A maior parte dos alunos concorda totalmente com a importância desse conteúdo na prática médica, sugerindo assim a introdução desses conteúdos na grade curricular acadêmica ou formação de cursos complementares relacionados à esse assunto.</p>

PO 712-3	PO 713-2
<p>AS COISAS QUE DEVO MUDAR – UMA REFLEXÃO SOBRE RAÇA, ÉTICA E O LEGADO DE MARION J. SIMS</p> <p>Bruna Camila Rufino Gualberto Brito, João Vitor Vilar Silveira, Karoline Laurentino Lopes Pinto, Tiago Couto Silva Pinheiro Chaves, Vítor Bittar Prado, Jordano Pereira Araujo</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Realizar uma revisão da literatura com uma perspectiva histórica e análise crítica sobre os aspectos éticos envolvidos na criação da técnica de reparo da fístula vesicovaginal, tendo em vista a experimentação em mulheres negras escravizadas.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão de literatura, na qual foram selecionados artigos, de 2001 a 2018, nas bases de dados SciELO, PubMed e EBSCO, buscando compreender e causar reflexões sobre as implicações éticas relativas aos experimentos de Marion J. Sims no aperfeiçoamento da cirurgia corretiva da fístula vesicovaginal. Os descritores utilizados foram: Fístula vesicovaginal, cirurgia, história e Marion Sims.</p> <p>RESULTADOS: Considerado o "pai da ginecologia moderna", Marion J. Sims (1813-1883) foi o criador de várias técnicas e instrumentos e o grande responsável pelo sucesso do tratamento cirúrgico da fístula vesicovaginal, por meio de suas experiências cirúrgicas em mulheres negras escravizadas do Alabama, na década de 1840. As mulheres tratadas por Sims – Anarcha, Betsey, Lucy e tantas outras – desenvolveram fístulas dolorosas. Cada uma dessas mulheres passou por até 30 procedimentos cirúrgicos em 4 anos, o que permitiu que ele refinasse sua técnica. Para alguns médicos daquela época, o corpo negro era visto como mais insensível à dor e mais tolerante aos trabalhos pesados. Na história da medicina, muitas histórias cruzam a linha do que é considerado ético em relação às diferentes etnias e suas supostas diferenças, reforçando a segregação com argumentos biológicos. No início do século 20, por exemplo, quando as taxas de câncer pareciam ser menores na população negra, experts passaram a falar sobre "imunidade da raça negra" e "susceptibilidade branca", conceitos que implicam em disparidades no atendimento e no recebimento de espaços de cuidado que deveriam ser abertos à população como um todo. O grande questionamento que a controvérsia protagonizada por Sims é: qual narrativa deve ser valorizada? Devemos focar no progresso e nas descobertas médicas ou nas circunstâncias nas quais estas descobertas foram feitas? Devemos repensar nossos heróis, em face dos métodos utilizados por eles? Podemos julgar homens como o Dr. Sims não pelos padrões de seu próprio tempo, mas do nosso? Podemos simplesmente ignorar a discussão e classificá-la como obsoleta nos tempos modernos?</p> <p>CONCLUSÕES: Mesmo com as inovações no quesito da regulamentação de experimentos em seres humanos e adaptações dos códigos de ética e a disseminação de conhecimento científico, as questões de raça e medicina não se tornaram obsoletas. A compreensão de que ainda hoje a etnia influencia nas tomadas de decisões médicas pode ajudar a diminuir o efeito dessa discriminação na sociedade como um todo.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL: UMA ANÁLISE DE DADOS</p> <p>RAFAELLA FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA, MARIA EDUARDA DE ARRUDA CARVALHO, BIVAR OLYNTHO NOBREGA DE MELLO E SILVA, THASSIA RACHEL DE BRITO FIGUEIREDO ALMEIDA, AYLLE ALVES MENDES, LUANA RIBEIRO PEREIRA, CRISTINE FIQUENE DE BRITO FILGUEIRA</p> <p><i>Faculdade de Medicina Nova Esperança- Famene - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar dados sobre transplante hepático nos últimos anos no Brasil.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados registrados no Registro Brasileiro de Transplantes referentes a transplante de fígado no Brasil com dados numéricos de janeiro a setembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Dentre os números de transplantes de órgãos sólidos entre janeiro e setembro de 2018, transplante de fígado constou como um dos maiores, perdendo apenas para transplante de rim que apresentou como 4342 transplantes. Foram realizados 1610 transplantes de fígado, sendo 125 pacientes vivos e 1485 pacientes falecidos. Número de doadores falecidos foi crescente ao longo dos anos, inicialmente com 1055 doadores em 2008, atingindo seu máximo em 2017 com 1935. Dos 14 estados atuantes e dos São Paulo é o estado com maior número de doadores. Até setembro de 2018, 1278 pacientes adultos e 66 pacientes pediátricos estavam ativos na lista de espera. De janeiro a setembro de 2018, 2207 pacientes ingressaram na lista de espera por transplante de fígado, destes, 631 vieram a óbitos. Já na população pediátrica, 203 ingressaram a lista e 24 óbitos. Hoje o Brasil conta com 69 centros especializados em transplante hepático e os problemas hoje enfrentados por essas equipes dizem a respeito da captação dos órgãos e seu deslocamento, bem como a seleção dos pacientes. A alta quantidade de óbitos de pacientes na lista de espera deve-se pela alta demanda de pacientes que necessitam do órgão e ainda que exista uma lista única para evitar alocação incorreta seja qual for a sua natureza e o que acontece é que muitas vezes esse processo não obedece as necessidades e prioridades.</p> <p>CONCLUSÕES: Um dos maiores desafios para transplante hepático é a quantidade de doadores disponíveis e um aumento do número de pacientes na lista de espera. O transplante de fígado tem sido alternativa para aumento da sobrevida de muitos pacientes com problemas hepáticos, contudo a população ainda desconhece ou não tem dimensão da importância da doação de órgãos, seja por motivos religiosos ou culturais o que faz exista certa resistência quanto a doação de órgãos. Outro motivo é a dificuldade dos profissionais de saúde abordar com as famílias quanto à captação desses órgãos. Assim torna-se necessário maior treinamento das equipes de saúde tanto para captação quanto para a abordagem com as famílias de possíveis doadores, bem como um programa de conscientização e informação da população quanto a taxa de necessidade de doação de órgãos e da realidade de milhares de pessoas na lista de espera por transplante.</p>
<p>PO 714-2</p> <p>ANÁLISE COMPARATIVA DAS TÉCNICAS DE REIMPLANTE URETERAL DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE RENAL DO MPHU</p> <p>Lívia Mara da Silva, Sérgio Anacleto Silva, Camila Alves Pereira Barros, Laísa Nunes Kato, Gabriela Nascimento Cruz, Brenda Resende Santos</p> <p><i>Universidade de Uberaba - Uberaba - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Este trabalho tem por objetivo avaliar estatisticamente as técnicas de reimplante ureteral no serviço de transplante renal do Mário Palmério Hospital Universitário (MPHU) em Uberaba- Minas Gerais no período de setembro de 2015 a dezembro de 2018. Visa analisar a incidência de complicações e verificar a taxa de reabordagem cirúrgica nesses pacientes, assim busca aprimorar o processo do transplante renal aumentando a expectativa e qualidade de vida dos pacientes.</p> <p>MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo dos prontuários de 45 paciente transplantados no MPHU (coorte histórico) no período de setembro de 2015 a dezembro de 2018. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo o grupo 1 pacientes que receberam rim de doador cadáver e grupo 2 pacientes que receberam rim de doador vivo. Foi avaliado a técnica de reimplante ureteral utilizada e analisado a incidência da inserção de Duplo J, complicações e reabordagem cirúrgica.</p> <p>RESULTADOS: Neste estudo, dos 45 pacientes transplantados, 39 foram submetidos a reconstrução pela técnica de Litch-Gregoir (86,6%), 3 pela técnica de Politano-Leadbetter (6,6%) e outros 3 pela técnica de ureteropieloanastomose (6,6%). 27 pacientes pertenciam ao grupo 1 (doador cadáver) e 18 ao grupo 2, (doador vivo). No grupo 1, 24 (88,88%) pacientes foram submetidos a técnica de Litch-Gregoir, sem o uso de Duplo J, destes, 3 (11,69%) pacientes apresentaram necrose de ureter necessitando de uma reabordagem cirúrgica (ureteropieloplastia com colocação de duplo J). Ainda neste grupo, em 1 (3,7%) paciente foi utilizada a técnica de ureteropieloplastia com inserção de Duplo J e em 2 (7,4%), a técnica de Politano. No grupo 2, 15 (83,33%) pacientes foram submetidos à técnica Litch-Gregoir, e em apenas 1 (6,66%) inseriu-se Duplo J. Além destes, 2 (11,11%) pacientes foram submetidos a técnica de ureteropieloanastomose e 1 (5,55%) à técnica de Politano, com inserção de Duplo J, neste grupo não foram observadas complicações. No serviço de transplante renal do MPHU houve preferência pela adoção da técnica de Litch-Gregoir para reimplante de ureter. Em 10,25% de todos os pacientes submetidos a técnica de Litch-Gregoir foi feito o uso do cateter duplo J, e não foi observado aumento de complicações. A principal causa de reabordagem cirúrgica apresentada foi a necrose de ureter que ocorreu em 6,66% dos procedimentos, todos relacionados com quadro de rejeição, optando-se, nesses casos, pela técnica de ureteropieloplastia com colocação de duplo J. Além disso, estas complicações foram restritas ao grupo que recebeu rim de doador cadáver e relacionados com quadros de rejeição. Em nosso serviço o uso de cateter duplo J não foi relacionado com aumento de complicações.</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que no serviço de transplante renal do Mário Palmério Hospital Universitário (MPHU) a técnica de reimplante ureteral mais utilizada é a de Litch-Gregoir, sem uso rotineiro de cateter duplo J, com baixa incidência de complicações e necessidade mínima de reabordagem cirúrgica.</p>	<p>PO 716-2</p> <p>DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-TRIPSINA E O TRANSPLANTE HEPÁTICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA</p> <p>Mariana de Andrade dos Santos, Heloisa Lima Heller, Lucas Sepúlveda Chianca, Maria Clara Mesquita Leite, Gabriela Lima De Alcântara, Carolina Marques Vinhal de Carvalho</p> <p><i>Centro Universitário de Brasília - UniCEUB - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os diferentes casos de transplantes hepáticos nos casos de deficiência de alfa-1-antitripsina e seus impactos, necessidades e consequências.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma revisão de literatura. Os termos 'Liver Transplantation' e 'Deficiências, alpha 1-Antitrypsin' e seus sinônimos foram utilizados para as buscas nas bases: PUBMED, LILACS, Health Systems Evidence e BV5. Não houve restrição de idiomas. Foram encontrados 82 artigos, após leitura de título e resumo entre pares foram selecionados para leitura completa 31 artigos, destes 15 fazem parte desta revisão.</p> <p>RESULTADOS: A deficiência de alfa-1-antitripsina pode resultar em lesão hepática e tem a possibilidade de cursar com colostase neonatal e ascite bem como outras patológicas. O diagnóstico acontece nos primeiros meses ou anos de vida. O transplante de fígado nos casos dos pacientes com a deficiência tem sido realizado a partir de doença hepática avançada, podendo estar acompanhada por um quadro respiratório com epistaxe espontânea, coma hepático profundo complicado por coagulopatia grave, febre e aumento da bilirrubina sérica total. Em vários casos, o transplante hepático foi bem sucedido, representando uma ótima abordagem terapêutica, proporcionando cura metabólica do efeito genético. Há alguns relatos de casos de crianças que desenvolveram hipertensão arterial de origem renal após o transplante, ascite e encefalopatia hipertensiva. No entanto, o controle da patologia foi realizado na maior parte dos casos. Alguns fatores influenciam o sucesso do transplante bem como o armazenamento correto do órgão doado, e o organismo do paciente. Foi observado também a importância de não somente considerar a sobrevida do paciente, mas também a sua qualidade de vida após o transplante, cuja observação também deve fazer parte dos critérios de indicação.</p> <p>CONCLUSÕES: O transplante de fígado é indicado, nos casos de deficiência de alfa-1-antitripsina, somente para pacientes com doença hepática avançada, tendo um bom resultado em boa parte dos casos, mas alguns impactos negativos nos pacientes, como distúrbios renais. Dessa maneira, é válido ressaltar a importância da constatação dos critérios de recomendação de transplante nesses pacientes, uma vez que eles apresentam alterações importantes, tratáveis por meio deste procedimento. Além de seguir e manter os protocolos já estabelecidos de todo o processo, como a preservação do órgão doado.</p>

PO 717-2	PO 718-2
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE RECEPTOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM BRASÍLIA NOS ÚLTIMOS ANOS</p> <p>Vanessa Mahamed Rassi, Fábio Mahamed Rassi, Luísa Freire Barcelos, Camille de Souza Carvalho, Bárbara Alves Campos Ferreira, Geovana Thees Perillo Rodrigues, Letícia Maiara Nunes Araujo, Gustavo de Sousa Arantes Ferreira</p> <p><i>Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Estabelecer as principais causas de transplante hepático na cidade de Brasília, comparando-as com a realidade de outros locais no Brasil e no mundo.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo realizado com coleta de dados proveniente de dois serviços de saúde em Brasília, um vinculado ao Sistema Único de Saúde e outro privado, totalizando 419 pacientes transplantados, desde 2012 até 2018. Para obtenção de dados comparativos, foram utilizados artigos científicos de 2012 a 2017, encontrados na plataforma Pubmed, que abordam as principais etiologias de transplante hepático nos últimos anos em diferentes localidades, como São Paulo, Estados Unidos e Europa.</p> <p>RESULTADOS: Em Brasília, 26% dos pacientes apresentaram hepatocarcinoma, 21% hepatite alcoólica, 8,8% hepatite C, 7,2% NASH (esteato hepatite não-alcoólica), 6,9% hepatite auto-imune, 5% colangite esclerosante primária, 4,1% criptogênica, 3,6% hepatite B e 12,2% outras patologias. No estado de São Paulo, 35% dos transplantes foram decorrentes de hepatites virais, 11% hepatite alcoólica, 10% hepatocarcinoma, 10% NASH, 7% hepatite auto-imune, 6% insuficiência hepática fulminante e 21% outras patologias. Nos Estados Unidos, 26,4% dos pacientes apresentaram hepatite C, 19% hepatite alcoólica e 14,6% NASH (dados sobre outras patologias não foram encontrados). Por fim, na Europa, 20% dos casos foram devido a hepatite alcoólica, 15,2% hepatite C, 14,4% hepatocarcinoma, 7% hepatite B, 7% insuficiência hepática aguda, 6% doenças metabólicas, 5% colangite esclerosante primária, 4% criptogênica e 21,4% outras patologias.</p> <p>CONCLUSÕES: Na cidade de Brasília, o hepatocarcinoma é classificado como a causa mais prevalente de transplante hepático, diferentemente de São Paulo, Estados Unidos e Europa, onde as hepatites virais prevalecem. Enquanto Brasília apresenta 26% de hepatocarcinoma e 12,4% de hepatites virais, São Paulo apresenta 10% e 35%, respectivamente. Nos Estados Unidos, 26,4% das causas correspondem a hepatite C, e o hepatocarcinoma não está nem entre as três mais prevalentes. Na Europa, hepatite alcoólica está em primeiro lugar, com 15,2%, seguida de hepatite C, com 14,4%, e em terceiro, hepatocarcinoma, com 7%. O hepatocarcinoma é um câncer agressivo, de difícil tratamento e com alto índice de mortalidade após o início dos sintomas. Ele pode ser causado pela interação de agentes externos com o DNA do hepatócito ou pelo excesso de multiplicação celular na regeneração crônica das hepatites virais, alcoólica e NASH. Nos Estados Unidos e na Europa, o diagnóstico de hepatocarcinoma é realizado de forma mais precoce, portanto, há um maior número de ressecções no estágio inicial do tumor, o que diminui a necessidade de transplantes posteriormente. No Brasil, apesar dos altos índices de hepatocarcinoma e do diagnóstico um pouco mais tardio, há uma priorização dessa patologia na lista de receptores, o que justifica as altas taxas de transplantes em pacientes com câncer hepático em Brasília.</p>	<p>ANÁLISE DE 511 RECONSTRUÇÕES PRIMÁRIAS DO URETER NO URETER EM TRANSPLANTE RENAL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.</p> <p>Cristiano Souza Leão, Petrus Moura de Andrade Lima, Clarissa Soares Porto, Natália Nascimento d'Azevedo, Ângelo Silva Gomes, Maria Eduarda P Carneiro de Albuquerque, George Felipe Darce</p> <p><i>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Recife - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a frequência das complicações urológicas no transplante renal, correlacionando com as técnicas usadas para a reconstrução do ureter no serviço, considerando a utilização primária do ureter em anastomoses: uretero-ureteral término lateral (UU-TL) e término terminal (UU-TT). A anastomose vesical no serviço só é realizada quando há contra indicação para a utilização do ureter.</p> <p>MÉTODO: Estudo de coorte retrospectivo, realizado no setor de transplante renal de um hospital terciário de Pernambuco. A coleta de dados foi realizada no período entre agosto de 2017 e março de 2018 e a amostra foi composta por pacientes adultos de ambos os sexos que foram submetidos a transplante renal no serviço de Transplante Renal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) no período de janeiro de 2014 a junho de 2017, com total de 545 pacientes. Todos os eventos considerados para a pesquisa ocorreram em até 6 meses após a cirurgia e as informações foram extraídas do sistema de dados do serviço e do prontuário dos pacientes. Foram coletadas variáveis do doador, como idade e, em caso de doador falecido, a causa mortis; e do receptor, que incluíam idade, sexo, comorbidades, hábitos de vida, como tabagismo e etilismo, e a doença de base que levou ao transplante. Adicionalmente, foram incluídas as técnicas utilizadas para o transplante e o tempo de cirurgia, além das complicações sistêmicas e urológicas pós-cirúrgicas, dentre elas estenose, fístula e necrose do ureter. Os dados foram criteriosamente selecionados e mantidos em sigilo pelos pesquisadores. A pesquisa não ofereceu risco aos pacientes.</p> <p>RESULTADOS: Foram analisados 545 pacientes, cuja idade média foi de 43,9 anos e prevalência do sexo masculino (58,5%). As anastomoses avaliadas foram ureterovesical (UV), ureteroureteral término-lateral (UU TL) e ureteroureteral término-terminal (UU TT). Ao todo, foram relatadas 34 complicações urológicas, a mais frequente a fístula (26,5%). No que se refere às anastomoses primárias, a UU TT apontou menor taxa de complicações (4,1%). Constatou-se que as complicações urológicas não se mostraram associadas estatisticamente ao tempo de isquemia total, contudo, apresentou associação significativa com o tipo de anastomose.</p> <p>CONCLUSÕES: No nosso serviço, a anastomose primária no ureter apresentou baixas taxas de complicação especialmente quando comparada com anastomoses vesicais.</p>
<p>PO 719-2</p> <p>A EVOLUÇÃO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO DE DOADOR VIVO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS, SOB A PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p> <p>Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima, Antonio Victor Gouveia Azevedo dos Santos, Douglas Marques Ferreira de Lima, Afonso Nonato Goes Fernandes, Aprígio Sant'Anna Lima Neto</p> <p><i>Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Nos últimos anos, o avanço nas técnicas cirúrgicas e a evolução nas drogas imunossupressoras possibilitaram uma melhora nos resultados dos transplantes hepáticos. Entretanto, a lista de espera aumentou mais que a capacidade resolutiva. Dessa forma, o trabalho atual justifica-se em analisar o transplante de doador vivo como uma opção terapêutica segundo a perspectiva do Sistema Único de Saúde.</p> <p>MÉTODO: Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em primeiro momento cruzou-se os dados ano de atendimento do procedimento, tempo médio de internação (TM) e taxa de mortalidade (TM), no período de Janeiro de 2009 a dezembro de 2018 referentes ao Brasil. Em seguida, analisou-se os dados no Excel 2013, calculando as alterações no decorrer dos anos.</p> <p>RESULTADOS: No período selecionado, foram realizados 906 transplantes hepáticos de doadores vivos, média de internação de 19,6 dias, tendo ocorrido 107 óbitos totais e possuindo uma taxa de mortalidade de 12,04%. A taxa de mortalidade iniciou com 17,86 em 2009 e encerrou com 8,79 em 2018, tendo sido 17,86 o maior número encontrado e 5,83 (ano de 2017) o menor número encontrado. Acerca do tempo médio de internação, iniciou em 2009 com 20 e encerrou em 2018 com 14,1, sendo 25,9 (em 2012) e 14,1 (2018) o maior e o menor valor encontrado, respectivamente. Após análise, é possível verificar que, apesar de um aumento no número de procedimentos, houve uma redução de 50% na taxa de mortalidade na realização de transplante hepático de doador vivo, além de uma diminuição importante de até 30% no tempo médio de internação dos indivíduos transplantados.</p> <p>CONCLUSÕES: Com base nos resultados encontrados, é possível observar um aumento considerável no número de transplantes hepáticos de doadores vivos. Apesar dessa elevação, a taxa de mortalidade obteve uma queda importante associado à diminuição do tempo de internação médio. Esse fato ocorre principalmente devido o transplante hepático com doador vivo poder ser um procedimento eletivo e com tempo de espera de poucos meses, portanto, o paciente apresenta-se em melhores condições e com possibilidade de recuperação pós-operatória mais rápida e menor taxa de complicações. Apesar dos benefícios do transplante hepático de doador vivo, esse procedimento também apresenta um maior risco de complicações, principalmente em vias biliares, portanto mais estudos são necessários, principalmente em terras brasileiras, acerca do prognóstico da cirurgia de transplante hepático de doador vivo.</p>	<p>PO 720-2</p> <p>TROMBOSE VENOSA PROFUNDA APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA: INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO</p> <p>Marcia Grazielly Souza Vieira, Ivelise Regina Canito Brasil, Letícia Fontenele Bezerra De Menezes, Herminia Moreira Coelho Da Costa</p> <p><i>Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A incidência de trombose venosa profunda (TVP) varia entre 15% e 40% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos gerais sem profilaxia com anticoagulantes. No pós-operatório de Transplante Hepático (TxH), a profilaxia química não é comumente utilizada, devido ao risco de sangramentos associados a coagulopatia inerente a estes pacientes. Recentemente estudos foram feitos e apontaram que cerca de 9% dos pacientes submetidos a TxH evoluíram com TVP. Além disso, esses estudos ainda sugerem a existência de fatores de risco como grandes variações de Razão Normalizada Internacional (INR) após TxH, diagnóstico prévio de TVP, infecções e uso de fatores de coagulação. O objetivo deste estudo foi mostrar a incidência de TVP em um centro transplantador e apontar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de TVP após TxH.</p> <p>MÉTODO: Analisamos retrospectivamente 89 transplantados hepáticos no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), entre janeiro de 2013 a dezembro de 2014. Foram identificados 9 pacientes com TVP após TxH confirmados por Ultrassonografia (USG) com compressão e com Doppler e foram seriados exames como bilirrubina total, creatinina (Cr), Transaminase Glutâmica Oxalacética (TGO), Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP), Tempo de Ativação da Protrombina (TAP) e INR a fim de estabelecer alguma relação causal.</p> <p>RESULTADOS: Encontramos uma incidência de 10,11% (9/89) nos pacientes submetidos a TxH e uma mortalidade entre os pacientes com TVP de 33,33% (3/9). A faixa etária desses pacientes variou de 20 a 68 anos, houve uma maior frequência de diagnósticos de TVP em homens que em mulheres e um caso de Tromboembolismo Pulmonar (TEP).</p> <p>CONCLUSÕES: O pequeno número de pacientes não nos permitiu identificar fatores de risco com significância estatística, porém a incidência se aproxima do encontrado na literatura, indicando que deve haver atenção especial quanto ao uso de profilaxia químicas após TxH. Dessa forma, é necessário o seguimento do estudo para identificar o perfil clínico ou laboratorial do paciente com risco aumentado para desenvolver TVP após TxH.</p>

PO 721-3	PO 732-2
<p>EVASÃO ESCOLAR EM UM CURRÍCULO ABP INTERDISCIPLINAR: QUANDO SURGE O DESEJO DE MUDAR DE CURSO DE GRADUAÇÃO?</p> <p>Diandra Alcântara Jordão, Fernanda Melo Oliveira, Leticia Lima Oliveira, Andrea Marques Vanderlei Ferreira, Beatriz Tavares Melo, Lilian Siqueira Goncalves Andrade, Camila Umbelino Franca Tozzi, Karla Silva Beserra</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a percepção dos discentes quanto à evasão escolar em um currículo ABP interdisciplinar</p> <p>MÉTODO: Essa pesquisa fez parte de um amplo projeto composto por 25 autoentrevistas com temáticas variadas sobre Aprendizagem Baseada em Problemas, onde foram desenvolvidos formulários eletrônicos na Plataforma Google Drive, enviados seus links com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e convite para participar da pesquisa a todos os discentes do 1º ciclo (ano) de oito cursos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública do Nordeste. A pesquisa desse trabalho corresponde ao 2º Formulário, intitulado como "Cursos de Graduação", composto por 12 perguntas fechadas e abertas. Trata-se de um estudo de caso, exploratório, descritivo, quantitativo-qualitativo. Desenvolveu-se com a participação de 92 discentes do primeiro ano, distribuídos nos seguintes cursos: Enfermagem (n=17), Farmácia (n=18), Fisioterapia (n=16), Fonoaudiologia (n=7), Medicina (n=10), Nutrição (n=7), Odontologia (n=7) e Terapia Ocupacional (n=10). As respostas abertas foram analisadas através da teoria de Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE: 09430212.9.0000.0058.</p> <p>RESULTADOS: A partir da análise qualitativa da amostra desta pesquisa, foi possível compreender a percepção dos discentes, através das seguintes categorias: (1) Contato com professores e profissionais do mesmo curso; (2) Atribuições profissionais; (3) Interdisciplinaridade; (4) Postura dos discentes e docentes versus motivação e (5) Mudança de curso. Na análise quantitativa, 90% dos alunos de medicina se sentem confortáveis em estudar com alunos de outros cursos. Apenas 30% dos alunos de medicina não mudariam de curso, enquanto que 70,58% dos alunos de enfermagem mudariam para medicina. A maioria dos alunos de medicina consideram seus colegas de turma determinados, comprometidos, inteligentes, participativos, responsáveis, mas individualistas. Conclusão: Grande parte dos discentes dos cursos de graduação da área de saúde optaria em mudar seu curso para medicina após o contato interdisciplinar com discentes desse curso. Contudo, os alunos de medicina estão satisfeitos com seu curso, com o modelo interdisciplinar e sentem-se orgulhosos com a postura de seus colegas de curso.</p> <p>CONCLUSÕES: A estratégia educacional central do currículo, no PBL, é a discussão de situações-problema ou casos clínicos em pequenos grupos, chamados de grupos tutoriais. Esses grupos de aprendizagem, além de facilitar o processo de aquisição de conhecimentos, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do aluno, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica. Entretanto, esse método pode contribuir com a evasão escolar.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM UROLITÍASE NO BRASIL, EM 2018.</p> <p>Fernanda Santos de Aguiar, André Luiz Valdecir Gonçalves de Oliveira, Amanda dos Santos Duarte, Brenda Hosama de Oliveira Coelho, Camila Pantoja Azevedo, Jessika Araújo Ferreira, Pedro Heinrich Oliveira Campos</p> <p><i>Centro Universitário do Estado do Pará - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com urolitíase no Brasil, no ano de 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, no ano de 2018. As informações captadas foram tabuladas para melhor compreensão e, posteriormente, analisadas. Os variáveis do trabalho abordaram sexo, idade, procedência e o tipo de internação. O número de óbitos não participou da pesquisa.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do SIHSUS, no Brasil, no ano de 2018, foram internados 81.575 pessoas, sendo 38.318 (47%) na região Sudeste, 17.689 (21%) na região Sul, 12.913 (16%) na região Nordeste, 8.292 (10%) na região Centro-Oeste e 4.363 (6%) na região Norte. Dos casos, 58.765 (72%) foram de urgência e 22.810 (28%) eletivos. Quanto a idade, 17.878 (22%) tinham 40-49 anos, 17.780 (21,5%) entre 30-39 anos, 15.278 (18,5%) entre 50-59 anos, 12.169 (15%) entre 20-29 anos, 8.903 (11%) entre 60-69 anos, 3.737 (4,5%) entre 70-79 anos, 2.937 (3,5%) entre 15-19 anos, 1.085 (1,3%) > 80 anos, 1.006 (1,2%) entre 10-14 anos, 515 (0,5%) entre 5-9 anos, 232 (0,4%) entre 1-4 anos e 55 (0,1%) < 1 ano. Nas regiões Sudeste, o comportamento foi homogêneo quanto ao sexo, houve maior predominância em caráter de urgência na faixa etária de 40-49 anos. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, a maioria dos casos acometeram homens, sendo de caráter de urgência e na faixa etária de 40-49 anos. Na região Nordeste, houve maior predominância em mulheres, em caráter de urgência e com idade entre 30-39 anos. Na região Norte, houve predomínio em homens, sendo a maioria de caráter urgente e com idade entre 30-39 anos.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que a urolitíase acomete principalmente homens, com cerca de 40-49 anos de idade, em sua maioria, provenientes da região Sudeste, que internaram em caráter de urgência. Diante do exposto, medidas de intervenção através de campanhas educativas se tornam importantes, principalmente, nas regiões de maior prevalência - como as regiões Sudeste, Sul e Nordeste - com o objetivo de diminuir a incidência dessa patologia.</p>
<p>PO 732-3</p> <p>ANTIBIOTICOPROFILAXIA NAS CIRURGIAS DE ABDOME: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.</p> <p>Danilo Alvarenga Ferreira, Alcivan Batista de Moraes Filho, Sulyanne Saraiva de Almeida, Luana Natália de Sena Costa, Jilíelsson Oliveira de Sousa</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: As microfloras da epiderme, da luz das vísceras abdominais e pélvicas e das cavidades retro e intraperitoneais são diferentes, o que possibilita infecção cruzada dos meios entre si por micróbios oportunistas ou comensais em situação de homeostase no momento da intervenção invasiva no abdome. A prevenção à infecção, possibilidade intrínseca à diérese cirúrgica, está em função, também, do uso adequado dos antibióticos, dessarte, este trabalho pretende revisar sistematicamente a antibioticoprofilaxia (ATBx) nas cirurgias abdominais (CA).</p> <p>MÉTODO: Os bancos de artigos utilizados foram o PubMed, ScienceDirect e Scielo. A busca se utilizou dos DeCS: "antibiotic prophylaxis" e "abdominal surgery" nos títulos e resumos dos trabalhos. Critérios de exclusão: 1) revisões e capítulos de livro; 2) relatos de caso; e 3) trabalhos indisponíveis para leitura na íntegra. Os trabalhos incluídos foram: 1) realizados com humanos; 2) escritos em português, inglês, espanhol ou francês; 3) publicados entre 2014 e 2019; e 4) os que atenderam ao objetivo da revisão.</p> <p>RESULTADOS: 39 artigos foram encontrados; restando 21 após exclusão das duplicações, leitura do título e resumo, que foram lidos na íntegra, e finalmente, 10 compuseram os resultados discutidos. Dois trabalhos comprovaram a eficácia da cefazolina (CFZ) como antimicrobiano (AM) profilático, tanto para histerectomias, quanto para cirurgias oncológicas pediátricas, porém um estudo desencorajou seu uso nos pacientes de baixo risco após comprovar ausência de diminuição na taxa de infecções pós-operatórias (IPO) no tratamento de hérnias, ainda, um outro artigo discorreu sobre a superioridade da associação CFZ/metronidazol em relação ao cefotetano para operações abdominais de modo geral. A junção da ATBx oral com a preparação mecânica intestinal se mostrou benéfica em cirurgias ginecológicas (reduzindo 17% das IPO), ambas somadas à terapia sistêmica resultaram em poucos efeitos adversos e uma maior proteção nas cirurgias colorretais (CCR), estes dois estudos, associados a um terceiro que frisou um protocolo de higienização prático e eficaz, foram os três que buscaram acoplar o uso de AM a outras medidas profiláticas. Quanto à cobertura: as infecções por cocos gram positivos foram as mais avistadas nas CCR, as esquerdas especialmente vulneráveis aos <i>Enterococcus</i> sp.; a terapia empírica de espectro estendido não demonstrou quaisquer benefícios na apendicite complicada; as IPO abdominais resultam, em sua maioria, da contaminação intra-abdominal, e não pela microflora da pele.</p> <p>CONCLUSÕES: Os achados demonstram a complexidade do uso de AM, mesmo em profilaxia, cuja eficácia está em função de múltiplas variáveis. Um número relativamente baixo de produções em um tema amplo pode indicar eficácia do sistema em vigor, majoritariamente voltado para o uso de CFZ em medidas padronizadas, ou inércia científica. Sugere-se realização de mais estudos no ramo, dado o caráter prejudicial do uso inadequado dos antibióticos.</p>	<p>PO 733-1</p> <p>MANEJO TERAPEUTICO DO ILEO BILIAR</p> <p>Ana Carolina Hatsuia Ferreira, Ana Carolina Buta Pereira, Ana Lídia Gomes Santoro, Ana Luiza Lima Gonçalves, Carolina Ribeiro de Castro, Isabella Silva Costa, Maria Luiza Santos Suassuna, Sergio Hitoshi Miyazaki</p> <p><i>UNICEPLAC - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a enfermidade do íleo biliar, visando compreender o manejo terapêutico mais adequado e atual.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Bireme e PubMed, utilizando os descritores "íleo biliar", "tratamento", "diagnóstico" e "cirurgia". Foram incluídos artigos publicados entre 2009 e 2018.</p> <p>RESULTADOS: O íleo biliar (IB) é uma complicação rara e grave da colelitíase. A etiologia é secundária à formação de uma fistula enterobiliar, frequente em pacientes com histórico de colecistite aguda ou de síndrome de Mirizzi. Essas geram aderências entre o trato biliar e o trato gastrointestinal (TG), cursando com obstrução mecânica intestinal por cálculos biliares de pelo menos 2,5 cm de diâmetro. A região íleo distal é o local mais comum da impaction. Manifesta-se com a sintomatologia de abdome obstrutivo agudo, que dificulta o diagnóstico precoce de IB. Geralmente, afeta mulheres e idosos com comorbidades múltiplas, apresentando mortalidade estimada de 4,5 a 25%. Logo, um eficiente manejo terapêutico inicial é imprescindível para diminuir essa taxa. A investigação por imagem inicia-se pela rotina de abdome agudo. Deve-se buscar a presença de dois sinais da tríade de Rigles para definir o diagnóstico. A presença de pneumobilia leva a suspeita de fistula e obstrução, sendo uma hipótese de IB. O tratamento do IB é cirúrgico, porém controverso quanto à extensão e ao momento de indicação cirúrgica. Existem três condutas: enterolitotomia exclusiva ou deslocamento do cálculo para o cólon com ou sem fragmentação; cirurgia em duas etapas, inicialmente a enterolitotomia seguida de colecistectomia e fechamento da fistula três a quatro semanas depois; e cirurgia em etapa única. Essa, por sua vez, por apresentar alta taxa de mortalidade é realizada em pacientes críticos. Em casos estáveis, efetua-se a fistulectomia e a colecistectomia para evitar colangite recorrente e câncer de vesícula biliar (VB), incidente em 15% desses pacientes. A enterolitotomia possui uma taxa de recorrência de 5% e é relatada em 6 meses. Assim, se houver suspeita de múltiplos cálculos, que ocorre em 25% dos casos, recomenda-se o uso de ultrassom intra-operatório ou palpação da VB. Além da cirurgia aberta, outras abordagens têm sido aplicadas, como cirurgia laparoscópica e litotripsia. Em relação ao método aberto tradicional, o endoscópio facilita a remoção de cálculos extracorpóreos e fornece menor trauma cirúrgico. Ademais, a litotripsia mecânica é uma alternativa para pacientes que não são candidatos ao tratamento cirúrgico.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir dos estudos analisados, pode-se inferir que, embora não haja um consenso sobre o tratamento definitivo, a enterolitotomia isolada é a melhor intervenção em pacientes com risco operatório elevado. Contudo, o momento para realizar a colecistectomia e a reparação da fistula bilioentérica ainda é controverso. Nos demais casos, a cirurgia em dois tempos é definida como a abordagem terapêutica mais eficaz.</p>

PO 733-3	PO 737-3
<p>CUSTO-BENEFÍCIO: CIRURGIA ROBÓTICA VERSUS CIRURGIA ABERTA</p> <p>MICHELLE PEREIRA DE FARIA PEREIRA SILVA, STELLA MÁRCIA FILGUEIRA FREIRE MARCIA CARVALHO, AIDA CRISTINA DE SIQUEIRA CRISTINA LEITE, EMERSON BARBOSA BARBOSA NASCIMENTO, LESLIE CLIFFORD NORONHA CLIFFORD ARAUJO</p> <p><i>Faculdade de Medicina de Olinda - Olinda - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o custo-benefício da cirurgia robótica versus a cirurgia tradicional aberta. MÉTODO: Trata-se de revisão literária nas bases de dados Medline, Cochrane Library e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e via descritores DeCS/MeSH "Cirurgia", "Robótica", "Tecnologia". Foram incluídos trabalhos que mostraram melhores desfechos na cirurgia robótica e na cirurgia aberta em grandes centros: tempo cirúrgico, tempo de internação e complicações precoces e tardias. RESULTADOS: Observou-se que a cirurgia tradicional possui um menor custo de realização cirúrgico sendo o valor de US\$ 2,471 a US\$ 4,766 para a cirurgia aberta e de US\$ 3,441 a US\$ 5,496 para a robótica. Mas, em contrapartida há um alto custo relacionado à internação hospitalar, maior risco de complicações pós-operatórias nos paciente e maior tempo cirúrgico nas cirurgias abertas comparadas à cirurgia robótica. Além disso, foi possível observar que com a cirurgia robótica os pacientes possuem menor tempo de internação com média de alta no um dia de pós-operatório em comparação a cirurgia aberta que varia de até três dias, de quatro a seis dias ou mais dias, a depender da presença de complicações e necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório imediato. Portanto, essa grande diferença nos custos da cirurgia robótica para a cirurgia aberta resultou de um custo de 857 dólares por caixa para pagar pela compra e manutenção de robôs e o alto custo de 1.705 dólares por equipamento por caixa. Um tempo operatório ainda mais curto (140 vs 160 minutos) e tempo de permanência (1,2 vs 2,5 dias) não compensaram o gasto adicional. Ademais, que a cirurgia robótica poderia alcançar a equivalência de custo com a cirurgia aberta em um volume cirúrgico de 10 casos semanalmente. Assim, se o volume do caso aumentasse para 14 casos por semana, o robótico seria mais barato ou equivalentes que a cirurgia aberta. CONCLUSÕES: Foi observado que a cirurgia robótica demonstrou benefícios ao paciente quando avaliado tempo de internação e menor risco de contaminação, porém o custo da cirurgia aberta ainda é viável se comparada com a robótica.</p>	<p>AValiação DA ANTIBIOTICOTERAPIA NA APENDICECTOMIA AGUDA E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A APENDICECTOMIA EM HOSPITAIS DE JOINVILLE NO PERÍODO DE 2017 A 2018</p> <p>Rafaele de Oliveira Souza, Daniel Augusto Mauad Lacerda, Samuel Cristaldo Dominguez, Karina Luiza Zimmermann, Jorge Yuki Yoshi Murata, Osmar Nunes da Silva D'Abadia, Carlos Augusto Cadamuro Kumata, Janaira Crestani Lunkes</p> <p><i>hospital municipal são José - JOINVILLE - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A apendicite é o quadro mais comum de abdome agudo desde a criança até o jovem adulto. O processo inflamatório é decorrente de obstrução intraluminal do apêndice normalmente por um fekalito, que aumenta a pressão local levando à isquemia e consequentemente gangrena e até perfuração, podendo gerar peritonite local e generalizada. O objetivo do trabalho é identificar a antibioticoterapia pré e pós-operatória utilizada nas apendicectomias de pacientes com diagnóstico de apendicite de hospitais de Joinville no período de setembro de 2017 a março de 2018. MÉTODO: Estudo observacional prospectivo, longitudinal e descritivo que incluiu 86 pacientes com diagnóstico de apendicite aguda no período de setembro 2017 a março de 2018 no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal São José, Hospital Dona Helena e Centro Hospitalar Unimed de Joinville. Os dados foram obtidos via revisão de prontuários descritos por frequências e percentuais, sendo os dados analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher ou Qui-quadrado para variáveis dependentes e independentes. A razão de prevalência foi a medida de associação. O nível de significância estabelecido foi valor $p < 0,05$ (IC 95%). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do Hospital Municipal São José. RESULTADOS: Mulheres corresponderam a 51,2% e a média de idade foi de 37,2 anos. E. coli foi o patógeno mais frequente (92,86%) e o antimicrobiano mais utilizado na terapêutica pós-apendicectomia foi Ampicilina-Subactam (95,65%). Houve baixo índice de resistência bacteriana (12,6%). Grau III de apendicite foi o mais prevalente. Antibioticoterapia foi instituída em 84,88%. Complicação pós-operatória esteve presente em 24,42% dos casos, sendo infecção de sítio cirúrgico a mais comum. CONCLUSÕES: A apendicite aguda é quadro comum de abdome agudo e deve ser diagnosticado prontamente, a fim de evitar complicações. É importante o conhecimento da microbiota local para realizar tratamento empírico adequado e evitar resistência bacteriana.</p>
<p>PO 741-3</p> <p>AValiação DO MANEJO DE APENDICITOMIA ENTRE RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL E CIRURGIOS EXPERIENTES NA CIDADE DE JOINVILLE – SC</p> <p>Samuel Cristaldo Dominguez, Karina Luiza Zimmermann, Janaira Crestani Lunkes, Jorge Yuki Yoshi Murata, Rafaele de Oliveira Souza, Rodolfo Pacheco Quidá, Daniel Augusto Mauadi Lacerda</p> <p><i>Hospital Municipal São José - JOINVILLE - Santa Catarina - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar o manejo de pacientes com apendicite submetidos a abordagem cirúrgica por residentes em comparação a médicos experientes. MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional prospectivo, longitudinal e descritivo. Os dados foram coletados por meio de análise de prontuário, sendo os dados organizados em tabelas descritivas contendo frequências absolutas, relativas, médias e desvios-padrão. RESULTADOS: A maioria dos pacientes de ambos os serviços eram adultos jovens, do sexo masculino, com sinais e sintomas similares, porém no sistema público demoraram mais tempo entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico, alguns tiveram cirurgia adiada por falta de material e desenvolveram mais infecção de ferida operatória. Embora a taxa de conversão da técnica seja a mesma, no serviço público ainda se realizam mais cirurgias abertas e tempo cirúrgico no serviço com residência médica foi maior. CONCLUSÕES: Para que um residente em formação seja capaz de realizar cirurgias é necessário treino, a curva de aprendizagem precisa ser devidamente moldada na presença de um cirurgião mais experiente. Há necessidade de saber quem são os pacientes que o residente está operando. Se ele for o mesmo que chega ao cirurgião experiente no atendimento privado e o índice de complicações for similar, não há porque não deixar que o residente tenha a oportunidade de operar sem o chefe em campo. Neste estudo vimos que o paciente chega em ambos os serviços da mesma forma, porém o tempo de evolução da doença, o tempo para fazer o diagnóstico e o tempo entre início dos sintomas até a cirurgia é significativamente maior no serviço público. Sabidamente, quanto mais tempo entre diagnóstico e cirurgia, maior o risco de perfuração e complicações tanto intra como pós-operatórias. Justamente o que foi visto no estudo, o residente demora mais tempo para operar, pode ser por falta de aptidão ou experiência, mas também por maior grau de evolução da doença e consequente dificuldade técnica. O mesmo motivo pôde-se justificar pela presença de complicações no sistema público. A complicação descrita significativamente estatística foi elencada na literatura relacionadas principalmente com tempo de evolução da doença: infecção de ferida operatória. Assim conclui-se que a apendicectomia tanto aberta com videolaparoscopia pode ser realizada pelo residente de cirurgia geral de forma segura e eficaz, desde que o chefe esteja presente elucidando e vindo auxiliar em caso de dificuldade técnica, seja ela por falta de experiência por pela afecção da doença.</p>	<p>PO 743-1</p> <p>NEOPLASIA MALIGNA DE COLON: ABORDAGEM COMPARATIVA ENTRE INTERNAÇÕES, ÓBITOS E VALORES HOSPITALARES GASTOS, NO TOCANTINS E DISTRITO FEDERAL, DURANTE O PERÍODO DE JULHO DE 2014 A JULHO DE 2018.</p> <p>Cristiane Chaves Campos, Brenda Caroline da Silveira Dias, Sara de Freitas Romão, Nathalia Tararam Zanetti, Kelvin Mendes Carvalho, Caio Felipe Damasceno Tavares, Meire Aparecida Jacinto Gundim, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Correlacionar o número de pacientes internados por neoplasia maligna de cólon à quantidade de óbitos entre julho de 2014 e julho de 2018, pelo mesmo motivo, além de analisar os valores gastos nos serviços hospitalares prestados, no Distrito Federal e Tocantins. MÉTODO: Estudo epidemiológico analítico, transversal e retrospectivo, baseado nos dados de internações hospitalares por neoplasia maligna do cólon, referente ao período de julho de 2014 a julho de 2018, no estado do Tocantins e Distrito Federal, de acordo com os dados registrados no departamento de informática do SUS (Data-SUS - TABNET). Selecionou-se o caráter de atendimento prestado, urgência e eletivo; as faixas etárias acometidas e as etnias: branca, parda, negra e amarela. Outrossim, verificou-se a quantidade de óbitos nas duas localidades. O teste Qui-quadrado foi realizado a fim de verificar o nível de significância entre a associação realizada, Excel 2016. RESULTADOS: No período estudado, foram registradas 1033 internações no estado do Tocantins, sendo 93,9% em caráter de Urgência. Nesse sentido, destaca-se maior incidência de internações entre 50 a 59 anos (%) e 30 a 39 anos, em critérios de urgência e eletividade, respectivamente. Desses, 65 pacientes evoluíram ao óbito, sendo apenas 3% advindos das internações facultativa. Em contrapartida, no Distrito Federal, a urgência respondeu por 60,2% das 269 internações; em relação à faixa etária, destacam-se as de 50 a 69 anos. Apesar de encontrar $p < 0,0001$ para as variáveis estudadas no Estado ao Norte e $p = 0,129$ para o ao Centro-Oeste, verifica-se curva ascendente para critério idade; ademais, no TO, são notáveis os casos na população jovem – não tão observado nos DF. O percentual de óbitos gerais e gastos hospitalares por paciente em urgência e eletividade, no DF e TO, respectivamente, foram de 11,29%, 2218,48 e 1992,48, versus 6,29%, 3866,95 e 1353,74. CONCLUSÕES: Após a apresentação dos dados, é interessante constatar que, apesar do DF possuir mais de 3 milhões de habitantes no censo de 2017, cursa com menos internações que todo Estado do Tocantins, com 1,497 milhão em 2014. Por conseguinte, questiona-se se tal fato estaria associado à etiopatologia e hábitos ou à subnotificação dos serviços – o que poderia justificar a probabilidade maior que 5%. Além disso, observa-se alto gasto financeiro em pacientes eletivos, no Tocantins, e baixos nos com critério de urgência, mesmo com pequenos índices de óbitos; ao passo que, no DF, houve certa proximidade nesses valores. Em relação à faixa etária, observa-se que a população jovem começa a responder por mais acometimentos do que outrora relatado na literatura, principalmente, no Estado da região Norte, podendo ser indicativo de maior sedentarismo e obesidade do que no DF. Contudo, mais estudos são necessários, observando-se melhor o aspecto socioeconômico e os fatores genéticos de cada localidade. Descritores: Neoplasia maligna de cólon; Intestino Delgado; Epidemiologia.</p>

PO 743-2	PO 743-3
<p>TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE BEXIGA NO ESTADO DA BAHIA DE 2014 A 2018.</p> <p>Anderson Rodrigues Dourado Bastos, Carolina Matos Dórea, Denise Carneiro de Oliveira, Diego Lopes Paim Miranda, Dyonatas Rodrigues da Mata, Hana Mina dos Santos Côrreia, Izadora de Jesus Oliveira, Rafaela Manuela Barreto Suarez Solta</p> <p><i>Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Avaliar a letalidade por neoplasia maligna de bexiga no estado da Bahia e analisar a taxa de mortalidade por câncer de bexiga no período de 2014 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, cujos dados foram coletados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes ao período de janeiro de 2014 a novembro de 2018 na Bahia.</p> <p>RESULTADOS: No período entre 2014 e 2018, houve uma redução na taxa de mortalidade de 7,97 para 6,59 óbitos/100 mil habitantes no estado da Bahia, sendo referente a uma redução de 17,3%. Essa redução não ocorreu de forma contínua, pois o ano de 2017 apresentou o menor valor dentro do período estudado, 5,92 óbitos/100 mil habitantes, tendo esse número crescido novamente no ano seguinte para 6,59 óbitos/100 mil habitantes. Já em relação à distribuição por sexo, a mortalidade média no período foi de 7,09 para o sexo masculino, com uma redução de 5% nesses 4 anos, e 6,76 para o feminino, com uma redução de 47,5%.</p> <p>CONCLUSÕES: O câncer de bexiga é uma das neoplasias mais comuns do trato urinário e o nono tipo mais incidente, em nível mundial. Quando se compara os sexos, os homens têm maior prevalência dos casos e também maior número absoluto de mortes, segundo o INCA. Porém, a taxa de mortalidade entre as mulheres tende a ser mais elevada. A diminuição da taxa de mortalidade na Bahia tendeu a diminuir e deve-se entre outros fatores ao avanço no tratamento. Além da detecção precoce do câncer através da investigação de sintomas urinários é uma estratégia para encontrar um tumor numa fase inicial e, assim, possibilitar maior chance de tratamento.</p>	<p>AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE MÉDIA POR NEOPLASIA MALIGNA DE PÂNCREAS NO NORDESTE ENTRE 2014 E 2018: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO</p> <p>AMANDA MORIMITSU, CAIO CÉSAR VAZ LACET GONDIM</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Busca-se o levantamento de mortes pela doença no Brasil, no Nordeste e nos estados dessa região, relacionando as taxas de mortalidade ajustadas por gênero entre 2014 e 2018. A neoplasia maligna de pâncreas é um câncer com letalidade aproximada de 100%, com cerca de 80% dos casos já inoperáveis ou com metástases, acarretando um prognóstico reservado. Um dos principais fatores desencadeantes da doença é o tabagismo. Por isso, pretende-se compreender o perfil de mortalidade entre os estados da região Nordeste, discriminando onde e qual a população mais sujeita ao risco de morte por essa neoplasia.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, observacional e descritivo fundamentado nos dados coletados no programa TABNET do portal DATASUS do Ministério da Saúde. Foram avaliados dados de mortalidade por neoplasia maligna de pâncreas no país, na região Nordeste e entre seus estados entre 2014 e 2018, estratificando os valores por gênero.</p> <p>RESULTADOS: Em 2018, foram verificados no Brasil 12.236 óbitos por neoplasia maligna de pâncreas, com taxa de mortalidade de 25,83/1000 pessoas. No Nordeste, esse número foi de 1849 óbitos, representando 15% do total. A taxa de mortalidade no Nordeste por essa doença é de 24,79, variando entre 18,83 e 42,54, sendo 25,41 entre os homens e 24,23 entre as mulheres. Em ordem decrescente, a taxa de mortalidade dos estados entre 2014 a 2018 encontra-se: Sergipe (42,54), Maranhão (30,90), Piauí (29,60), Paraíba (28,75), Bahia (27,48), Alagoas (25,94), Ceará (21,06), Pernambuco (20,36) e Rio Grande do Norte (18,83). Em relação aos gêneros, as maiores taxas de mortalidade masculina e feminina foram em Sergipe, correspondendo a 41,24 e 44,05, respectivamente, enquanto as menores taxas foram no Rio Grande do Norte para a população masculina, correspondendo a 17,41, e na Bahia para a população feminina, correspondendo a 19,55. Assim como a média da região Nordeste, as taxas de mortalidade ajustadas por estado da população masculina foram superiores às da população feminina em apenas 4 (44,4%) estados: Maranhão, Ceará, Pernambuco e Bahia, sendo as taxas de mortalidade feminina superiores às taxas masculinas nos demais 5 estados.</p> <p>CONCLUSÕES: Nota-se que as taxas de mortalidade do Brasil e da região Nordeste são próximas, ratificando a gravidade e letalidade da doença. Entre os estados que compõem a região Nordeste, percebem-se disparidades significativas entre as taxas de mortalidade, com estados possuindo mortalidade dobrada em relação a outros. Também se notou que 5 estados apresentaram mortalidade feminina maior, contudo, através da média com os outros 4 estados do Nordeste, a mortalidade masculina prevaleceu na região como um todo.</p>
<p>PO 748-2</p> <p>MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE BEXIGA: COMPARAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL ENTRE 2011 E 2016</p> <p>vitoria rodriguez de palmela barroso aguiar, Katharina Andrade de Oliveira, Thainara Gomes</p> <p><i>UFBA - Salvador - Bahia - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A presente pesquisa tem como principal objetivo identificar, analisar e comparar o quadro epidemiológico da neoplasia maligna de bexiga entre as regiões do Brasil no período de 2011 a 2016. Vale ressaltar a importância da doença visto que esta é uma das neoplasias mais comuns do trato urinário e o nono tipo mais incidente, em nível mundial. No Brasil, ganha importância por ser o 6º câncer mais presente em homens.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal epidemiológico de caráter descritivo e comparativo mediante coleta de dados virtuais registrados no Sistema de Informações de Mortalidade e de Internações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TABNET- DATASUS) no Brasil no período de 2011 a maio de 2016. As variáveis do estudo foram ano de óbito, o número de óbitos por câncer de bexiga, sexo, faixa etária e região.</p> <p>RESULTADOS: Houveram um total de 21.907 óbitos por neoplasia de bexiga no Brasil no período de 2011 a 2016, sendo que houve um crescimento anual dos óbitos. A região Norte apresentou o menor número de óbitos com 3% do total de casos (n:673) e a região sudeste o maior número com 53% (n:11615). No ano de 2016 houve um total de 4.003 óbitos, o que representa um aumento de 22% em relação ao ano de 2011 (3278 óbitos) no Brasil. Todas as regiões brasileiras acompanharam esse crescimento, a região Norte teve um aumento de 45% dos óbitos, a região Nordeste de 25%, a Sudeste de 21% a Sul de 16% e a Centro-Oeste de 30%. Não houve mudança significativa do número de óbitos durante esses anos entre indivíduos de 0 a 59 anos, sendo assim, as faixas etárias entre 60 a 65 anos, 70 a 79 anos e maior de 80 anos são as responsáveis pelo aumento do número de casos. Há destaque para para as regiões nordeste e sudeste na faixa etária de maiores de 80 anos, onde de 2011 até 2016 houve um aumento de 36% no número de óbitos em ambas regiões. Além disso, a faixa etária de 70 a 79 anos na região norte sofreu um aumento de 79% (24 óbitos em 2011 e 43 óbitos em 2016). A proporção entre homens e mulheres manteve-se constante com uma variação de 64% a 71% no sexo masculino e 29% a 36% no sexo feminino em todas as regiões durante os 6 anos. O câncer de bexiga representa 1,2% do total de óbitos por neoplasia na região Norte, 1,4% na região nordeste, 2% na região sudeste, 1,9% na região sul e 1,8% na região centro oeste.</p> <p>CONCLUSÕES: Na maioria dos estudos publicados acerca desse tipo de tumor observa-se predomínio na faixa etária acima dos 60 anos e sua raridade abaixo dos 30 anos. Segundo a literatura esse tipo de tumor é mais prevalente em homens no Brasil e no mundo, o que condiz com a pesquisa em questão. A maior quantidade de óbitos nas regiões sudeste é característica do Brasil para neoplasias malignas no geral o que é justificado pelo número de habitantes da região. O número de mortes crescentes seguem o padrão brasileiro para maioria das doenças neoplásicas. Apesar de não ser um dos cânceres mais prevalentes, a mortalidade por câncer de bexiga vem aumentando anualmente.</p>	<p>PO 750-2</p> <p>AVALIAÇÃO DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR UROLITÍASE NO BRASIL</p> <p>ANGELO LUÍS TONON SANTANA, CAIO FELIPE THOMAZIN PANICIO, FILIPE RIBEIRO BOARETTO, ANDRÉ FELIPE CORTEZ MENDES, OCTAVIO FACHIN FARINASSE, KAREN POMPEI BRUNERI, HIGOR MALUTA, MATHEUS HENRIQUE RODRIGUES BRITO</p> <p><i>UNOESTE - Presidente Prudente - Sao Paulo - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil das internações por urolitíase no Brasil nos anos de 2013 a 2017, observar a relação da patologia com o sexo, idade e sua prevalência no período de 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico e descritivo. O levantamento de dados deste estudo ocorreu a partir de resultados obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) no período de 2013 a 2017. A revisão de literatura ocorreu através das bases de dados dos portais PubMed e SciELO</p> <p>RESULTADOS: A urolitíase é uma das doenças mais frequentes do trato urinário. Uma condição mórbida associada com a formação ou presença de cálculos em qualquer parte do aparelho genito-urinário. Os cálculos são agregados de cristais e matriz, formados quando a urina torna-se supersaturada com substâncias cristalogênicas, que geralmente ocorre por: excesso de solutos; diminuição da ingestão hídrica; e inibição da cristalização. No Brasil, foram registradas 370.666 internações por urolitíase, com predomínio na região Sudeste, seguida pela região Sul, com respectivamente 176.968 e 72.055 internações. Já a região Norte, foi a menos predominante, com 20.137 casos. Houve um predomínio geral pelo sexo masculino, com 50,07% das internações, porém no Sudeste, os registros pelo sexo feminino foram maiores, com 50,40%. A faixa etária mais acometida foi entre 30 a 39 anos, com 83.173 casos (22,43% das internações totais), seguida pela faixa etária entre 40 a 49 anos, com 79.097 casos (21,33%), enquanto a menos acometida foi entre os menores de 1 ano, com apenas 302 casos (0,08%). 2017 foi o ano com maior índice, com 79.636 internações, 16,58% a mais que em 2013, do qual foi ano com menos registros, sendo 68.308 internações. Dos 370.666 casos, 0,34% evoluíram a óbito, com predomínio em 2016 (284 óbitos), e sendo o Sudeste a região com mais óbitos ao longo dos 5 anos (624).</p> <p>CONCLUSÕES: A urolitíase é uma condição mórbida associada com a presença de cálculos formados quando a urina torna-se supersaturada com substâncias cristalogênicas, e podem acometer qualquer parte do trato urinário. O perfil predominante da doença no Brasil foi representado por um homem entre 30 e 39 anos, morador da região Sudeste. No período de 5 anos, houve um aumento das internações em 16,58%, identificando a importância do tratamento, além da necessidade de políticas que possam auxiliar no combate à diminuição da incidência e na melhora da qualidade de vida dos enfermos.</p>

PO 752-2	PO 753-1
<p>ANÁLISE COMPARATIVA DA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA VERSUS VASECTOMIA NO TERRITÓRIO BRASILEIRO</p> <p>Iago Moura Aguiar, Alfredo Aurelio Marinho Rosa Filho, Cicero Felipe Paes de Araujo Costa, Igor Leão Gomes Leahy, Olimpio Barbosa Da Silva Neto, Fernanda Helena Baracuh da Franca Pereira, Gabriela Conceição Gomes, José Leidson de Almeida Holanda</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Efetuar um comparativo dos procedimentos efetivados para esterilização através da laqueadura tubária versus vasectomia, nos últimos 11 anos, levando em consideração os quesitos de caráter de atendimento, grupo procedimento, grau de complexidade e a distribuição geográfica.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico descritivo com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) entre 2008 e 2018, associado a revisão de literatura nas bases de dados SCIELO, PubMed e MedLine.</p> <p>RESULTADOS: De novembro de 2008 a novembro de 2018, foram notificadas um total de 273.371 internações hospitalares para realização de vasectomia. Destas, o maior número de internações encontrado foi de 153.914 (56,3%) na região Sudeste, enquanto que a região Norte apresentou o menor número de internações com 5.660 (2%). Registraram-se ainda 251.325 (91,9%) internações sob o caráter de atendimento eletivo. Notou-se 1 óbito para este procedimento. O valor total gasto para este procedimento registrado foi de R\$95.599.772,20. Já a média de permanência para sua realização neste período é de 0,3. Com relação a laqueadura tubária, no mesmo período, foram notificadas 378.925 internações hospitalares. Destas, o maior número de internações encontrado foi de 164.980 (43,5%) na região Sudeste, enquanto que a região Norte apresentou o menor número de internações com 24.305 (6,4%). Registraram-se ainda 328.410 (86,6%) internações sob o caráter de atendimento eletivo. Foram encontrados 11 óbitos para este procedimento. O valor total gasto para este procedimento registrado foi de R\$143.524.198,70. Já a média de permanência para sua realização neste período foi de 1,3.</p> <p>CONCLUSÕES: A crescente busca por métodos anticoncepcionais cirúrgicos entre os brasileiros se torna cada vez mais evidente. Visto que, o índice de mortalidade, tempo hospitalar, número de internações e investimento foram maiores na laqueadura comparado a vasectomia, principalmente, na região sudeste. No entanto, é necessário observar o número de subnotificações existente em diversas regiões, devido ao caráter ascendente do número de esterilizações.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA DIVERTICULAR NO BRASIL NO ANO DE 2018</p> <p>Brenda Hosama Oliveira Coelho, Hélder Costa Ikegami, Fernanda Santos Aguiar, Jessika Araujo Ferreira, Pedro Heinrich Oliveira Campos, Amanda Santos Duarte, Camila Pantoja Azevedo</p> <p><i>UFPA - Belém - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico de internações por doença diverticular no Brasil no ano de 2018. Segundo a organização mundial de gastroenterologia, 75% dos tipos de doença diverticular são simples, ou seja, sem complicações; enquanto 25% apresentam abscessos, fístulas, obstruções e peritonite, necessitando de intervenção cirúrgica como tratamento. É mais frequente em pessoas mais velhas, com apenas 2 a 5% dos casos ocorrendo abaixo dos 40 anos. Acima dos 80 anos, a prevalência chega a alcançar uma porcentagem de 65%. A cirurgia é frequentemente o tratamento de escolha para pacientes jovens sintomáticos, aproximadamente 50%, comparado a 30% de sintomático sem um grupo com diversas faixas etárias. Diante disso, o estudo foi realizado buscando identificar o perfil de internações por complicações da doença diverticular no País.</p> <p>MÉTODO: O estudo se deu a partir da análise de dados disponibilizados no departamento de informática do sistema único de saúde do Brasil (DATASUS) e no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Na pesquisa foi analisado o número de internações por doença diverticular em todas as regiões do Brasil no ano de 2018. Os resultados foram agrupados em tabelas que relacionavam o número de internações por região com o sexo e as faixas etárias de maior e menor prevalência, excluindo do estudo os casos que evoluíram a óbito.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, no ano de 2018, foram documentadas 9.080 internações por doença diverticular. O Sudeste foi a região de maior prevalência, com 5488 casos, o que corresponde a 60,44% do total, seguido do Sul, com 1949(21,46%), Nordeste com 874(9,62%), centro Oeste com 532(5,85%) e o Norte, que foi a região com o menor número de casos, sendo um total de 237 (2,6%). De acordo com o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do total de internações, 1.110 (12,11%) foram de caráter eletivo, enquanto 7.980(87,89%) foram em caráter de urgência e necessitaram de intervenção cirúrgica. De acordo com a pesquisa, o sexo feminino foi o que apresentou um maior número de internações, representando 4860 do total de 9080. Em relação à prevalência por faixa etária, foram analisados dados de pacientes de 1 a 80 anos; observou-se um maior índice de internação por doença diverticular entre 60 e 69 anos, com um total de 2.284, seguido da faixa etária de 70 a 79 anos, com 1949 casos; enquanto a menor taxa foi encontrada entre 10 e 14 anos, um total de 27 internações nessa faixa etária, o que atenta para a idade como um fator de risco para a doença diverticular.</p> <p>CONCLUSÕES: Dessa forma, conclui-se que internações por complicação da doença diverticular no Brasil, no ano de 2018, ocorreram principalmente com mulheres, indivíduos residentes na região sudeste e pessoas com idades avançadas, atentando para faixa etária e sexo como fatores de risco.</p>
<p>PO 755-1</p> <p>AValiação DA ESTIMATIVA DE NOVOS CASOS DE CANCER DE COLON E RETO NO BRASIL ENTRE 2016 A 2018</p> <p>Laylla Lúcia Borges Pinheiro, Meire Aparecida Jacinto Gundim, Cristiane Chaves Campos, Sara de Freitas Romão, Ítalo Brito Salera, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Thallyson Ruan Brilhante Porto, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Comparar a incidência de neoplasia colorretal de 2016 a 2018. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo. De uma forma global o câncer colorretal (CCR) é o terceiro tipo de neoplasia mais comum, atrás somente de pulmão e mama.¹ No Brasil, o CCR apresenta-se em terceiro lugar para os homens e em segundo lugar para as mulheres.² Os fatores de risco dessa doença incluem hábitos alimentares, consumo de álcool, alimentos defumados, antecedentes genéticos, polipose, doenças intestinais, dentre outros fatores. 3 Visto que ocupa um dos lugares de destaque na classificação mundial assim como no território brasileiro, há políticas de rastreamento recomendadas pelo Ministério de Saúde com objetivo, entre outras causas, de prevenir novos casos.⁴</p> <p>MÉTODO: Refere-se a uma pesquisa retrospectiva-descritiva desenvolvida a partir de consulta em que os dados foram extraídos do Ministério da Saúde, na página do Instituto Nacional de Câncer (INCA).</p> <p>RESULTADOS: A estimativa dos novos casos de CCR para o ano de 2016/2017 foi de 16.660, representando 7,8% do total de casos, para os indivíduos do sexo masculino e, para as pessoas do sexo feminino pressups-se 17.620, traduzindo-se em 8,6%. No ano de 2018/2019 houve um aumento nos números, sendo estes 17.380 (8,1%) e 18.980 (9,4%), para homens e mulheres, respectivamente.</p> <p>CONCLUSÕES: Infere-se que há um aumento significativo da doença entre os anos, devendo ser feita mais investigações para esclarecer se esse acréscimo se deve a efetividade das políticas públicas preconizadas pelo Ministério da Saúde ou se a responsabilidade é decorrente dos fatores de risco. Referências: 1- BRASIL, OPAS. Folha Informativa-Câncer, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em: 08/01/19 2- SILVA KA, et al. Association between nutritional status, ostomy time and quality of life in patients with colorectal cancer. 2018. 17 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. 4- RAMOS, R. F. Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência. Rev. Col. Bras. Cir.; vol.44, n.5, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010069912017000500465&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em:08/01/19.</p>	<p>PO 755-2</p> <p>NEFRECTOMIA PARCIAL COMO ABORDAGEM CIRÚRGICA EM PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS</p> <p>Mariany de Oliveira Gomes, Uanda Beatriz Pereira Salgado, Mariana Santos Pinto, Michaela Longoni Manfroi, Natália Francis Gonçalves Farinha, Matheus Pedrosa Tavares, Rafaela da Silva Schottz</p> <p><i>UNICEPLAC - Gama - Distrito Federal - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Evidenciar a importância da nefrectomia parcial como opção terapêutica para o carcinoma de células renais principalmente em casos de pequenas massas.</p> <p>MÉTODO: O trabalho foi estruturado como uma revisão de literatura em que foram utilizados artigos científicos da base Scielo e publicações na Revista de Ciências Médicas e Biológicas, datados entre os anos de 2006 a 2017.</p> <p>RESULTADOS: O carcinoma de células renais (CCR) representa cerca de 3% dos tumores malignos em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 100.000 mortes por ano. Segundo o primeiro Estudo Nacional sobre Câncer de Rim do Brasil, a doença é mais comum em homens (59%) e na raça branca (79%), com média de idade de 59 anos. A variante "células claras" é o seu subtipo mais frequente, correspondendo a 75% dos CCR. Além disso, aproximadamente 70% das massas diagnosticadas são pequenas massas renais (PMR), tendo menos de 4 centímetros e indicando um estágio precoce. No passado, as PMR eram tratadas através da nefrectomia radical (NR), dessa forma, o rim afetado e a fásia de Gerota eram removidos em sua totalidade. Contudo, hoje procura-se alcançar a cura minimizando o dano, sendo assim, sempre que possível é realizada a excisão completa do tumor preservando ao máximo a função renal. Isso pode ser obtido através da nefrectomia parcial (NP), nesse tipo de cirurgia busca-se a remoção da parte do rim afetada pelo tumor bem como dos tecidos adjacentes a mesma, preservando os néfrons restantes. Em comparação com a nefrectomia radical, essa técnica cirúrgica tem como vantagens manter a função renal ou parte da mesma, diminuir a mortalidade associada a este tipo de patologia e diminuir também os acidentes cardiovasculares associados. De uma forma geral, as indicações da NP podem ser classificadas em eletivas, absolutas e relativas. As indicações eletivas incluem tumores periféricos e tumores renais com menos de 4cm de diâmetro, independentemente da condição do rim contralateral. As indicações absolutas referem-se a situações em que o paciente ficaria anatômica ou funcionalmente anéfrico com a realização da NR. Já as indicações relativas incluem aquelas condições que podem influenciar futuramente a função renal do rim contralateral, como nefrolitíase ou refluxo vesoureteral. Além disso, a estimativa da perda de volume renal poderá ser útil em prever a sua função após a NP, visto que, o volume de parênquima perdido parece relacionar-se com a perda de função meses após a cirurgia e, desta forma, auxiliar também na programação da abordagem terapêutica.</p> <p>CONCLUSÕES: A cirurgia é, até o momento, o tratamento mais efetivo para o carcinoma de células renais, sendo também utilizada como tratamento paliativo em alguns casos de tumores metastizados. Por isso, é de extrema relevância realizar a análise da nefrectomia parcial como opção cirúrgica, visto que através desta, principalmente em casos de PMR, é possível promover menor impacto a saúde do paciente sem minimizar a eficácia terapêutica.</p>

<p style="text-align: center;">PO 756-2</p> <p>PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CÂNCER DE PRÓSTATA E A REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA COMO TRATAMENTO NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2017</p> <p>LUANNA LEITE, CAIO PANICIO, GABRIELA MOREIRA, DIOGO BORGES, LARISSA LEITE, PEDRO BRITTO, THALES MATOS, ANGELO SANTANA</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA - OLINDA - Pernambuco - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar o perfil das internações por câncer de próstata nas regiões brasileiras no período de 2013 a 2017, identificar as regiões mais prevalentes; a relação com a idade, etnia, o caráter de atendimento (urgência ou eletivo); o regime do procedimento (público ou privado), número de procedimentos e a taxa de mortalidade no período de 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico e descritivo. O levantamento de dados deste estudo ocorreu a partir de resultados obtidos através das Informações de Saúde (TABNET) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) no período de 2013 a 2017. A revisão de literatura ocorreu através das bases de dados dos portais PubMed e SciELO.</p> <p>RESULTADOS: No Brasil, ocorreram 144.440 internações por CA de próstata e 15.571 prostatectomias em oncologia. A região Sudeste apresentou os maiores registros em ambos os casos com 75.663 (52,38%) e 7.048 (45,26%), respectivamente. A região com menor número geral em ambos foi a região Norte, com 3.837 (2,65%) e 257 (1,65%), respectivamente. A faixa etária com maior prevalência de CA foi entre 60 a 69 anos (38,45%), seguida pelos de 70 a 79 anos (31,55%). Já a etnia que se destacou com maior número de neoplasia maligna de próstata foi a Branca (38,32%), seguida pela Parda (36,8%), e com o menor número a etnia Indígena (0,01%). Considerando as prostatectomias, 80,20% foram eletivas e 19,79% de urgências. Além disso, em 43,56% das cirurgias registradas, o regime em que foi realizado foi ignorado. O restante, 39,09% ocorreu em regime privado, e 17,33% em público. A taxa de mortalidade desse procedimento cirúrgico nos 5 anos foi de 0,46, destacando-se com a maior taxa no Norte, com 1,17 e com a menor, de 0,11, no Centro-Oeste.</p> <p>CONCLUSÕES: O perfil das internações por câncer de próstata no Brasil consiste num homem Branco entre 60 a 69 anos, morador da região Sudeste. Foi identificado que apenas 10,78% das internações obtiveram intervenção cirúrgica, sendo a maioria eletiva e em sistema privado. Visto também que a maior taxa de mortalidade se encontra na região Norte, evidenciando a necessidade de uma maior atenção do Governo nessa região, além de medidas políticas e sociais para uma melhor qualidade de vida dessa população.</p>	<p style="text-align: center;">PO 758-2</p> <p>ANÁLISE QUANTITATIVA DAS CAUSAS DE CIRURGIAS UROGENITAIS REALIZADAS NO HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE MACAPÁ OSVALDO CRUZ NO PERÍODO DE 2015 A 2017</p> <p>Eiton Gustavo Boralli Ribeiro, Cláudia Guerra Xavier da Silva, Naiara Lorrani Silva de Lima, Nalisson Marques Pereira, Rogério Paulo Bitencourt Ianches</p> <p><i>Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente estudo objetiva caracterizar e quantificar as causas e os procedimentos realizados nas cirurgias urogenitais realizadas no Hospital de Emergências de Macapá-AP no período de 2015 à 2017. Por meio desse estudo será possível delinear um panorama das cirurgias urogenitais realizadas no período analisado, além de servir como instrumento para a construção de protocolos para melhorar a organização dos serviços do hospital.</p> <p>MÉTODO: Estudo transversal e retrospectivo de abordagem quantitativa com dados obtidos do livro de registro de cirurgias e livro de registro cirúrgico da enfermagem do Hospital de Emergências Osvaldo Cruz localizado na cidade de Macapá no estado do Amapá.</p> <p>RESULTADOS: Foram realizados 60 procedimentos cirúrgicos urogenitais no período analisado, sendo 11 no ano de 2015, 21 no ano de 2016 e 28 no ano de 2017. Dos 60 pacientes, 58 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Os dois casos em pacientes mulheres corresponderam ao trauma abdominal penetrante por projétil de arma de fogo e litíase renal. Dentre as causas avaliadas e os procedimentos cirúrgicos realizados, foram registrados 24 casos de Retenção urinária aguda (Bexigoma) associada à Hiperplasia prostática com realização de Cistostomia; seguido de 08 casos de Síndrome de Fournier com Desbridamento cirúrgico; 07 casos de Trauma abdominal penetrante por projétil de arma de fogo com Laparotomia exploradora. 04 casos de Torção testicular por atividade física, 04 casos de Trauma testicular contuso e 02 casos de Trauma de bolsa escrotal seguidos de Orquiectomia. 01 caso de Trauma peniano penetrante por projétil de arma de fogo com realização de Cistorrafia, uretrorrafia e penisrrafia; 01 caso de Fratura peniana por atividade sexual com Reconstrução de corpo cavernoso; 01 caso de Trauma peniano por atividade física com Reconstrução peniana e penisrrafia; 01 caso de Trauma peniano contuso com Uretroplastia; 01 caso de Laceração contusa genital inguinal com Reconstrução e rafia; 01 caso de Parafimose com Postectomia; 01 caso de Trauma de bexiga por lesão contusa com Reconstrução e cistorrafia; 01 caso de Litíase renal com conduta não especificada; 01 caso de Trauma sacral penetrante por projétil de arma de fogo com Uretorrafia e orquidopexia; 01 Trauma peniano lacerante com Reconstrução peniana e penisrrafia e 01 Trauma abdominal e pélvico com Cistorrafia.</p> <p>CONCLUSÕES: Consta-se que os tipos de cirurgias realizadas entre 2015 a 2017 seguiram as tendências de causas clínicas com prevalência em pacientes do sexo masculino e de causas externas intencionais e não intencionais a nível nacional, estando principalmente relacionadas ao aumento dos acidentes e da violência na cidade de Macapá. Além disso, pode-se observar que as técnicas utilizadas nos procedimentos cirúrgicos são condizentes com as recomendadas pela literatura médica.</p>
<p style="text-align: center;">PO 768-2</p> <p>COMPARAÇÃO DAS PRINCIPAIS ABORDAGENS TERAPEUTICAS PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA</p> <p>Karem Yapuck Pereira de Almeida, Victor Reis Santos, Bruno Melo Genê Santiago, Anna Alice de Paula Marinho, Alfredo José Dixini</p> <p><i>Centro Universitário de Patos de Minas - PATOS DE MINAS - Minas Gerais - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Identificar os fatores intrínsecos ao Câncer de Próstata e ao paciente que demonstrem a melhor abordagem terapêutica para os diversos momentos de diagnóstico da neoplasia.</p> <p>MÉTODO: Revisão nas bases de dados BVS/BIREME, LILACS, MEDLINE e SciELO, utilizando os termos: "Câncer da Próstata", "Abordagens Terapêuticas" e "Recidiva".</p> <p>RESULTADOS: O câncer de próstata (CaP), segundo o INCA, é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o segundo entre a população masculina brasileira. Assim, verifica-se a importância dos estudos que demonstrem a melhor abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação. A indicação da Prostatectomia Radical (PTR) é o procedimento padrão-ouro para o tratamento de CaP localizado. No entanto, outras propostas de tratamento se mostram interessantes de acordo com o momento do diagnóstico da neoplasia. Entre elas a Radioterapia, Braquiterapia e Hormonioterapia. Ao referir-se ao rastreamento do CaP ou de sua suspeita, tem-se como ferramentas o exame de toque retal, a dosagem de PSA (Antígeno Prostático Específico), a biópsia da próstata e a ultrassonografia dessa. Assim, havendo a confirmação da presença do CaP, deve-se planejar qual o tratamento mais adequado ao momento, atentando-se a fatores tais como idade, estado de saúde do paciente, gravidade dos sintomas, grau histológico, estágio do tumor e a agressividade desse, compreendida pelo escore de Gleason. A PTR é considerada o padrão ouro para tratamento da referida moléstia, mas nem sempre é a escolha feita pelo médico e/ou paciente, pois implica em infertilidade e há a possibilidade de danos como disfunção erétil e incontinência urinária. Além desses fatores, tem-se que considerar o estágio do tumor, pois caso este não esteja localizado, a escolha da intervenção cirúrgica implica na associação de outra modalidade de tratamento. A intervenção cirúrgica pode ser realizada via suprapúbica ou perineal. A via perineal é considerada mais rápida e tem menor custo, no entanto o método de escolha para realização da PTR tem sido a via suprapúbica devido a menor ocorrência de fístulas urinárias, lesão de reto e também devido à impossibilidade de acesso à realização de linfadenectomia pélvica através da perineal. A Radioterapia pode ser externa ou através da braquiterapia, recomendada em pacientes de risco baixo e intermediário. A Hormonioterapia raramente é utilizada como terapia única. Na doença avançada o tratamento monoterápico é geralmente ineficaz. As melhores opções de tratamento incluem a combinação do bloqueio hormonal e cirurgia radical; radioterapia externa ou cirurgia radical seguida de radioterapia.</p> <p>CONCLUSÕES: O CaP é uma enfermidade dotada de peculiaridades no que concerne à escolha do tratamento, desta forma, deve-se avaliar o paciente e sua doença em sua integralidade a fim de obter os melhores resultados.</p>	<p style="text-align: center;">PO 769-2</p> <p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA DE 2012 A 2016, NA PARAIBA</p> <p>MARCELA ROLIM DA CRUZ, Stéfany Lima Pontes, Tábata Silva Ramos, Natália Gondim Cavalvanti, Rafael Almeida de Almeida, Silvanio Araújo do Ó Filho, Julie Catherine Neves Guimarães da Costa</p> <p><i>FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Compreender a evolução temporal da mortalidade por câncer da bexiga, na Paraíba, no período de 2012 a 2016.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se um estudo transversal retrospectivo coletado por meio do banco de dados do Sistema de Informações e Mortalidade (SIM) disponível online no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com as seguintes variáveis: ano, faixa etária e sexo.</p> <p>RESULTADOS: O câncer de bexiga é uma das neoplasias mais comuns do trato urinário e o nono tipo mais incidente, em nível mundial. Na Paraíba, foram rastreados 252 óbitos por neoplasia maligna da bexiga, no intervalo de 2012 a 2016. Quando comparado por sexo, nos homens que possuem o câncer, ocupa a sexta posição, no mundo, em seguida aos de pulmão, próstata e colorretal; já nas mulheres, é o 19º mais frequente, mais comumente em países desenvolvidos. O que corrobora com o estudo que constata que 151 pessoas (59,9%) que foram a óbito pertencem ao sexo masculino e 101 (40,1%) ao sexo feminino. Ao falar em fator de risco tem visto que idade avançada são o grupo com maior probabilidade de desenvolver esse tipo de câncer, além da exposição a diversos compostos químicos e do tabagismo que pode aumentar o risco de uma pessoa ter câncer de bexiga e está associado à doença em 50-70% dos casos. Quanto a faixa etária, entre 20 e 29 anos houve 1 óbito. Entre 30 e 39 anos, 4 óbitos. Entre 40 e 49 anos, 9 óbitos. Entre 50 e 59 anos, 22 óbitos. Entre 60 e 69 anos, 58 óbitos. Entre 70 e 79 anos, 69 óbitos. E de 80 anos em diante houve 90 óbitos. E por fim, em relação aos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 tiveram respectivamente 47, 58, 45, 46 e 56 óbitos. O que constata o aumento dos casos no decorrer dos anos, com exceção do ano de 2014.</p> <p>CONCLUSÕES: Diante do estudo, entende-se que o câncer de bexiga na Paraíba possui um perfil de mortalidade composto pelo sexo masculino e população idosa, grupo mais susceptível a esse tipo de câncer já que o tabagismo, fator de risco para essa doença, é mais prevalente em homens.</p>

PO 771-2	PO 773-2
<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM CRIPTORQUIDIA NO BRASIL, ENTRE 2014 A 2018.</p> <p>JÉSSIKA ARAÚJO FERREIRA, LUCAS EMANNUEL DOS SANTOS BORDALLO, CAMILA PANTOJA AZEVEDO, ANTONIO VITOR DA SILVA FREITAS, MURILO EDUARDO SOARES RIBEIRO, PAOLA DOS SANTOS DIAS, RUI WANDERLEY MASCARENHAS JUNIOR</p> <p><i>CENTRO UNIVERSITARIO DO ESTADO DO PARÁ - BELÉM - Para - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A criptorquidia é a malformação urológica congênita, com uma incidência de 1% a 2% entre o terceiro e o décimo segundo mês de vida, sendo mais prevalente em crianças prematuras. Apresenta como principais consequências, infertilidade, possibilidade de malignização futura do testículo, bem como possíveis distúrbios de imagem da criança e adolescente. Nesse contexto, o presente estudo foi realizado para identificar o perfil epidemiológico de pacientes internados com criptorquidia nos estados brasileiros no período de 2014 a 2018.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico e descritivo baseado nos dados disponíveis pelo DATASUS, através do Sistema de Informações Hospitalares – SIHSUS, dos anos de 2014 a 2018. As informações captadas foram anexadas em tabelas para melhor compreensão e posterior análise. As variáveis abordadas são idade e o tipo de internação.</p> <p>RESULTADOS: Segundo os dados do SIHSUS, no Brasil, no ano de 2014 houve 8.590 casos de criptorquidia, sendo a maior porcentagem encontrada na região sudeste 4.158 com internações de maioria eletiva, cerca de 6.765. Essa proporção por região e do caráter eletivo da internação se manteve constante entre os anos de 2014 a 2018. Sendo que em 2015 houve um total de 8.472 internações, com a maior concentração na região sudeste, 4.160 pacientes, e de maioria eletiva 6.605. Em 2016 houve 8.625 casos de internação no país, a maior concentração ficou na região sudeste em 4.280 de maioria eletiva, cerca de 6545. Em 2017, o número de internações foi de 9.445 com a maior concentração na região sudeste, cerca de 4.731, e o número de internações eletivas também foi maior que o de urgência, com 7.246. Por fim, no ano de 2018 houve 10.677 internações por criptorquidia, com o sudeste sendo a região com o maior número de internações, cerca de 5.280, com grande maioria de caráter eletivo – 8.419 internações. Em relação à proporção de idades das internações, todas permaneceram com o maior número de internações entre a faixa de 1-4 anos, sendo que em 2018 houve cerca 4.250, em 2017 ocorreram 3.697 casos, em 2016 foram registrados 3.375 casos, em 2015 houve 3.341 e em 2014 registraram-se 3.231 internações de criptorquidia.</p> <p>CONCLUSÕES: A partir do exposto neste trabalho, conclui-se que durante o período de 2014 a 2018, o número de internações por criptorquidia aumentou, sendo que sua concentração maciça ocorreu na região sudeste e em caráter eletivo, na sua grande maioria. Além disso, cabe ressaltar que a faixa etária onde houve o maior número de internações foi entre 1-4 anos, respeito o proposto por muitos estudos que afirmam essa prevalência nesse período.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM UROLITÍASE EM BRASÍLIA-DF ENTRE JANEIRO DE 2013 E NOVEMBRO DE 2018</p> <p>Nathalia Tararam Zanetti, Kelvin Mendes Carvalho, Tatiane Torquato Silva Rodrigues, Cristiane Chaves Campos, Ítalo Brito Salera, Brenda Caroline da Silveira Dias, Rayana Vaz Manzi, Celso Rocha da Silva</p> <p><i>Universidade de Gurupi - UnirG - Gurupi - Tocantins - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes internados com urolitíase em Brasília-DF entre janeiro de 2013 e novembro de 2018, identificando sua prevalência quanto à idade, sexo e caráter de atendimento, a fim de colaborar na elaboração de estratégias e metas de prevenção da litíase renal na população desta região.</p> <p>MÉTODO: Estudo epidemiológico retrospectivo através da coleta de dados das internações decorrentes de urolitíase, registradas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) entre o período de janeiro de 2013 e novembro de 2018, realizou-se análise estatística descritiva das variáveis sexo, idade e caráter de atendimento através do programa Microsoft Excel 2016.</p> <p>RESULTADOS: A urolitíase foi responsável por 6.262 internações em Brasília-DF no período analisado, sendo a faixa etária dos 30 aos 39 anos a mais prevalente representada por 25,55% das internações, seguida por 21,89% na idade entre 40 e 49 anos; 17,45% entre 20 e 29 anos; 15,68% dos 50 aos 59 anos; 7,87% entre 60 e 69 anos; 4,53% dos 15 aos 19 anos; 2,84% entre 70 e 79 anos e 1,75% dos 10 aos 14 anos. O sexo feminino foi o mais acometido na faixa etária dos 10 aos 39 anos, ao passo que o sexo masculino foi o mais prevalente nas internações de pacientes entre 40 e 79 anos; sendo que dos 10 aos 14 anos 52,72% eram mulheres e 47,27% homens; entre 15 e 19 anos foram 62,32% do sexo feminino e 37,67% masculino; dos 20 aos 29, 57% mulheres e 43% homens; 30 a 39 anos, 51% sexo feminino e 49% masculino; já entre 40 e 49 anos foram 51,49% homens e 48,5% mulheres; dos 50 aos 59 anos, 55,09% do sexo masculino e 44,9% feminino; entre 60 e 69 anos, foram 61,05% homens e 38,94% mulheres e dos 70 aos 79 anos, 65,73% eram do sexo masculino e 34,26% do feminino. As internações em caráter de urgência representaram 72,26% dos casos, frente aos 27,73% que tiveram caráter eletivo.</p> <p>CONCLUSÕES: O presente trabalho, além de esclarecer a maior prevalência da urolitíase em jovens adultos entre 30 e 39 anos, chama a atenção ao contrapor a literatura no momento em que correlaciona as variáveis sexo e idade demonstrando que, em Brasília-DF, na faixa etária entre 10 e 39 anos, as mulheres são as mais acometidas e apenas entre 40 e 79 anos os homens apresentam mais episódios. Desta forma, este estudo colabora grandemente ao se traçar estratégias e metas de prevenção contra a litíase renal na Capital Federal, a qual pode ser, na maioria dos casos, prevenida com alterações nos hábitos de vida, tais como dieta hídrica e nutrição adequadas, sendo necessária a integração da prevenção da urolitíase na atenção primária à saúde, o que renderia menos internações a longo prazo e menor dispêndio do erário público, haja vista a esmagadora maioria das internações em caráter de urgência.</p>
<p>PO 779-2</p> <p>SOBREVIDA PÓS-PROSTATECTOMIA: ANÁLISE MULTIVARIÁVEL DE 415 PACIENTES OPERADOS EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO.</p> <p>Phillipe Abreu, Flavio Daniel Saavedra Tomasich, Ronald Kool, Raphaella Ferreira, Guilherme Augusto Polaquini, Vitoria Diana Mateus Almeida Gonçalves, Thamyle Moda Santana Rezende, Danilo Saavedra</p> <p><i>Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Parana - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar os resultados cirúrgicos e oncológicos das prostatectomias radicais, estabelecendo fatores de riscos para o procedimento cirúrgico e fatores prognósticos para a sobrevida a global.</p> <p>MÉTODO: (GPO – HEG: Grupo de Pesquisa em Oncologia) Hospital Erasto Gaertner, Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Curitiba – Paraná. Estudo descritivo retrospectivo comparativo. Para pacientes com Câncer de Próstata submetidos a Prostatectomia Radical durante o período de jan-2009 a Dez-2015 no Hospital Erasto Gaertner de Curitiba-PR. Os dados foram submetidos a diversas análises estatísticas, o suporte destas análises foi dos programas SPSS 23.0 e STATA 15, sendo $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo.</p> <p>RESULTADOS: A idade mediana do grupo foi 65 anos, a maioria dos pacientes apresentavam bom estado geral, Performance Status 0 em 205 (54,7%) casos. História familiar de câncer foi relatada em 63 (24,5%) casos. A avaliação da próstata no toque retal foi normal em 144 (34,7%) pacientes. Valor médio do PSA, na avaliação inicial, de 9,2 ng/ml. Já o PSA médio após o tratamento cirúrgico foi de 0,22 ng/ml. Mantiveram PSA inferior a 0,2 ng/ml após a cirurgia 170 (48,6%) pacientes. A classificação de Gleason inicial foi igual ou menor que 6 em 260 (62,7%) pacientes, e em 155 (37,3%) pacientes foi maior que 6. A mesma avaliação realizada após tratamento, demonstrou 141 (34%) e 274 (66%) respectivamente. Os tumores estavam confinados a próstata em 268 (64,6%) casos. A vesícula seminal estava infiltrada por tumor em 52 (12,7%) casos. O procedimento operatório foi realizado pela via Aberta na grande maioria dos casos 384 (92,5%), apenas 31(7,5%) por via Laparoscópica. A sobrevida global em 5 anos foi de 95,4%. Análise univariada mostrou como fatores de risco para pior prognóstico tumores com invasão extra capsular, margens cirúrgicas comprometidas, invasão de vesículas seminais, linfonodos positivos e Gleason acima de 6. Na análise multivariada apenas a invasão extra capsular e o Gleason acima de 6 se mostraram significativos. Quanto a complicações a longo prazo (1 ano) após o procedimento, constatamos 40 (9,9%) de Incontinência Urinária, 69 (17,6%) Distúrbio Erétil e 4 (1%) de Estenose de Uretra.</p> <p>CONCLUSÕES: Invasão extra-prostática e grau de diferenciação tumoral acima de Gleason 6 representam os principais fatores influenciadores da sobrevida pós-prostatectomia.</p>	<p>PO 782-1</p> <p>MUCOCELE DE APÊNDICE, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: REVISÃO DE LITERATURA.</p> <p>Douglas Marques Ferreira de Lima, Heron Kairo Sabóia Sant’Anna Lima, Nayra Marques Pinheiro, Aprígio Sant’Anna Lima Neto, Bárbara Aristides Felício, Afonso Nonato Goes Fernandes, Rodrigo Teófilo Parente Prado, Lara Poti Nobre</p> <p><i>Unifor - Fortaleza - Ceara - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A mucocèle de apêndice é uma condição rara presente em até 0,4% dos pacientes submetidos à apendicectomia, possui quadro clínico variado, podendo até mesmo ser assintomática. A utilização de métodos diagnósticos de imagem é por vezes imprecisa, sendo a maioria dos casos diagnosticados no período transoperatório. Dessa forma, objetivamos demonstrar os principais desafios diagnósticos por meio de uma revisão de literatura.</p> <p>MÉTODO: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google Acadêmico e PubMed, através dos descritores “Mucocèle de Apêndice”.</p> <p>RESULTADOS: A mucocèle de apêndice possui um quadro clínico com sintomas de dor abdominal, principalmente em quadrante inferior direito, tendo sua intensidade e duração variáveis, presença de massa palpável em fossa ilíaca direita e emagrecimento, a patologia pode-se apresentar oligossintomática ou até mesmo assintomática. Em adição, exames de imagem, como a tomografia computadorizada, ultrassonografia, colonoscopia e ressonância magnética podem ser úteis ferramentas de auxílio diagnóstico, apesar de que em apenas 40% dos casos essa morfologia característica é dada no período pré-operatório, visto que os achados nesses exames nem sempre são indicativos de mucocèle de apêndice. Na ultrassonografia, o principal achado seria a presença de uma massa cística com ecogenicidade interna variável. A respeito da Tomografia Computadorizada, o principal achado seria a presença de uma massa abdominal encapsulada, com paredes regulares e lisas, que seria vista no quadrante inferior direito. Logo, torna-se difícil a diferenciação entre a mucocèle de apêndice e uma apendicite não complicada ou um tumor ovariano. O diagnóstico prévio desta patologia é de grande importância para definir a conduta adequada, uma vez que o tratamento e o planejamento cirúrgico serão melhor elaborados e planejados, já que a manipulação inadequada durante o ato operatório pode levar ao extravasamento de mucina na cavidade peritoneal, trazendo malefício para o paciente.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, a mucocèle de apêndice é uma patologia rara, com apresentação clínica variável e que raramente é diagnosticada de maneira eficaz no pré-operatório, mesmo quando se lança mão de métodos complementares avançados. Neste contexto, os exames de imagem, apesar de poderem auxiliar no diagnóstico, não raramente falham em evidenciar ou pelo menos gerar suspeição quanto a tal etiologia. Diante da grande importância do diagnóstico pré-operatório para a definição da conduta adequada, é essencial que sempre se leve em conta tal afecção como uma das hipóteses diagnósticas, visando assim aumentar o índice de suspeição quando deparar-se com esses pacientes e diminuir os atrasos diagnósticos e, consequentemente, terapêuticos.</p>

PO 790-2	PO 793-2
<p>REVISAO LITERARIA DO MANEJO DA SINDROME DE FOURNIER: A NECESSIDADE DA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO</p> <p>Marcelle Baracuh Sodré de Mello, Ana Luísa Malta Dória, Sabrina Bastos E Costa, Paloma Oliveira Matos, Thaynara Maria Honorato Muniz, George Harley Cartaxo Neves Filho, Beatriz Camargo Sodré, Karoline Rodrigues Costa Araújo</p> <p><i>Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: O presente trabalho visa explicar a conduta terapêutica da Síndrome de Fournier com um enfoque cirúrgico, a fim de analisar as abordagens que resultam em um melhor prognóstico, além de expor a necessidade de um protocolo para tratamento dessa enfermidade.</p> <p>MÉTODO: Realizou-se uma revisão de literatura apoiada na busca eletrônica de periódicos coletados nas bases de dados: Scielo, MEDLINE e Google acadêmico, entre os anos de 2014 e 2018 nos idiomas português e inglês.</p> <p>RESULTADOS: A Síndrome de Fournier ou Gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante do perineo e da parede abdominal, caracterizada por uma endarterite obliterante dos vasos subcutâneos, que provoca isquemia e trombose vascular, resultando em necrose dos tecidos circundantes, com áreas expostas mais susceptíveis à disseminação de microrganismos aeróbios e anaeróbios. Trata-se de uma patologia a qual acomete indivíduos, sobretudo, do sexo masculino, entre 40 e 50 anos, que apresentam comorbidades associadas, principalmente diabetes mellitus. O quadro clínico é caracterizado por dor intensa, bolhas, e eritema, que evolui para feridas. Sabe-se que o diagnóstico precoce é imprescindível, uma vez que a taxa de necrose fascial aumenta 2 a 3cm por hora, consistindo o tratamento em antibioticoterapia de amplo espectro, desbridamento cirúrgico e manutenção da estabilidade hemodinâmica. A conduta cirúrgica inicial é a remoção do tecido necrótico e desvitalizado, sendo necessárias cerca de 3 a 4 operações para controle da infecção. O tratamento da lesão pode ainda ser feito pela terapia por pressão negativa (TPN), que apresenta melhores resultados quando comparada aos curativos convencionais. Outra modalidade satisfatória é a terapia de oxigênio hiperbárico (TOH), embora existam dúvidas relacionadas à sua eficácia. Ademais, como os principais microrganismos da gangrena de Fournier são de origem colorretal e do conteúdo fecal, os pacientes que apresentam comprometimento perineal grave próximo ao ânus têm indicação para realizar colostomia com o objetivo de reduzir o índice de infecção. Porém, estudos recentes alegam que o desvio fecal contribui para evitar contaminações e até mesmo a realização da colostomia. Logo após, utilizam-se enxertos de pele, bem como retalhos fasciocutâneos ou musculocutâneos para a reconstrução tecidual e, em seguida, há a aproximação das bordas, proporcionando melhores resultados funcionais e estéticos nas pequenas e médias lesões.</p> <p>CONCLUSÕES: Portanto, estudos evidenciaram resultados satisfatórios na associação terapêutica de antibioticoterapia e tratamento cirúrgico, em que, paralelamente, pode submeter o paciente a TPN, TOH, colostomia ou desvio fecal. Apesar disso, é notória a escassez de estudos comparativos dos resultados das associações terapêuticas da Síndrome de Fournier, que são essenciais para a criação de um protocolo unificado para seu manejo, a fim de reduzir as taxas de subdiagnóstico e de morbimortalidade.</p>	<p>ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL E PROSTATECTOMIA RETROPÚBLICA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</p> <p>Marco Aurelio Azevedo Casanova, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Leonardo Castilho, Leandro Vicente Zoehler, Amanda Prestes Valente, Alexandre Deves, Gustavo Baldino Nabinger</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Analisar a diferença entre os desfechos pós-operatórios de prostatectomia simples aberta pela técnica transvesical e retropública.</p> <p>MÉTODO: Estudo longitudinal, retrospectivo e analítico. Os dados foram coletados por meio da análise de prontuários dos pacientes submetidos à prostatectomia simples aberta pela técnica suprapúbica e retropública, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2015 e janeiro de 2017 a dezembro de 2018. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais e as variáveis quantitativas com distribuição simétrica, foram descritas pela média e o desvio padrão e as com distribuição assimétrica pela mediana e o intervalo interquartil. Foram associadas as variáveis categóricas pelo teste Exato de Fisher e as variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram comparadas pelo teste t de Student para amostras independentes. As variáveis com distribuição assimétrica foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney.</p> <p>RESULTADOS: Foram incluídos nesta pesquisa 264 pacientes, 175 foram submetidos ao procedimento Prostatectomia Retropública (PRP), e 89 submetidos ao procedimento Prostatectomia Suprapúbica ou Transvesical (PTV). 64 (24,2%) pacientes apresentaram algum tipo de complicação, destes, 37 (41,6%) submetidos a PTV e 27 (15,4%) dos submetidos a PRP. O tempo de cirurgia foi semelhante entre as técnicas, com 120min PRP e 125min para PTV. Referente ao íleo pós-operatório 33 (37,1%) dos pacientes de PTV e 19 (10,9%) dos PRP apresentaram esta complicação (p<0,001). Também, 7 (7,9%) e 3 (1,7%) dos pacientes de PTV e PRP, respectivamente, apresentaram seroma (p<0,05). Dos submetidos a PTV, 3 (3,4%) apresentaram fístula urinária e nenhuma para o PRP (p<0,05). Dos 42 pacientes submetidos a litotomia vesical no mesmo tempo cirúrgico, 30 o fizeram pela técnica PRP e 12 pela técnica PTV, do total, 10 (23,8%) tiveram algum tipo de complicação pós-operatória, visto que 2 tiveram fístula urinária e 5 a necessidade de transfusão sanguínea. Dos 24 pacientes submetidos a diverticulectomia vesical no mesmo ato operatório, 4 deles foram submetidos a PTV e 20 a PRP. Dos pacientes que receberam alta hospitalar com sonda vesical de demora, foram da PRP 69,1% dos pacientes e 29,2% da PTV (p<0,001). O tempo de irrigação vesical foi de 4 e 3 dias para PTV e PRP, respectivamente (p<0,001), já os dias de internação, foi de 8 dias para PTV e 4 dias para PRP (p<0,001).</p> <p>CONCLUSÕES: Conclui-se que a técnica de escolha, levando em consideração todas as variáveis, seria a retropública, com menos dias de internação hospitalar, menor necessidade de irrigação vesical contínua e menor taxa global de complicações, com tempo cirúrgico semelhante. Porém, a técnica transvesical, tem seu emprego bem determinado em casos com necessidade de diverticulectomia no mesmo tempo cirúrgico, demonstrando menor necessidade de alta hospitalar com sonda vesical, sendo de suma importância, individualizar cada caso para escolher a melhor técnica a ser empregada.</p>
<p>PO 794-2</p> <p>ASSOCIAÇÃO DA TERAPIA EM CÂMARA DE OXIGÊNIO HIPERBARICO NO TRATAMENTO DA SINDROME DE FOURNIER: UMA REVISAO SISTEMÁTICA.</p> <p>Danilo Alvarenga Ferreira, Alcivan Batista de Moraes Filho, Luana Natália de Sena Costa, Sulyanne Saraiva de Almeida, Jilélisson Oliveira de Sousa</p> <p><i>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: A Doença de Fournier (DF) é uma fasciite necrosante que afeta as partes moles do perineo. O tratamento atual consiste em antibioticoterapia e debridamento cirúrgico dos tecidos necrosados, mas ainda escala com uma alta morbimortalidade dentre os afetados. Este trabalho consiste em uma revisão sistemática sobre o uso da oxigenoterapia em câmara hiperbárica (OHB) como adjuvante no tratamento da DF.</p> <p>MÉTODO: Foi realizada uma busca nos seguintes bancos de dados: Science Direct; PubMed; MedLine; LILACS; e Scielo. As palavras chaves utilizadas, que foram retiradas dos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde, são: "Fournier Gangrene" ou "Fournier's Disease" e "Oxygen Therapy". Os critérios de exclusão foram: 1) Revisões de literatura; 2) Capítulos de livro; 3) Relatos de caso; 4) Trabalhos incompatíveis com o objetivo do estudo; 5) Artigos cujo texto completo está indisponível. Os artigos incluídos foram: 1) Publicados entre 2010 e 2019 (últimos 10 anos); 2) Escritos em inglês, português, espanhol ou francês; 3) Estudos realizados com humanos.</p> <p>RESULTADOS: A busca inicial reuniu 126 trabalhos, restando 59 após exclusão das duplicações, e 10, cuja leitura foi feita na íntegra, após a análise do título e resumo. 9 trabalhos renderam resultados utilizados pela análise. Os estudos tiveram uma amostra média de 35,90 ± 22,36 pacientes, variando de 8 a 70. Três deles não tiveram grupo controle. A utilização da OHB levou à redução média de 10 dias no tempo de cicatrização, conforme caracterizado por um dos trabalhos, a redução da mortalidade foi calculada por dois estudos e a média entre eles foi de 22,52% ± 2%. Um estudo colocou a extensão da área necrosada como fator prognóstico: o grupo sobrevivente tinha uma média de 2,4% de superfície corporal acometida, enquanto que aqueles que tiveram cerca de 4,9% evoluíram para o óbito, apesar de ambos terem recebido a OHB, o único parâmetro laboratorial de discrepância pertinente foi a albumina sérica. Quanto ao número de sessões, um trabalho postulou que a variação estava em função do intuito terapêutico: se servirá ao controle de sinais clínicos (primeira semana), ou para a cicatrização. A média de sessões encontrada por um segundo estudo foi de 22,3, variando de 3 a 40.</p> <p>CONCLUSÕES: De longe, a maior limitação apontada por todos os estudos foi o fato de se tratarem de amostras pequenas e, em sua maioria, estudos retrospectivos. Nenhum deles chegou a questionar a superioridade da terapêutica para DF com a OHB como adjuvante, especialmente em doentes graves. Poucos estudos com grupo controle e majoritariamente baseados em revisões de casos são sinais de indicação de um estudo prospectivo amplo e bem planejado para analisar os parâmetros de inserção da OHB no tratamento da DF, vista a sua indicação benéfica clara às luzes da literatura produzida até então.</p>	<p>PO 795-1</p> <p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA DIVERTICULAR DO INTESTINO NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS</p> <p>João Paulo Santos Correia, Marina Ganem, Arthur Linniker, Ewerton Soares, Pedro Mansur, Priscila Almeida, Tiago Tenório, Ana Carolina Pasti Pontes</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da ocorrência de doença diverticular no Brasil nos últimos 10 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebe-se que houve um total de 58.277 casos, sendo destes 68.831 em caráter de urgência e o restante de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 36.521 casos, que representa 62,6% de todo país. A segunda região com mais casos é a região sul com 14.832, seguido da região nordeste com 3.379, centro-oeste com 2.170 e, por último, região Norte com 1.375 casos. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 60 a 69 anos, com 17.997 casos, ou seja, 22,7% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 70 e 79 anos, com 16.019 casos e de 50 a 59 anos com 15.054 casos. O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, 41.267 foram no sexo feminino e 37.678 no sexo masculino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em homens superassem o do sexo oposto. Em 2018 houve o maior número de internações, representando 11,5% do total de casos entre todos os anos. Considerando a cor/raça, no intervalo de tempo considerado, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 39.991 casos, seguida da população parda, negra e indígena com 43 casos. 26,18% dos dados cor/raça não foram informados. Levando-se em conta o regime de internações, vemos a prevalência do regime público no país. Vale lembrar que 35,03% dos casos foram ignorados quando considerado critério como elemento classificador. Tendo em vista o valor dos serviços hospitalares, temos no Brasil registrado o valor total de 111.336.409,84 reais nesse intervalo de tempo, sendo 56,5% do gasto na Região Sudeste, seguida pela Região Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Dos 62.978.056,66 reais arcados pela região Sudeste, 66,2% correspondem ao estado de São Paulo.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste e a de menor é a região Norte. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio significativo dessa enfermidade na região Sudeste. Deve-se notar também que o sexo feminino possui um maior predomínio sobre o masculino. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam ao predomínio considerável dessa enfermidade no sexo feminino. Essas informações devem servir como base para que se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>

PO 796-1	PO 796-2
<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE ÍLEO PARALÍTICO E OBSTRUÇÃO INTESTINAL SEM HERNIA NO BRASIL EM 5 ANOS</p> <p>Marina Monteiro, João Paulo Correia, Tiago Tenório, Arthur Linnieker, Priscila Almeida, Ewerton Soares, Pedro Mansur, Ana Carolina Pastl</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação do perfil epidemiológico da ocorrência de íleo paralítico e obstrução intestinal sem hérnia no Brasil nos últimos 5 anos.</p> <p>MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), colhidos no DATASUS, onde foram coletadas informações referentes ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.</p> <p>RESULTADOS: Com base nos dados coletados, percebeu-se que houve um total de 182.093 internações devido a essa afecção, sendo destes 163.464 (89,6%) em caráter de urgência e o restante (10,4%) de caráter eletivo. Com relação às regiões do país, a região Sudeste apresentou o maior índice de internações, foram 83.157 casos, que representa 45,6% de todo país. A segunda região com mais casos é a região nordeste com 40.798 (22,4%), seguida da região sul com 34.805 (19,1%), Centro-Oeste com 13.513 (7,4%) e, por último, região Norte com 9.820 casos, representando apenas 5,5% do total de casos do país. Com relação à faixa etária, a que apresentou maior incidência de casos foi entre 60 a 69 anos, com significativos 30.441 casos, ou seja, 16,7% do total. Outras faixas etárias apresentaram valores menores, porém, ainda, significativos, como: entre 70 e 79 anos, com 27.420 casos (15%) e de 50 a 59 anos com 26.211 casos (14,4%). O restante dos casos está distribuído entre as demais faixas etárias. Levando-se em conta o sexo da população neste intervalo de tempo, 97.467 foram do sexo masculino e 84.626 do sexo feminino. Vale ressaltar que não houve qualquer ano em que os números de casos em mulheres superassem o do sexo oposto. Agora, em relação a cor/raça, no intervalo de tempo considerado, observa-se uma maior incidência na população branca com um total de 71.137, 39% dos registros. Em seguida encontra-se a população parda com 54.205, 29,7% dos relatos. Na população negra, vemos um total de 6.209 casos (3,5%). 26,2% da cor/raça não foi informado.</p> <p>CONCLUSÕES: Nota-se maior prevalência na região Sudeste, além da predominância de ocorrência no sexo masculino. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam a esse predomínio nessas categorias. Outro fato importante que pode ser destacado é em relação ao caráter de urgência que correspondeu a 89,6% das internações, mostrando a necessidade de um diagnóstico de forma mais precoce. Essas informações devem servir como base para que se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>	<p>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LITÍASE URINÁRIA TRATADOS CIRURGICAMENTE EM UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE-RS.</p> <p>Leandro Vicente Zoehler, João Gabriel Mello Ramos, Kevin Verdin Phillips, Marco Aurelio Azevedo Casanova, Leonardo Castilho, Caio Fernando Souza, Franciele Perondi, Gustavo Baldino Nabinger</p> <p><i>Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: Descrever as características epidemiológicas de pacientes portadores de litíase do trato urinário tratados cirurgicamente em um hospital de Porto Alegre no ano de 2017.</p> <p>MÉTODO: Estudo observacional descritivo, com pacientes portadores de litíase do trato urinário tratados cirurgicamente no serviço de urologia de um Hospital da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, no ano de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa de prontuários dos pacientes, através do preenchimento do protocolo de variáveis. Os dados foram tabulados e analisados através do pacote SPSS 20.0. Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. Para se verificar a associação entre as variáveis de interesse foi utilizado o teste t de Student para a comparação entre médias. O nível de significância pré-estabelecido foi de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o registro CAAE: 05443119.9.0000.5304.</p> <p>RESULTADOS: O total de pacientes incluídos no estudo foi 287 indivíduos. Destes, 153 (53,3%) eram do sexo masculino, com média de idade de 52 ($\pm 15,7$) anos, brancos 261 (91%) e casados 188 (65,6%). A cirurgia mais realizada foi ureterorenolitripsia, com 240 (83,6%) procedimentos, seguida de nefrolitotomia percutânea com 42 (14,6%), cistolitotripsia endoscópica 4 (1,4%) e cistolitotomia aberta com 1 (0,3%) procedimentos. Maioria dos pacientes, 99%, realizaram o procedimento por meio de convênio. O tempo médio de internação foi de 2,5 dias e janeiro foi o mês com mais procedimentos, 33 (11,5%), seguido de junho e julho, com 30 (10,5%) e 28 (9,8%), respectivamente. Na análise bivariada, não houve diferença estatística na média de idade entre homens e mulheres ($p=0,381$), entre gênero e o tipo de cirurgia ($p=0,097$), entre gênero com dias de internação ($p=2,565$), entre raça e idade ($p=0,572$), visto que estas variáveis não apresentaram nível de significância estatística.</p> <p>CONCLUSÕES: Em conclusão, o estudo demonstrou que o perfil dos pacientes são homens brancos na quinta década de vida. Em relação ao tratamento cirúrgico realizado a ureterorenolitripsia foi o procedimento mais realizado com permanência média de internação de 2,5 dias. A demanda de novos estudos se faz necessária para avaliar taxas de recorrência da enfermidade e da evolução dos pacientes atendidos, além de estudos relacionados a procedimentos cirúrgicos e complicações, de modo que permitam um constante desenvolvimento do serviço.</p>

PO 798-2
<p>ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA OCORRÊNCIA DE HIDROCELE E ESPERMATOCELE NO BRASIL EM 5 ANOS</p> <p>Marina Monteiro, João Paulo Correia, Tiago Tenório, Arthur Linnieker, Ewerton Soares, Priscila Almeida, Pedro Mansur, Ana Carolina Pastl</p> <p><i>Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil</i></p> <p>OBJETIVO: esse trabalho tem como objetivo fazer uma avaliação do perfil epidemiológico da ocorrência de hidrocele e espermatocoele no Brasil nos últimos 5 anos</p> <p>MÉTODO: Estudo ecológico, descritivo, realizado com base na consulta de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). A fonte dos dados foi: número de Internações para realização de procedimento para correção de hidrocele e espermatocoele; região do país onde os procedimentos ocorreram; população com maior/menor incidência conforme raça e faixa etária. A análise estatística foi composta por descrição dos valores absolutos e proporções das características das internações. E o espectro de tempo dos dados foram de 5 anos.</p> <p>RESULTADOS: Ao analisar os dados a partir da plataforma DATASUS, observam-se registros de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 no Brasil um total de 31.841 internações devido à hidrocele e espermatocoele. A região Sudeste lidera com número de internações nos anos em questão, com um total de 12.754 – cerca de 40% do total; em contrapartida, a região que obteve menor percentual de internações foi o Centro-Oeste com apenas 5,8% (1.837 casos) dos registros. Em relação à raça, os considerados pardos possuem um número de casos consideravelmente mais elevados em comparação aos indígenas, sendo a primeira tendo apontado 12.017 – 37,7% – e a segunda totalizado apenas 15 internações nos 5 anos analisados. A faixa etária predominante é 50 a 59 anos em todos os anos com total de 10.451 internações, contra 1.442 da faixa etária 10 a 14 anos com menor número de casos em todos os anos. As internações de caráter eletivo predominam em todas as regiões com 24.818 contra 7.023 de caráter de urgência.</p> <p>CONCLUSÕES: Entre as regiões brasileiras, a de maior prevalência é a região Sudeste. Deve-se notar também que a faixa etária que possui maior predomínio é a de 50 a 59 anos, juntamente com a predominância da raça parda. Com isso, é necessário que se busque entender quais as principais causas que levam ao predomínio considerável dessa enfermidade na faixa etária citada para que, a partir dessas informações, se desenvolvam estratégias que possam diminuir essas ocorrências.</p>